

## Resolución Directoral

Lima, 30 de Enero del 2025

### VISTOS:

La Nota Informativa Nº 006-2025-OEPE/INO, Nota Informativa Nº 222-2024-OGC-INO, Informe Nº 011-2025-OAJ/INO, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo Nº 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo Nº 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, de acuerdo a la Ley Nº 27658, Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado, el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos, teniendo entre otros objetivos, alcanzar un Estado que se encuentre al servicio de la ciudadanía, que cuente con canales efectivos de participación ciudadana, y que sea transparente en su gestión;

Que, con Decreto Supremo Nº 004-2013-PCM, se aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, siendo el principal instrumento orientador de la modernización de la gestión pública, que establece la visión, los principios y lineamientos para una actuación coherente y eficaz del sector público, al servicio de los ciudadanos y el desarrollo del país; en su numeral 3.2 "Pilares centrales de la Política de Modernización de la Gestión Pública", indica que la gestión por procesos debe implementarse paulatinamente en todas las entidades, para brindar servicios de manera más eficiente y eficaz a todos los ciudadanos. Para ello deberán priorizar aquellos de sus procesos que sean más relevantes de acuerdo con la demanda ciudadana, a su Plan Estratégico, a sus competencias y los componentes de los programas presupuestales que tuvieran a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos;

Que, mediante Resolución de Secretaría de Gestión Pública Nº 006-2018-PCM/SGP, se aprobó la Norma Técnica Nº 001-2018.SGP, "Norma Técnica para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de Administración Pública", el cual tiene por finalidad poner a disposición de las entidades de la administración pública disposiciones técnicas para la implementación de la gestión por procesos, como herramienta de gestión que contribuye con el cumplimiento de los objetivos institucionales y en consecuencia, un impacto positivo en el bienestar de los ciudadanos y definiendo el procedimiento como la descripción documentada de cómo deben ejecutarse las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente;

Que, a través de la Resolución Secretarial Nº 063-2020-MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa Nº 288-MINSA/2020/OGPPM, "Lineamientos para la Implementación de Gestión por Procesos en Salud", con el objetivo de establecer criterios técnicos para gestión por procesos que faciliten la determinación, seguimiento, medición, análisis, mejora de los procesos y procedimientos del Ministerio de Salud y de los prestadores de servicios de salud, que permita maximizar el buen uso de los recursos, para brindar productos y servicios óptimos, y de calidad en beneficio de la población;



Que, mediante Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D de fecha 7 de abril de 2021, se actualizó el Mapa de Procesos de Nivel "0" del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", en el cual considera como parte de uno de sus Procesos Estratégicos de Nivel "0" al Proceso de Gestión de la Calidad Institucional, el cual consta de 2 procesos de Nivel 1, denominados: PE 05.01. Gestión de la Garantía de la Calidad y PE 05.02. Gestión de la Mejora Continua de la Calidad;

Que, mediante Nota Informativa N° 222-2024-OCG-INO de fecha 26 de diciembre de 2024, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto del Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, para su revisión y aprobación técnica correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 006-2025-OEPE/INO de fecha 13 de enero de 2025, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en atención al Informe N° 001-2025-UFOM-OEPE/INO emitida por la Unidad Funcional de Organización y Modernización, da opinión favorable al proyecto del Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional, por cumplir con los criterios para su aprobación, acorde a lo establecido en la Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, "Lineamientos para la Implementación de Gestión por Procesos en Salud";

Que, mediante Informe N° 011-2025-OAJ/INO de fecha 23 de enero de 2024, la Oficina de Asesoría Jurídica, emite opinión favorable, respecto del Manual antes mencionado, por cumplir con las disposiciones normativas establecidas en el marco legal vigente;

Con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la Resolución de Secretaria de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP, Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, "Lineamientos para la Implementación de Gestión por Procesos en Salud", el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA y modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el "Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional" del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos", el cual consta de treinta y dos (32) folios, 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 órganos o unidades orgánicas competentes, para conocimiento y cumplimiento

**Artículo 3°.- AUTORIZAR** al responsable del Portal de Transparencia estándar, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" [www.ino.gob.pe](http://www.ino.gob.pe)

**Regístrese, comuníquese y cúmplase.**

FATC/TLZO/FMAS/LECD/sqv.

#### Distribución:

- ( ) DG
- ( ) OEPE
- ( ) OGC
- ( ) OAJ
- ( ) OEI
- ( ) Archivo

PERU Ministerio de Salud  
M.O. FELIX ANTONIO TORRES COTRINA  
Director de Instituto Especializado  
CMP. 38356 RNE. 17309



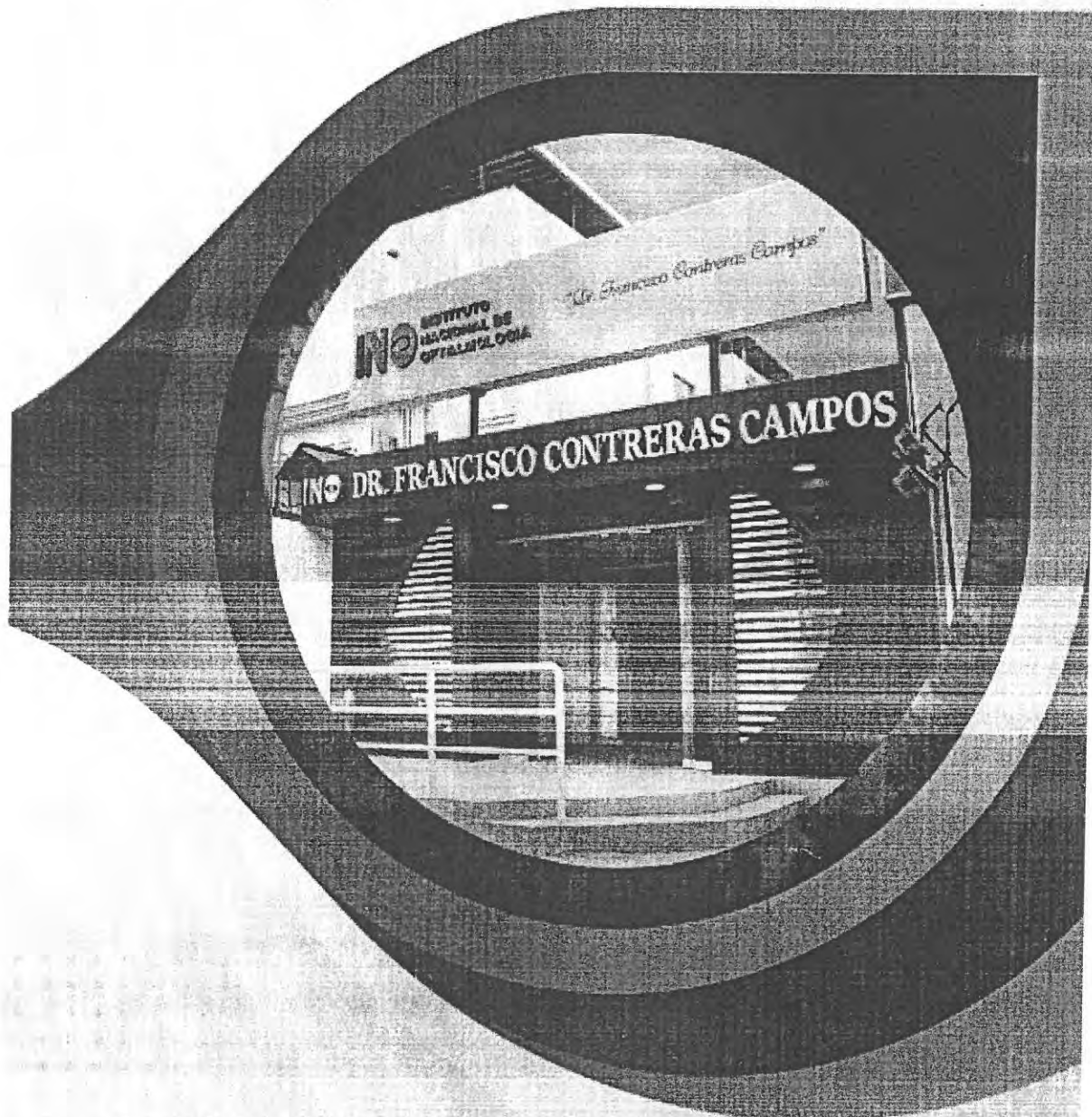
PERÚ

Ministerio  
de Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
OFTALMOLOGÍA

"Dr. Francisco Contreras Campos"



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

2024



| RUBRO          | A CARGO DE                                    | V° B°                                                                                | FECHA                 |
|----------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ELABORADO POR: | Oficina de Gestión de la Calidad              |  | <u>26 / 12 / 2024</u> |
| REVISADO POR:  | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico |   | <u>13 / 01 / 2025</u> |
| APROBADO POR:  | Dirección General                             |   | <u>30 / 01 / 2025</u> |

## INDICE

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN .....                           | 4  |
| I. OBJETIVO .....                            | 5  |
| II. ALCANCE .....                            | 5  |
| III. SIGLAS Y DEFINICIONES.....              | 5  |
| 3.1 Siglas.....                              | 5  |
| 3.2 Definiciones .....                       | 5  |
| IV. BASE LEGAL .....                         | 7  |
| V. DIAGRAMA DE PROCESOS .....                | 8  |
| 5.1 Diagrama de Proceso Nivel 1 .....        | 8  |
| VI. FICHA TECNICA DEL PROCESO .....          | 9  |
| VII. FICHA DE INDICADORES DE DESEMPEÑO ..... | 14 |
| VIII. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.....      | 17 |
| IX. FICHAS TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS.....   | 18 |



|                                                                                   |                                                                                        |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de<br/>Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b>        |
|                                                                                   |                                                                                        | <b>Versión: 01</b> |

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, es una institución del tercer nivel de atención, órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, con Categoría III-2 otorgado mediante Resolución Administrativa N°536-2019-DMGS-DIRIS-LC. La institución es centro de referencia a nivel nacional en salud ocular, atendiendo a pacientes con diagnósticos de enfermedades oculares 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

Mediante el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, se prescribe que 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.

De otra parte, la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, fue aprobada mediante Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, el cual establece en el numeral 3.2 “Pilares centrales de la Política de Modernización de la Gestión Pública”, que la gestión por procesos debe implementarse paulatinamente en todas las entidades, para que brinden a los ciudadanos servicios de manera más eficiente y eficaz y logren resultados que los beneficien. Para ello deberán priorizar aquellos de sus procesos que sean más relevantes de acuerdo a la demanda ciudadana, a su Plan Estratégico, a sus competencias y los componentes de los programas presupuestales que tuvieran a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos.

Asimismo, mediante Resolución de Secretaría de Gestión Pública N°006-2018-PCM/SGP, se aprobó la Norma Técnica N°001-2018-SGP, Norma Técnica para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de Administración Pública, la cual define como procedimiento como la descripción documentada de cómo deben de ejecutarse las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente. De esta manera, se establece que, cada procedimiento debe ser documentado y visado por el área competente para velar que éstos sean coherentes con los demás procesos y procedimientos.

En cumplimiento a la implementación de la Política de Modernización de la Gestión Pública y Gestión por procesos, mediante Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, se aprueba los lineamientos para la implementación de gestión por procesos en Salud, donde el objetivo es establecer los criterios técnicos para la gestión por procesos que faciliten la determinación, seguimiento, medición, análisis y mejora de los procesos y procedimientos en salud.

En consecuencia, mediante Resolución Directoral N° 048-20121-INO-D, se actualizó el Mapa de Procesos Nivel “0” del Instituto Nacional de Oftalmología “Dr. Francisco Contreras Campos”, el cual representa una visión panorámica de los procesos contenidos en el instituto y conlleva al propósito de normar los procesos generales para el cumplimiento de sus funciones en plena concordancia con los dispositivos legales y/o administrativos.

Con el fin de ir implementando el Mapa de Procesos del INO, acorde a la modernización de la gestión pública, se elaboró el Manual de Procedimiento del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional con la finalidad describir, informar, sistematizar y mejorar el proceso en el Instituto Nacional de Oftalmología, y de esa manera, generar valor público.

## I. OBJETIVO

Establecer el proceso de Gestión de la Calidad Institucional en el Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos", a fin de estandarizar y mejorar sus subprocesos y procedimientos, y de esa manera generar valor público.

## II. ALCANCE

El manual de procedimiento es de aplicación obligatoria a las unidades de organización del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos".

## III. SIGLAS Y DEFINICIONES

### 3.1 Siglas

INO: Instituto Nacional de Oftalmología.  
 MINSA: Ministerio de Salud.  
 DIRIS: Dirección de Redes Integradas de Salud.  
 DG: Dirección General.  
 PE: Proceso Estratégico.  
 PM: Proceso Misional.  
 PS: Proceso de Soporte.

### 3.2 Definiciones

- 3.2.1 Actividad:** Conjunto articulado de tareas permanentes, continuas, interrelacionadas y secuenciales que utilizan los insumos necesarios (recursos humanos, tecnológicos y financieros) para la generación de productos.
- 3.2.2 Dueño del proceso:** Unidad de organización responsable del proceso.
- 3.2.3 Desempeño:** Grado de evaluación y comparación de los resultados de la entidad con metas, estándares, resultados pasados y resultados de los específicos. Se visualiza en consecuencias y resultados obtenidos de procesos, productos y usuarios internos y externos.
- 3.2.4 Eficacia:** Consecución de los objetivos y metas orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario, y finalmente, del ciudadano.
- 3.2.5 Eficiencia:** Optimización de los resultados alcanzados por la administración pública con relación a los recursos disponibles e invertidos en su consecución. La mejor relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- 3.2.6 Gestión por Procesos:** Forma de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de manera transversal y secuencial a las diferentes unidades de organización, para contribuir con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios o clientes, así como el logro de los objetivos institucionales.
- 3.2.7 Gestión por Resultados:** Es una orientación de la administración pública, que propone que todos resultados y esfuerzos del Estado estén dirigidos al logro de resultados, para el bien de la población.



|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  <b>PERU</b> Ministerio de Salud  <b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br>Versión: 01 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

- 3.2.8 Inventario de proceso:** Listado o relación de procesos de la institución.
- 3.2.9 Indicador:** Dato o conjunto de datos que ayudan a medir y valorar objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.
- 3.2.10 Insumo:** Elemento de entrada (necesidades y expectativas de los usuarios), los cuales ingresan a un proceso para ser transformados en productos o servicios; los insumos pueden ser internos o externos.
- 3.2.11 Inventario de Procesos:** Listado o relación de procesos de la institución.
- 3.2.12 Proceso nivel 0:** Procesos Globales de la institución que tienen como salida un bien / servicio generado por la totalidad de la organización y que será entregado a las personas/usuarios finales.
- 3.2.13 Proceso nivel 1:** Procesos concretos que forman parte de un proceso global y en conjunto agregan valor a los clientes y servicios finales que la institución ofrece.
- 3.2.14 Proceso nivel 2:** El resultado de la segregación de los procesos nivel 1 y a la vez son más específicos que estos últimos.
- 3.2.15 Proceso nivel "n":** Son los procesos de último nivel de segregación de los procesos nivel "0" que generan una mayor especificidad de estos y que en conjunto agregan valor a los servicios finales que la institución ofrece.
- 3.2.16 Proceso:** Es un conjunto de actividades secuenciales que interactúan entre sí, que añaden valor con un punto de inicio o entrada y un punto de término o salida claramente definidos y que generan productos (bienes o servicios) para satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente.
- 3.2.17 Procedimiento:** Es la descripción documentada de las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad.
- 3.2.18 Producto:** Con respecto a una cadena de valor en la producción de un bien o servicio, el producto es el conjunto articulado (entregable) de salida de un proceso, que puede convertirse en insumo para otro.
- 3.2.19 Proveedor:** Ciudadanos, instituciones, entidades, órganos, unidades orgánicas, con necesidades que proporcionan entradas al proceso.
- 3.2.20 Persona que recibe el Producto:** Término genérico para describir al receptor final del producto pudiendo ser una persona, un grupo de personas, una organización, otro proceso, entre otros, y pudiendo recibir de manera general la denominación de usuarios, beneficiarios, administrados, clientes u otros.
- 3.2.21 Rol:** Es un conjunto de actividades y responsabilidades asignadas a una persona o un grupo de personas, pudiendo desempeñar simultáneamente más de un rol.
- 3.2.22 Unidad de Organización:** Es la denominación general que se emplea para referirse, según corresponda, a los órganos, unidades orgánicas, subunidades orgánicas y áreas que se formalizan en la estructura orgánica de la entidad, según su nivel organizacional.

**3.2.23 Usuario:** es aquel que recibe o utiliza un producto o servicio generado por un proceso. Puede ser un órgano, unidad orgánica, ciudadano, entidad pública, servidor público, proceso, etc. Tiene capacidad para juzgar la



calidad del producto cuando le es entregado. También es conocido como el receptor del producto.

**3.2.24 Valor Público:** Remite el valor creado por el Estado a Través de servicios, leyes, regulaciones y otras acciones. Se crea valor sobre todo a través de transacciones individuales con los ciudadanos, garantizando sus derechos, satisfaciendo sus demandas y, prestándoles servicios de calidad.

#### IV. BASE LEGAL

- 4.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- 4.2 Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- 4.3 Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
- 4.4 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".
- 4.5 Decreto Supremo N.° 026-2020-SA, que aprueba Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada "Perú Saludable"
- 4.6 Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, que aprueba La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030.
- 4.7 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 4.8 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud.
- 4.9 Resolución Ministerial N°447-2009/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, y su modificatoria.
- 4.10 Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud
- 4.11 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora
- 4.12 Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- 4.13 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 Administración Pública".
- 4.14 Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°288-MINSA/2020/OGPPM, "Lineamientos para la Implementación de Gestión por Procesos en Salud".
- 4.15 Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D, que actualiza el Mapa de Procesos Nivel "0" del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos".





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

INO  
INSTITUTO  
NACIONAL DE  
OPTALMOLOGÍA

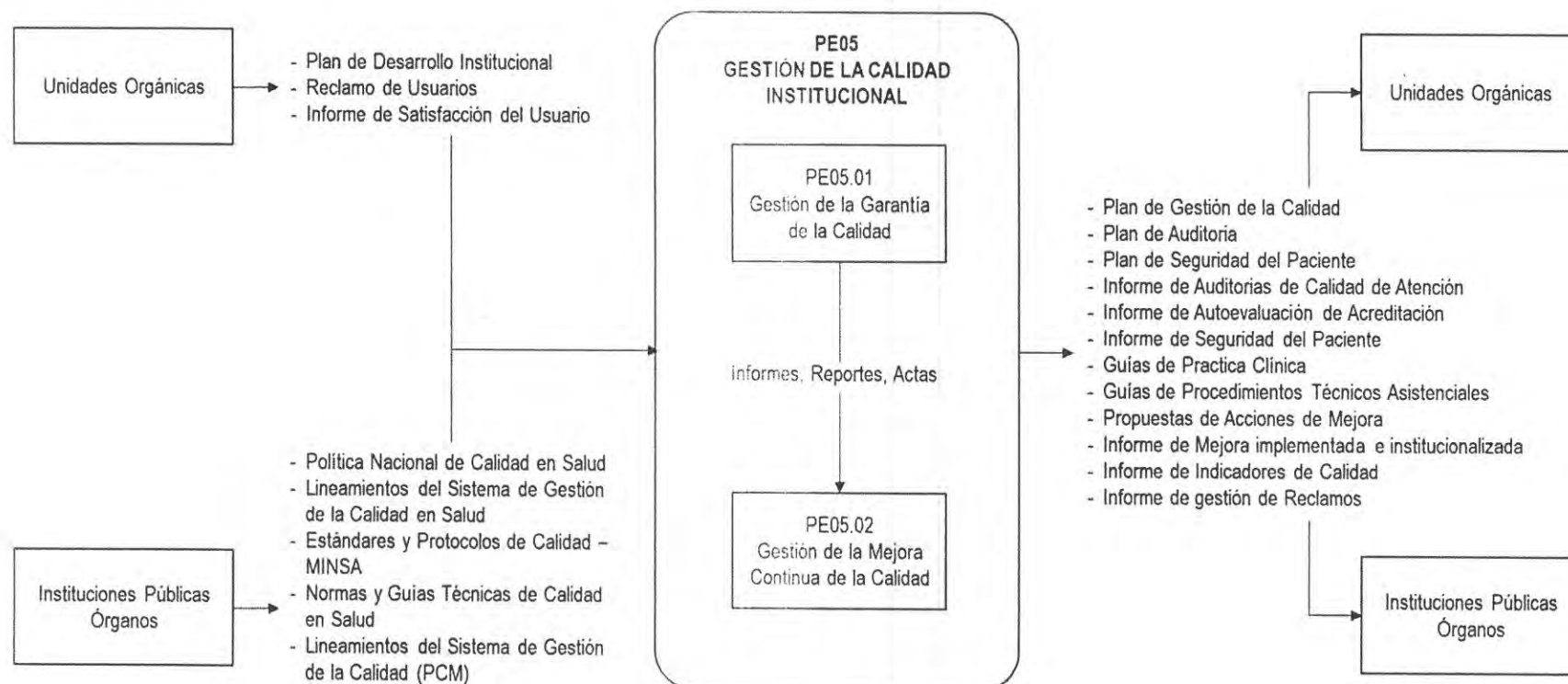
## Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional

PE05

Versión: 01

### V. DIAGRAMA DE PROCESOS

#### 5.1 Diagrama de Proceso Nivel 1



## VI. FICHA TÉCNICA DEL PROCESO

### Fichas técnicas de procesos nivel 1

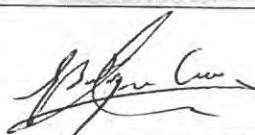
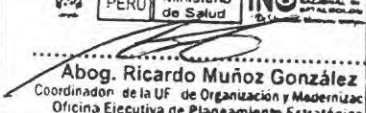
| FICHA TÉCNICA DEL PROCESO                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |         |                                                                                                                               |                                                                                                      |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. Nombre del Proceso nivel 1                                                                        | Gestión de la Garantía de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. Código                                                                             | PE05.01 | 3.Tipo de Proceso                                                                                                             | Estratégico                                                                                          | 4. Versión V.01 |
| 5. Objetivo del Proceso                                                                              | Garantizar un adecuado nivel de satisfacción y seguridad de los usuarios externos en relación a los servicios del Instituto Nacional de Oftalmología mediante la evaluación de los estándares de calidad de los servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |         |                                                                                                                               |                                                                                                      |                 |
| 6. Dueño del Proceso                                                                                 | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |         |                                                                                                                               |                                                                                                      |                 |
| 7. Alcance                                                                                           | Aplica a todos los Órganos y Unidades de la entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |         |                                                                                                                               |                                                                                                      |                 |
| 8. Base Legal                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y su modificatoria aprobada con el Decreto Legislativo N° 1446.</li><li>- Decreto Supremo No 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública</li><li>- Decreto Supremo N.° 026-2020-SA, que aprueba Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada "Perú Saludable"</li><li>- Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, Decreto supremo que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.</li><li>- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"</li><li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li><li>- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud</li><li>- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora</li><li>- Resolución de Secretaria de Gestión Publica N° 006-2018-PCM-SGP, que aprueba la Norma</li><li>- Técnica N° 001-2018-SGP "Norma Técnica para la Implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración Pública"</li><li>- 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".</li><li>- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud.</li><li>- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación establecimientos de salud</li><li>- Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de cada año</li><li>- Norma Técnica Peruana ISO 9001:2015</li><li>- Sistema de Gestión de Calidad</li><li>- Norma ISO 9000:2015. Vocabulario.</li></ul> |                                                                                       |         |                                                                                                                               |                                                                                                      |                 |
| 9. Proveedores                                                                                       | 10.Entradas/Insumos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 11. Proceso Nivel 2                                                                   |         | 12.Salidas/ Productos                                                                                                         | 13. Receptor final del producto                                                                      |                 |
| <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><u>Externos</u><br>· MINSA | <ul style="list-style-type: none"><li>- Plan Operativo Institucional</li><li>- Política Nacional de Calidad en Salud</li><li>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</li><li>- Estándares y protocolos de calidad</li><li>- MINSA</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PE05.01.01<br>Planificación y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud |         | <ul style="list-style-type: none"><li>- Plan anual de Gestión de la Calidad</li><li>- Informe de avance o monitoreo</li></ul> | <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><u>Externos</u><br>· MINSA |                 |



|                                                                                                                                                                            |                                                                                    |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>PERU</b> Ministerio de Salud<br><b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b>        |
|                                                                                                                                                                            |                                                                                    | <b>Versión: 01</b> |

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                                                                    |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><u>Externos</u><br>· MINSA | - Normas, Guías Técnicas de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo<br>- Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-1 y Servicios Médicos de Apoyo<br>- Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones<br>- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados                                                           | PE05.01.02<br>Autoevaluación Institucional para la Acreditación MINSA                               | - Informe de autoevaluación de la acreditación<br>- Informe de Evaluación Externa de Acreditación, Reacreditación o de Seguimiento | <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado   |
| <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado                                   | - Plan Operativo Institucional<br>- Política Nacional de Calidad en Salud<br>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud<br>- Normas y Guías Técnicas de Calidad y Calidad en Salud<br>- Normas y Guías Técnicas de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud<br>- Comités de Auditoría<br>- Plan Anual de Auditorías                                                                                                     | PE05.01.03<br>Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud Programadas                          | - Plan de auditorías (CAM y CAS)<br>- Informe de auditorías de la calidad de la atención                                           | <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado   |
| <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado                                   | - Plan Operativo Institucional<br>- Política Nacional de Calidad en Salud<br>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud<br>- Normas y Guías Técnicas de Calidad y Calidad en Salud<br>- Normas y Guías Técnicas de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud<br>- Comités de Auditoría<br>- Plan Anual de Auditorías                                                                                                     | PE05.01.04<br>Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud de Caso                              | - Informe de auditorías de la calidad de la atención                                                                               | <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado   |
| <u>Internos</u><br>· Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><u>Externos</u><br>· MINSA | - Plan Operativo Institucional<br>- Política Nacional de Calidad en Salud<br>- Políticas Nacionales de Calidad en Salud, la cual menciona en su 8va Política "Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidencia y Eventos Adversos.<br>- Directiva Sanitaria del Sistema de Registro y Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas en el INO.<br>- Comité de Seguridad del paciente del INO | PE05.01.05<br>Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela | - Informe de la gestión de Incidentes y Eventos Adversos<br>- Informe de la gestión de Eventos Centinela                           | <u>Internos</u><br>· Dirección General<br><u>Externos</u><br>· MINSA |



|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Internos</u><br>- Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><u>Externos</u><br>- MINSA                            | - Plan Operativo Institucional<br>- Política Nacional de Calidad en Salud<br>- Directiva Sanitaria N° 92-MINSA /2020/DGAIN<br>Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud<br>- Equipo de rondas de Seguridad del paciente<br>- Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente                                              | PE05.01.06<br>Rondas de Seguridad del Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - Informe de Seguridad del Paciente                                                                                                                                                                                           | <u>Internos</u><br>- Unidades del Instituto Nacional Especializado<br>- Dirección General<br><br><u>Externos</u><br>- MINSA              |
| <u>Internos</u><br>- Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><u>Externos</u><br>- MINSA<br>- SUSALUD<br>- Usuarios | - Plan Operativo Institucional<br>- Política<br>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud MINSA<br>- Aplicativo SERVQUAL MINSA<br>- Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo<br>- Informe de resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo | PE05.01.07<br>Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo                                                                                                                                                                                                                                                                                             | - Informe de evaluación de los resultados de la medición de la Satisfacción del Usuario Externo                                                                                                                               | <u>Internos</u><br>- Unidades del Instituto Nacional Especializado<br>- Dirección General<br><br><u>Externos</u><br>- MINSA<br>- SUSALUD |
| <b>14. Indicador de Desempeño</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | - Porcentaje de cumplimiento de las actividades del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud<br>- Porcentaje de cumplimiento de la autoevaluación para la acreditación o seguimiento de la acreditación<br>- Cantidad de Incidentes y Eventos Adversos<br>- Rondas de Seguridad del Paciente<br>- Porcentaje de Satisfacción de Usuarios Externos |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |
| <b>15. Controles</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | - Evaluaciones o Auditorías internas y externas<br>- Revisión inopinada de los procesos<br>- Reuniones                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |
| <b>16. Recursos</b>                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |
| <b>Recursos humanos</b>                                                                                                         | - Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>- Técnico Administrativo de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>- Licenciada de Enfermería de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>- Profesionales especialistas y personal de apoyo administrativo                                                                                                                                 | <b>Sistemas informáticos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - Pagina web<br>- Microsoft Office<br>- Plataformas virtuales (Zoom, Meet)                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <b>Instalaciones</b>                                                                                                            | - Oficinas Administrativas<br>- Sala de Reuniones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Equipos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - Equipo de cómputo (Laptops / Desktop)<br>- Mobiliario<br>- Impresoras (compartida)<br>- Anexo Telefónico (compartida)<br>- Proyector                                                                                        |                                                                                                                                          |
| <b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                 | Nombre y Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Órgano / Unidad Orgánica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Firma y Sello                                                                                                                                                                                                                 | Fecha                                                                                                                                    |
| Elaborado por:                                                                                                                  | Ing. Estefanny Botiquin Curo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                           | 25/12/24                                                                                                                                 |
| Revisado por:                                                                                                                   | Abog. Ricardo Muñoz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <br>Abog. Ricardo Muñoz González<br>Coordinador de la UF de Organización y Modernización<br>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 13/01/25                                                                                                                                 |
| Aprobado por:                                                                                                                   | Dra. Flor Alarcón Samame                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <br>M.O. FLOR DE MARIA ALARCÓN SAMAME<br>Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>C.R.C. 11716 R.N.S. 11509                         | 26/12/24                                                                                                                                 |

|  |                                                                                    |                                       |
|--|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br><b>Versión: 01</b> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

| FICHA TÉCNICA DEL PROCESO                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                        |             |            |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|------|
| 1. Nombre del Proceso nivel 1                                                                                                                                                     | Gestión de la Mejora Continua de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. Código                                                                                                  | PE05.02                                                    | 3. Tipo de Proceso                                                                                                                                     | Estratégico | 4. Versión | V.01 |
| 5. Objetivo del Proceso                                                                                                                                                           | Promover y desarrollar acciones de mejora continua en busca de la satisfacción del usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                        |             |            |      |
| 6. Dueño del Proceso                                                                                                                                                              | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                        |             |            |      |
| 7. Alcance                                                                                                                                                                        | Aplica a todos los Órganos y Unidades de la entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                        |             |            |      |
| 8. Base Legal                                                                                                                                                                     | <div>- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y su modificatoria aprobada con el Decreto Legislativo N° 1446.</div> <div>- Decreto Supremo No 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública</div> <div>- Decreto Supremo N.° 026-2020-SA, que aprueba Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada "Perú Saludable"</div> <div>- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones</div> <div>- Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, Decreto supremo que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.</div> <div>- 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".</div> <div>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</div> <div>- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud</div> <div>- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora</div> <div>- Resolución de Secretaria de Gestión Publica 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"</div> <div>- 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"</div> <div>- Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de cada año</div> <div>- Norma Técnica Peruana ISO 9001:2015</div> <div>- Sistema de Gestión de Calidad</div> <div>- Norma ISO 9000:2015, Vocabulario.</div> |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                        |             |            |      |
| 9. Proveedores                                                                                                                                                                    | 10. Entradas/Insumos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 11. Proceso Nivel 2                                                                                        | 12. Salidas/ Productos                                     | 13. Receptor final del producto                                                                                                                        |             |            |      |
| <div>Internos</div> <div>- Unidades del Instituto Nacional Especializado</div> <div>Externos</div> <div>- PCM</div> <div>- MINSA</div> <div>- SUSALUD</div> <div>- Usuarios</div> | <div>- Plan Operativo Institucional</div> <div>- Política Nacional de Calidad en Salud</div> <div>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</div> <div>- Reclamos de usuarios</div> <div>- Lineamientos del sistema de gestión de la calidad (PCM)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>PE05.02.01</div> <div>Evaluación de la Atención de Reclamos, Consultas y Sugerencias en la PAUS</div> | <div>- Informe de gestión de reclamos</div>                | <div>Internos</div> <div>- Unidades del Instituto Nacional Especializado</div> <div>- Dirección General</div> <div>Externos</div> <div>- SUSALUD</div> |             |            |      |
| <div>Internos</div> <div>- Unidades del Instituto Nacional Especializado</div> <div>Externos</div> <div>- PCM</div> <div>- MINSA</div> <div>- SUSALUD</div> <div>- Usuarios</div> | <div>- Plan Operativo Institucional</div> <div>- Política Nacional de Calidad en Salud</div> <div>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</div> <div>- Consultas de usuarios</div> <div>- Lineamientos del sistema de gestión de la calidad (PCM)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div>PE05.02.02</div> <div>Evaluación de la Atención de Consultas</div>                                    | <div>- Informe de gestión de consultas y sugerencias</div> | <div>Internos</div> <div>- Unidades del Instituto Nacional Especializado</div> <div>- Dirección General</div> <div>Externos</div> <div>- SUSALUD</div> |             |            |      |
| <div>Internos</div> <div>- Unidades del Instituto Nacional Especializado</div> <div>Externos</div> <div>- SUSALUD</div> <div>- Usuarios</div>                                     | <div>- Plan Operativo Institucional</div> <div>- Política Nacional de Calidad en Salud</div> <div>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</div> <div>- Reclamos y sugerencias de usuarios</div> <div>- Lineamientos del sistema de gestión de la calidad (PCM)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>PE05.02.03</div> <div>Evaluación de la Atención de Sugerencias</div>                                  | <div>- Informe de gestión de consultas y sugerencias</div> | <div>Internos</div> <div>- Unidades del Instituto Nacional Especializado</div> <div>- Dirección General</div> <div>Externos</div> <div>- SUSALUD</div> |             |            |      |

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Internos</b><br>- Unidades del Instituto Nacional Especializado<br><br><b>Externos</b><br>- MINSA<br>- Usuarios | - Plan Operativo Institucional<br>- Política Nacional de Calidad en Salud<br>- Lineamientos Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud<br>- Lineamientos del sistema de gestión de la calidad (PCM)<br>- Informe de evaluación de los resultados de la medición de la Satisfacción del Usuario Externo<br>- Informe de resultados de los procesos de gestión de la garantía de la calidad<br>- Informe de resultados de la gestión de reclamos, consultas y sugerencias | PE05.02.02<br>Soporte al proceso de Elaboración e Implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad | - Propuesta de acciones de mejora y/o proyecto de mejora<br>- Informe de mejora implementada y/o institucionalizada<br>- Informe de indicadores de calidad | <b>Internos</b><br>- Unidades del Instituto Nacional Especializado<br>- Dirección General<br><br><b>Externos</b><br>- MINSA |
| <b>14. Indicador de Desempeño</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | - Cantidad de Proyectos de Mejora aprobados                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
| <b>15. Controles</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | - Reuniones<br>- Monitoreo de indicadores                                                                      |                                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
| <b>16. Recursos</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
| <b>Recursos humanos</b>                                                                                            | - Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>- Técnico Administrativo de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>- Licenciada de Enfermería de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud<br>- Técnico Administrativo de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud<br>- Promotora de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud<br>- Profesionales especialistas y personal de apoyo administrativo                                                                      | <b>Sistemas informáticos</b>                                                                                   | - Pagina web<br>- Microsoft Office<br>- Plataformas virtuales (Zoom, Meet)                                                                                 |                                                                                                                             |
| <b>Instalaciones</b>                                                                                               | - Oficinas Administrativas<br>- Sala de Reuniones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Equipos</b>                                                                                                 | - Equipo de cómputo (Laptops / Desktop)<br>- Mobiliario<br>- Impresoras (compartida)<br>- Anexo Telefónico (compartida)<br>- Proyector                     |                                                                                                                             |
| <b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                            |                                                                                                                             |
|                                                                                                                    | Nombre y Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Organo / Unidad Orgánica                                                                                       | Firma y Sello                                                                                                                                              | Fecha                                                                                                                       |
| Elaborado por:                                                                                                     | Ing. Estefanny Botiquin Curo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Oficina de Gestión de la Calidad                                                                               |                                                                        | 25,12,24                                                                                                                    |
| Revisado por:                                                                                                      | Abog. Ricardo Muñoz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM)                                                           |                                                                        | 13,01,25                                                                                                                    |
| Aprobado por:                                                                                                      | Dra. Flor Alarcón Samame                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Oficina de Gestión de la Calidad                                                                               |                                                                        | 26,12,24                                                                                                                    |

## VII. FICHA DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

|                                |                                                                                                          |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código indicador</b>        | PE05.01 FID.01                                                                                           |
| <b>Proceso</b>                 | PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad                                                             |
| <b>Objetivo</b>                | Medir el grado de cumplimiento de las actividades programadas del Plan de Gestión de la Calidad en Salud |
| <b>Indicador</b>               | Porcentaje de cumplimiento de las actividades del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud     |
| <b>Finalidad del indicador</b> | Medir el grado de cumplimiento de las actividades programadas del Plan de Gestión de la Calidad en Salud |
| <b>Tipo de Indicador</b>       | Eficacia                                                                                                 |
| <b>Fórmula</b>                 | $\frac{\text{N° actividades ejecutadas}}{\text{N° actividades programadas}} \times 100$                  |
| <b>Unidad de medida</b>        | Porcentaje                                                                                               |
| <b>Frecuencia</b>              | Semestral                                                                                                |
| <b>Meta</b>                    | ≥ 85%                                                                                                    |
| <b>Fuente de Datos</b>         | Plan de Gestión de la Calidad en Salud / Informes de Avance                                              |
| <b>Responsable</b>             | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                              |

|                                |                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código indicador</b>        | PE05.01 FID.02                                                                                                                                             |
| <b>Proceso</b>                 | PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad                                                                                                               |
| <b>Objetivo</b>                | Medir el grado de cumplimiento en la evaluación para el mantenimiento de la acreditación de la institución                                                 |
| <b>Indicador</b>               | <b>Porcentaje de cumplimiento de la autoevaluación para la acreditación o seguimiento de la acreditación</b>                                               |
| <b>Finalidad del indicador</b> | Medir el grado de cumplimiento de las Unidades de Organización que participan en el proceso de evaluación para el mantenimiento de la acreditación del INO |
| <b>Tipo de Indicador</b>       | Eficacia                                                                                                                                                   |
| <b>Fórmula</b>                 | Puntaje de la Autoevaluación                                                                                                                               |
| <b>Unidad de medida</b>        | Porcentaje                                                                                                                                                 |
| <b>Frecuencia</b>              | Anual                                                                                                                                                      |
| <b>Meta</b>                    | > 85 % de puntaje obtenido de Autoevaluación para la Acreditación                                                                                          |
| <b>Fuente de Datos</b>         | Formato de Autoevaluación                                                                                                                                  |
| <b>Responsable</b>             | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                |

|                                |                                                                                                                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código indicador</b>        | PE05.01 FID.03                                                                                                                         |
| <b>Proceso</b>                 | PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad                                                                                           |
| <b>Objetivo</b>                | Implementar el registro y notificación de incidentes, eventos adversos y centinelas en salud en el Instituto Nacional de Oftalmología  |
| <b>Indicador</b>               | <b>Cantidad de Incidentes y Eventos Adversos</b>                                                                                       |
| <b>Finalidad del indicador</b> | Medir el grado de implementación del registro y notificación de Incidentes y Eventos Adversos en el Instituto Nacional de Oftalmología |
| <b>Tipo de Indicador</b>       | Eficacia                                                                                                                               |
| <b>Fórmula</b>                 | N° de incidentes y/o eventos adversos reportados                                                                                       |
| <b>Unidad de medida</b>        | Cantidad                                                                                                                               |
| <b>Frecuencia</b>              | Semestral                                                                                                                              |
| <b>Meta</b>                    | < 10                                                                                                                                   |
| <b>Fuente de Datos</b>         | Registro y notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela en el Instituto Nacional de Oftalmología                   |
| <b>Responsable</b>             | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                            |

|                                |                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código indicador</b>        | PE05.01 FID.04                                                                                                                                                       |
| <b>Proceso</b>                 | PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad                                                                                                                         |
| <b>Objetivo</b>                | Asegurar la implementación de la Rondas de Seguridad del Paciente del Instituto a fin de evaluar la buenas prácticas de la atención en salud en cada una de las UPSS |
| <b>Indicador</b>               | <b>Rondas de Seguridad del Paciente</b>                                                                                                                              |
| <b>Finalidad del indicador</b> | Medir el grado de cumplimiento de Rondas de Seguridad en el Instituto Nacional de Oftalmología                                                                       |
| <b>Tipo de Indicador</b>       | Eficacia                                                                                                                                                             |
| <b>Fórmula</b>                 | N° de Rondas de Seguridad del Paciente                                                                                                                               |
| <b>Unidad de medida</b>        | Cantidad                                                                                                                                                             |
| <b>Frecuencia</b>              | Mensual                                                                                                                                                              |
| <b>Meta</b>                    | ≥ 1                                                                                                                                                                  |
| <b>Fuente de Datos</b>         | Informe / Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente                                                                                                             |
| <b>Responsable</b>             | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                 |                                                                             |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud <b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA | Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional | <b>PE05</b><br>Versión: 01 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

|                                |                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código indicador</b>        | PE05.01 FID.05                                                                                                                                                                   |
| <b>Proceso</b>                 | PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad                                                                                                                                     |
| <b>Objetivo</b>                | Medir el Grado de Satisfacción de los usuarios de las UPSS de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencias                                                                    |
| <b>Indicador</b>               | <b>Porcentaje de Satisfacción de Usuarios Externos</b>                                                                                                                           |
| <b>Finalidad del indicador</b> | Medir el Grado de Satisfacción de los usuarios de las UPSS de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencias a fin de determinar acciones que permitan aumentar su satisfacción |
| <b>Tipo de Indicador</b>       | Calidad                                                                                                                                                                          |
| <b>Fórmula</b>                 | $\frac{\text{Suma de promedios de satisfacción por pregunta}}{\text{Cantidad de preguntas en la encuesta}} \times 100$                                                           |
| <b>Unidad de medida</b>        | Porcentaje                                                                                                                                                                       |
| <b>Frecuencia</b>              | Anual                                                                                                                                                                            |
| <b>Meta</b>                    | 65%                                                                                                                                                                              |
| <b>Fuente de Datos</b>         | Informe de evaluación de los resultados de la medición de la Satisfacción del Usuario Externo                                                                                    |
| <b>Responsable</b>             | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                      |

|                                |                                                                                                           |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código indicador</b>        | PE05.02 FID.01                                                                                            |
| <b>Proceso</b>                 | PE05.02 Gestión de la Mejora Continua de la Calidad                                                       |
| <b>Objetivo</b>                | Medir la cantidad de proyectos de mejora que se desarrollan en el Instituto Nacional de Oftalmología      |
| <b>Indicador</b>               | <b>Cantidad de Proyectos de Mejora aprobados</b>                                                          |
| <b>Finalidad del indicador</b> | Medir la cantidad de proyectos de mejora relacionados a la salud ocular, gestión de procesos, entre otros |
| <b>Tipo de Indicador</b>       | Eficacia                                                                                                  |
| <b>Fórmula</b>                 | $\text{N}^{\circ} \text{ de Proyectos de Mejora aprobados}$                                               |
| <b>Unidad de medida</b>        | Cantidad                                                                                                  |
| <b>Frecuencia</b>              | Anual                                                                                                     |
| <b>Meta</b>                    | $\geq 1$                                                                                                  |
| <b>Fuente de Datos</b>         | Resoluciones Directoral de aprobación de los proyectos de mejora                                          |
| <b>Responsable</b>             | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                               |

## VIII. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

| Tipo de Proceso | Proceso |                                     |            |                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                  | Producto del Proceso                                                           | Dueño de Proceso                            | Nombre del procedimiento                                                                         |
|-----------------|---------|-------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | Nivel 0 |                                     | Nivel 1    |                                                                                       | Nivel 2                                                                                       |                                                                                                  |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
|                 | Código  | Nombre                              | Código     | Nombre                                                                                | Código                                                                                        | Nombre                                                                                           |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
| Estratégico     | PE05    | Gestión de la Calidad Institucional | PE05.01    | Gestión de la Garantía de la Calidad                                                  | PE05.01.01                                                                                    | Planificación y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud                          | Plan de Gestión de la Calidad                                                  | Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | Planificación y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud                          |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                  | Informe de avance o monitoreo                                                  |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | PE05.01.02                                                                                    | Autoevaluación Institucional para la Acreditación MINSA                                          | Informe de autoevaluación de la acreditación                                   |                                             | Autoevaluación Institucional para la Acreditación MINSA                                          |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | PE05.01.03                                                                                    | Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud Programadas                                     | Informe de Evaluación Externa de Acreditación, Reacreditación o de Seguimiento |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                  | Plan de auditorías (CAM y CAS)                                                 |                                             | Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Programada                                       |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | PE05.01.04                                                                                    | Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud de Caso                                         | Informe de auditorías de la calidad de la atención                             |                                             | Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Auditoría de Caso                                |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     | PE05.01.05 | Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela | Informe de la gestión de Incidentes y Eventos Adversos                                        | Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela            |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | Informe de la gestión de Eventos Centinela                                                    |                                                                                                  |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     | PE05.01.06 | Rondas de Seguridad del Paciente                                                      | Informe de Seguridad del Paciente                                                             | Rondas de Seguridad del Paciente                                                                 |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     | PE05.01.07 | Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo                                     | Informe de evaluación de los resultados de la medición de la Satisfacción del Usuario Externo | Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo                                                |                                                                                |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     | PE05.02    | Gestión de la Mejora Continua de la Calidad                                           | PE05.02.01                                                                                    | Evaluación de la Atención de Reclamos                                                            | Informe de la Evaluación de la Gestión de Reclamos                             |                                             | Evaluación de la Atención de Reclamos                                                            |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | PE05.02.02                                                                                    | Evaluación de la Atención de Consultas                                                           | Informe de la Evaluación de la Gestión de Consultas                            |                                             | Evaluación de la Atención de Consultas                                                           |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | PE05.02.03                                                                                    | Evaluación de la Atención de Sugerencias                                                         | Informe de la Evaluación de la Gestión de Sugerencias                          |                                             | Evaluación de la Atención de Sugerencias                                                         |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | PE05.02.04                                                                                    | Soporte al proceso de Elaboración e Implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad | Informe de indicadores de calidad                                              |                                             | Soporte al proceso de Elaboración e Implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                  | Propuesta de proyectos y/o acciones de mejora                                  |                                             |                                                                                                  |
|                 |         |                                     |            |                                                                                       | Informe de Proyectos y/o Acciones de Mejora implementados y/o institucionalizados             |                                                                                                  |                                                                                |                                             |                                                                                                  |

|                                                                                   |                                                                             |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  | Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional | PE05        |
|                                                                                   |                                                                             | Versión: 01 |

## IX. FICHAS TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS

|                                 |                                                                         |                |            |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Planificación y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.01.01 |
|                                 |                                                                         | <b>VERSIÓN</b> | V.01       |

| Datos generales del procedimiento |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b> | Establecer los lineamientos generales para la implementación y monitoreo de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Alcance del procedimiento</b>  | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología INO – “Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Base Normativa</b>             | Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Definiciones</b>               | <b>Calidad de la Atención de Salud:</b> 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.                            |
|                                   | <b>Gestión de la Calidad:</b> Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad                                                   |
|                                   | <b>Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:</b> 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. |
|                                   | <b>Usuario Externo:</b> 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.                                                                                                                                                                        |
| <b>Siglas</b>                     | <b>RD:</b> Resolución Directoral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                   | <b>OGC:</b> Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                   | <b>PGCS:</b> Plan de Gestión de la Calidad en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                   | <b>OEPE:</b> Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Requisitos para iniciar el procedimiento |                                                                                                                             |                                                                                                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N°                                       | Descripción del requisito                                                                                                   | Fuente                                                                                                            |
| 1                                        | Criterios de Programación de Institutos (IPRESS III-2) para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud | Comunicados (oficios) remitidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud |

**Secuencia de Actividades**

| Nº | Descripción de la Actividad                                                                                                                                                                          | Documentos que se generan | Unidad de Organización   | Responsable                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| 1  | Evaluar el cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad en Salud de la Institución del año precedente e identificar las oportunidades de mejora a considerar en la planificación del presente año. | Informe                   | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 2  | Formular y remitir el anteproyecto del Plan Gestión de la Calidad en Salud de la Institución del presente año a la Dirección General                                                                 | Informe                   | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 3  | Revisar y remitir el anteproyecto del Plan de Gestión de la Calidad a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico                                                                               | -                         | Dirección General        | Director del Instituto Especializado           |
| 4  | Revisar y emitir opinión del anteproyecto del PGCS:- SI se encuentra conforme, se procede al paso 6- NO se encuentra conforme, se procede al paso 5                                                  | -                         | OEPE                     | Director/a Ejecutivo/a                         |
| 5  | Levantar las observaciones realizadas por la OEPE                                                                                                                                                    | Informe                   | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 6  | Remitir el proyecto a la Dirección General                                                                                                                                                           | Nota Informativa          | OEPE                     | Director/a Ejecutivo/a                         |
| 7  | Revisar y aprobar mediante acto resolutivo el Plan de Gestión de la Calidad en Salud                                                                                                                 | RD                        | Dirección General        | Director del Instituto Especializado           |
| 8  | Difundir el Plan de Gestión de la Calidad en Salud de la Institución                                                                                                                                 | Memorando Circular        | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 9  | Remitir el reporte periódico del avance o cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad en Salud                                                                                                    | Memorando / Informe       | Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 10 | Consolidar y evaluar los reportes del avance o cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad en Salud                                                                                               | -                         | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 11 | Remitir informes de observaciones, recomendaciones y/o oportunidades de mejora a las Unidades de Organización                                                                                        | Memorando / Informe       | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 12 | Remitir el informe del levantamiento de observaciones a la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                          | Memorando / Informe       | Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 13 | Consolidar y evaluar los reportes o informes con el levantamiento de observaciones de las Unidades de Organización                                                                                   | -                         | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 14 | Elaborar y remitir a la Dirección General el informe de seguimiento y desempeño del Plan de Gestión de la Calidad en Salud                                                                           | Memorando / Informe       | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 15 | Remitir a la Unidades de Organización para la implementación de las recomendaciones, oportunidades y acciones de mejora.                                                                             | Memorando                 | Dirección General        | Director del Instituto Especializado           |

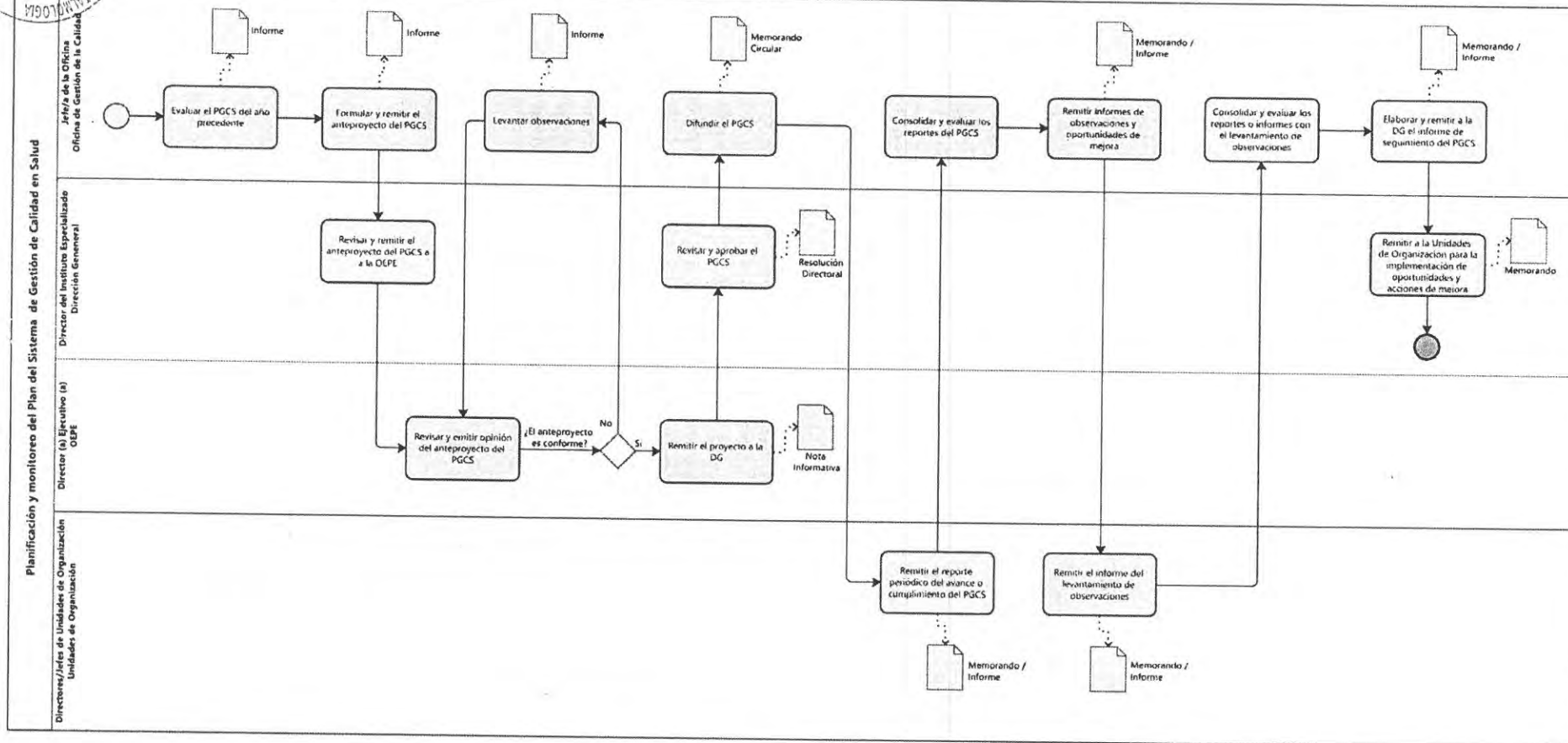


|                                                                                   |                                                                                    |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b>        |
|                                                                                   |                                                                                    | <b>Versión: 01</b> |

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Otros</b>                  |                                          |
| <b>Procesos Relacionados:</b> | PE05 Gestión de la Calidad Institucional |
| <b>Anexo:</b>                 | 1 Flujograma                             |

| <b>Aprobación</b>     |                              |                                                      |                                                                                      |                 |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                       | <b>Nombres y Apellidos</b>   | <b>Unidad de Organización</b>                        | <b>Firma y Sello</b>                                                                 | <b>Fecha</b>    |
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |    | <u>25/12/24</u> |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) |    | <u>13/10/25</u> |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     |  | <u>16/12/24</u> |





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud  <b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE ACREDITACIÓN Y CALIDAD <i>“El Acreditado Confía en el Compromiso”</i> | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | PE05        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    | Versión: 01 |

|                                 |                                                         |                |            |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Autoevaluación Institucional para la Acreditación MINSa | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.01.02 |
|                                 |                                                         | <b>VERSIÓN</b> | 1          |

| Datos generales del procedimiento |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b> | Verificar el cumplimiento de estándares de acreditación de los establecimientos de salud, públicos y privados, para lograr que sus usuarios reciban una atención de mejor calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Alcance del procedimiento</b>  | Unidades de organización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Base Normativa</b>             | Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                   | Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                   | Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA que aprueba el "Listado de Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud Categoría III-2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                   | Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Definiciones</b>               | 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. |
|                                   | 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.                                                                 |
|                                   | Listado de Estándares: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias, normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones                                                                                                                                                 |
|                                   | Informe Técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.                                                                                                                                                |
|                                   | Evaluadores Internos: Realizan la evaluación interna, o autoevaluación en los límites del establecimiento de salud/microrred o servicio médico de apoyo donde laboran, aplicando los estándares de acreditación.                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   | Equipo de Acreditación: El Equipo de Acreditación, con el auspicio de la autoridad institucional, promueve la difusión y el conocimiento del Listado de Estándares de Acreditación entre el personal del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.                                                                                                                                                                                                      |



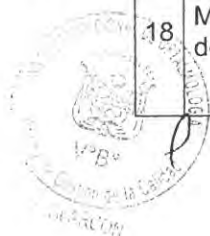
|               |                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Siglas</b> | MINSA: Ministerio de Salud                            |
|               | UFGCM: Unidad Funcional de Gestión de Calidad - MINSA |
|               | DG: Dirección General                                 |
|               | OGC: Oficina de Gestión de la Calidad                 |

| <b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b> |                                                             |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>N°</b>                                       | <b>Descripción del requisito</b>                            | <b>Fuente</b>                            |
| 1                                               | Listado de Estándares de Acreditación para Institutos III 2 | Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA |
| 2                                               | Equipo de Acreditación                                      | Resolución Directoral N° 1993-2022-INO-D |
| 3                                               | Evaluable internos                                          | Resolución Directoral N° 090-2023-INO-D  |

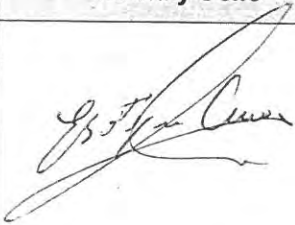
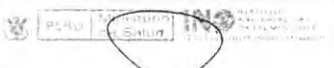
| <b>Secuencia de Actividades</b> |                                                                                                                                                                        |                                  |                                  |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>N°</b>                       | <b>Descripción de la Actividad</b>                                                                                                                                     | <b>Documentos que se generan</b> | <b>Unidad de Organización</b>    | <b>Responsable</b>                  |
| 1                               | Disponer a la OGC que conforme el Equipo de Acreditación Institucional                                                                                                 | Memorando                        | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 2                               | Coordinar con las Unidades de Organización la conformación del Equipo de Acreditación                                                                                  | Acta                             | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de Oficina                   |
| 3                               | Solicitar a la Dirección General la aprobación de la conformación del Equipo de Acreditación Institucional                                                             | Nota Informativa                 | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de Oficina                   |
| 4                               | Aprobar la conformación del Equipo de Acreditación Institucional                                                                                                       | Resolución Directoral            | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 5                               | Proponer, solicitar la conformación y aprobación del Equipo de Evaluadores Internos, en coordinación con los miembros del Equipo de Acreditación                       | Nota Informativa                 | Equipo de Acreditación (DG)      | Presidente                          |
| 6                               | Aprobar la conformación del Equipo de Evaluadores Internos                                                                                                             | Resolución Directoral            | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 7                               | Formular el Plan de Autoevaluación Institucional para la revisión del Equipo de Acreditación                                                                           | Informe                          | Equipo de Acreditación (DG)      | Equipo de Evaluadores Internos      |
| 8                               | Revisar con el Equipo de Acreditación el Plan de Autoevaluación para la solicitud de aprobación:<br>- NO CONFORME, se devuelve al ítem 7<br>- CONFORME, pasa al ítem 9 | Informe                          | Equipo de Acreditación (DG)      | Presidente                          |


  
 Oficina de Gestión de la Calidad
   
 F. ALARCON

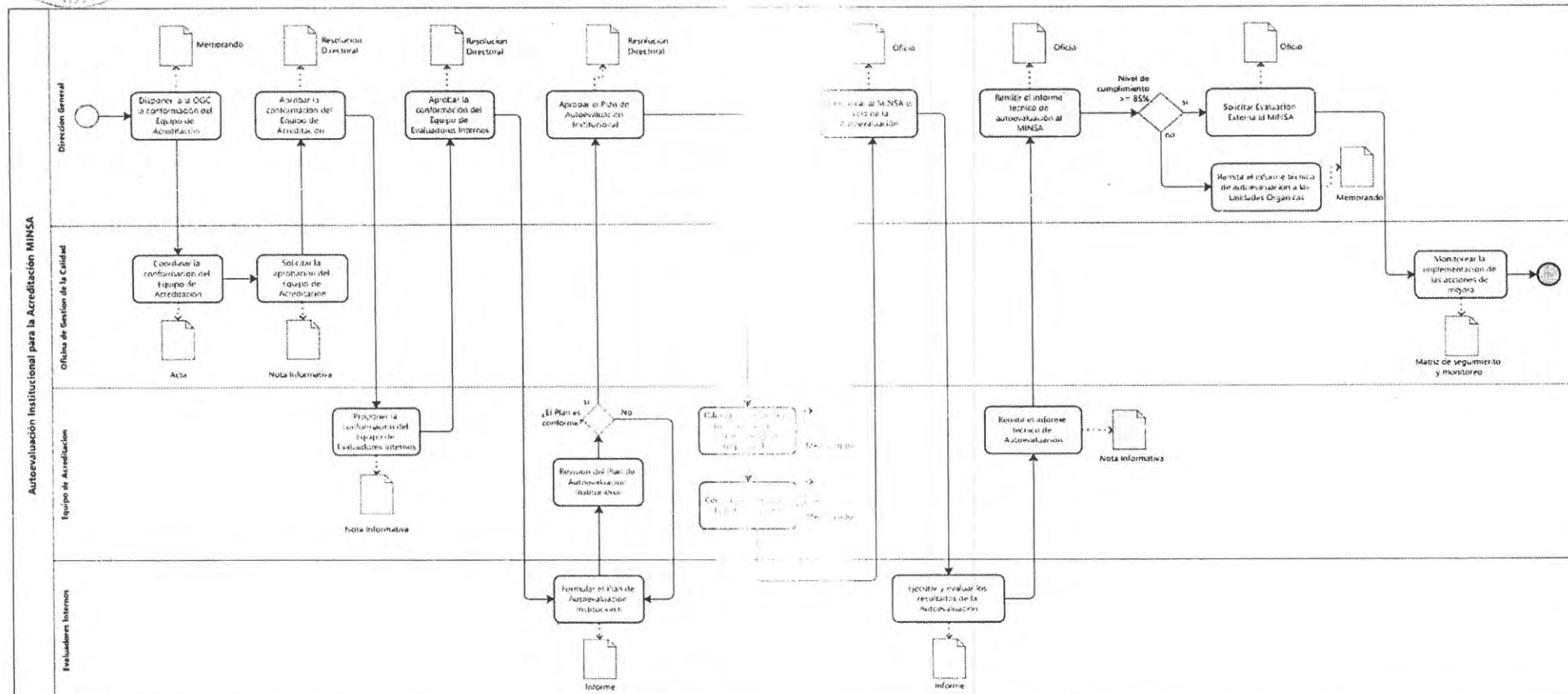
|    |                                                                                                                                                                            |                                   |                                  |                                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 9  | Aprobar el Plan de Autoevaluación Institucional                                                                                                                            | Resolución Directoral             | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 10 | Difundir los estándares de acreditación a la Unidades de Organización y solicitar la designación de los responsables de cada una de ellas para las coordinaciones          | Memorando Circular                | Equipo de Acreditación (DG)      | Presidente                          |
| 11 | Comunicar el inicio de la Autoevaluación para la Acreditación a la Dirección General, Unidades de Organización y al Equipo de Evaluadores Internos                         | Memorando Circular                | Equipo de Acreditación (DG)      | Presidente                          |
| 12 | Comunicar el inicio de la Autoevaluación para la Acreditación al MINSA                                                                                                     | Oficio                            | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 13 | Ejecutar y evaluar los resultados de la Autoevaluación para la Acreditación MINSA, remitir al Equipo de Acreditación                                                       | Informe                           | Equipo de Acreditación (DG)      | Equipo de Evaluadores Internos      |
| 14 | Remitir el informe técnico de Autoevaluación a la Dirección General                                                                                                        | Nota Informativa                  | Equipo de Acreditación (DG)      | Presidente                          |
| 15 | Remitir el informe técnico de Autoevaluación al MINSA (UFGCS-DVMPAS) y revisar el nivel de cumplimiento de estándares obtenido.                                            | Oficio                            | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 16 | Solicitar la Evaluación Externa para la Acreditación al MINSA, si el resultado es $\geq 85\%$                                                                              | Oficio                            | Dirección General                | Director de Instituto Especializado |
| 17 | Remitir el informe técnico de Autoevaluación a las Unidades de Organización para la implementación de las acciones de mejora correspondientes, si el resultado es $< 85\%$ | Memorando Circular                | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de Oficina                   |
| 18 | Monitorear la implementación de las acciones de mejora                                                                                                                     | Matriz de seguimiento y monitoreo | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de Oficina                   |



|                                                                                   |                                                                                    |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b>        |
|                                                                                   |                                                                                    | <b>Versión: 01</b> |

|                               |                                          |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Otros</b>                  |                                          |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
| <b>Procesos Relacionados:</b> | PE05 Gestión de la Calidad Institucional |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
| <b>Anexo:</b>                 | 1 Flujograma                             |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
| <b>Aprobación</b>             |                                          |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
|                               | <b>Nombres y Apellidos</b>               | <b>Unidad de Organización</b>                        | <b>Firma y Sello</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Fecha</b> |
| <b>Elaborado por:</b>         | Ing. Estefanny Botiquin Curo             | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                 | 25/12/24     |
| <b>Revisado por:</b>          | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles             | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br><br>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles<br>Coordinador de la UF de Organización y Modernización<br>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 13/01/25     |
| <b>Aprobado por:</b>          | Dra. Flor Alarcón Samame                 | Oficina de Gestión de la Calidad                     | <br><br>M. O. FLOR DE MARÍA ALARCÓN SAMAME<br>Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>C.M. 31127 - E. 11593                         | 26/12/24     |
| <b>Control de Cambios</b>     |                                          |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
| <b>Versión</b>                | <b>Sección del procedimiento</b>         | <b>Descripción del cambio</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
| V.01                          | -                                        | -                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |





|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud <b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA<br>"De la Atención al Paciente al Paciente" | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | PE05        |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    | Versión: 01 |

|                                 |                                                            |                |            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud programada | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.01.03 |
|                                 |                                                            | <b>VERSIÓN</b> | 01         |

| <b>Datos generales del procedimiento</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b>        | Evaluar la calidad del acto médico, el acto de salud y el proceso de atención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Alcance del procedimiento</b>         | Unidades de organización (Direcciones y Departamentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Base Normativa</b>                    | Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                          | Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                          | Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02" Norma Técnica de Salud de Auditoría de la calidad de la Atención en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Definiciones</b>                      | Acto médico: Tipo de acción o disposición que realiza el medico en el ejercicio de la profesión médica ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico, diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                          | Listado de Estándares: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias, normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                          | Calidad de Atención: 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 los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica: • La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios. • La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. • La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos. |
|                                          | Auditoría Médica: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                          | Auditoría de Salud: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                          | Auditoría de Caso: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|               | Auditoría programada: Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.                                                                                                                                                                                                                                                        |
|               | Evento Adverso: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|               | Evento Centinela: - Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Siglas</b> | MINSAL: Ministerio de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|               | HC: Historia Clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|               | CAM: Comité de Auditoría Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|               | CAS: Comité de Auditoría en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Requisitos para iniciar el procedimiento |                                                                           |                                         |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| N°                                       | Descripción del requisito                                                 | Fuente                                  |
| 1                                        | Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud | NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02           |
| 2                                        | Comité de auditoría en salud                                              | Resolución Directoral N° 087-2019-INO-D |
| 3                                        | Comité de auditoría médica                                                | Resolución Directoral N° 040-2021-INO-D |
| 4                                        | Criterios de programación                                                 | MINSAL                                  |
| 5                                        | Plan Anual de Auditoría                                                   | INO                                     |

| Secuencia de Actividades |                                                                                                                  |                           |                                               |                                     |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| N°                       | Descripción de la Actividad                                                                                      | Documentos que se generan | Unidad de Organización                        | Responsable                         |
| 1                        | Elaborar el Proyecto del Plan Anual de Auditoría de Calidad en Salud del Instituto y remitir a DG                | Informe                   | Oficina de Gestión de la Calidad              | Jefe de la OGC / CAM / CAS          |
| 2                        | Recibir y derivar a OEPE                                                                                         | -                         | Dirección General                             | Director de Instituto Especializado |
| 3                        | Revisar:<br>- Si favorable, deriva a DG (pasa al ítem 4)<br>- No favorable, deriva a OGC (se devuelve al ítem 1) | Informe                   | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | Directora Ejecutiva                 |
| 4                        | Aprobar el Plan                                                                                                  | Resolución Directoral     | Dirección General                             | Director de Instituto Especializado |
| 5                        | Informar al MINSAL de la aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud            | Oficio                    | Dirección General                             | Director de Instituto Especializado |
| 6                        | Difundir el plan y coordinar con el CAS/CAM                                                                      | Memorando                 | Oficina de Gestión de la Calidad              | Jefe/a de Oficina                   |

|                                                                                   |                                                                                    |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br>Versión: 01 |
|                                                                                   |                                                                                    |                                |

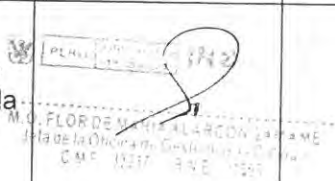
|    |                                                                                                                                           |                  |                                                               |                                     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 7  | Ejecutar el plan de acuerdo al cronograma                                                                                                 | -                | CAM/CAS(DG)                                                   | CAM/CAS                             |
| 8  | Solicitar a la Oficina de Estadísticas Informática las historias clínicas a fin de ejecutar las auditorías.                               | Nota Informativa | Oficina de Gestión de la Calidad                              | Jefe/a de Oficina                   |
| 9  | Entregar Historias Clínicas para las auditorías correspondientes.                                                                         | -                | Oficina de Estadística Informática                            | Jefe/a de Oficina                   |
| 10 | Analizar las HC y remitir informe de la auditoría correspondiente a la OGC                                                                | Informe          | CAM/CAS(DG)                                                   | CAM/CAS                             |
| 11 | Revisar la estructura del informe para ser derivado a la Dirección General                                                                | Nota Informativa | Oficina de Gestión de la Calidad                              | Jefe/a de Oficina                   |
| 12 | Disponer la implementación de la recomendaciones                                                                                          | Memorando        | Dirección General                                             | Director de Instituto Especializado |
| 13 | Informar a los departamentos correspondientes, e implementar las recomendaciones                                                          | Memorando        | Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología | Director Ejecutivo/a                |
| 14 | Elaborar informe consolidado de las auditorías realizadas, el seguimiento de las oportunidades de mejora y remitir a la Dirección General | Informe          | Oficina de Gestión de la Calidad                              | Jefe/a de Oficina                   |
| 15 | Enviar al MINSA el informe consolidado                                                                                                    | Oficio           | Dirección General                                             | Director de Instituto Especializado |

#### Otros

**Procesos Relacionados:** PE05 Gestión de la Calidad Institucional

**Anexo:** 1 Flujograma

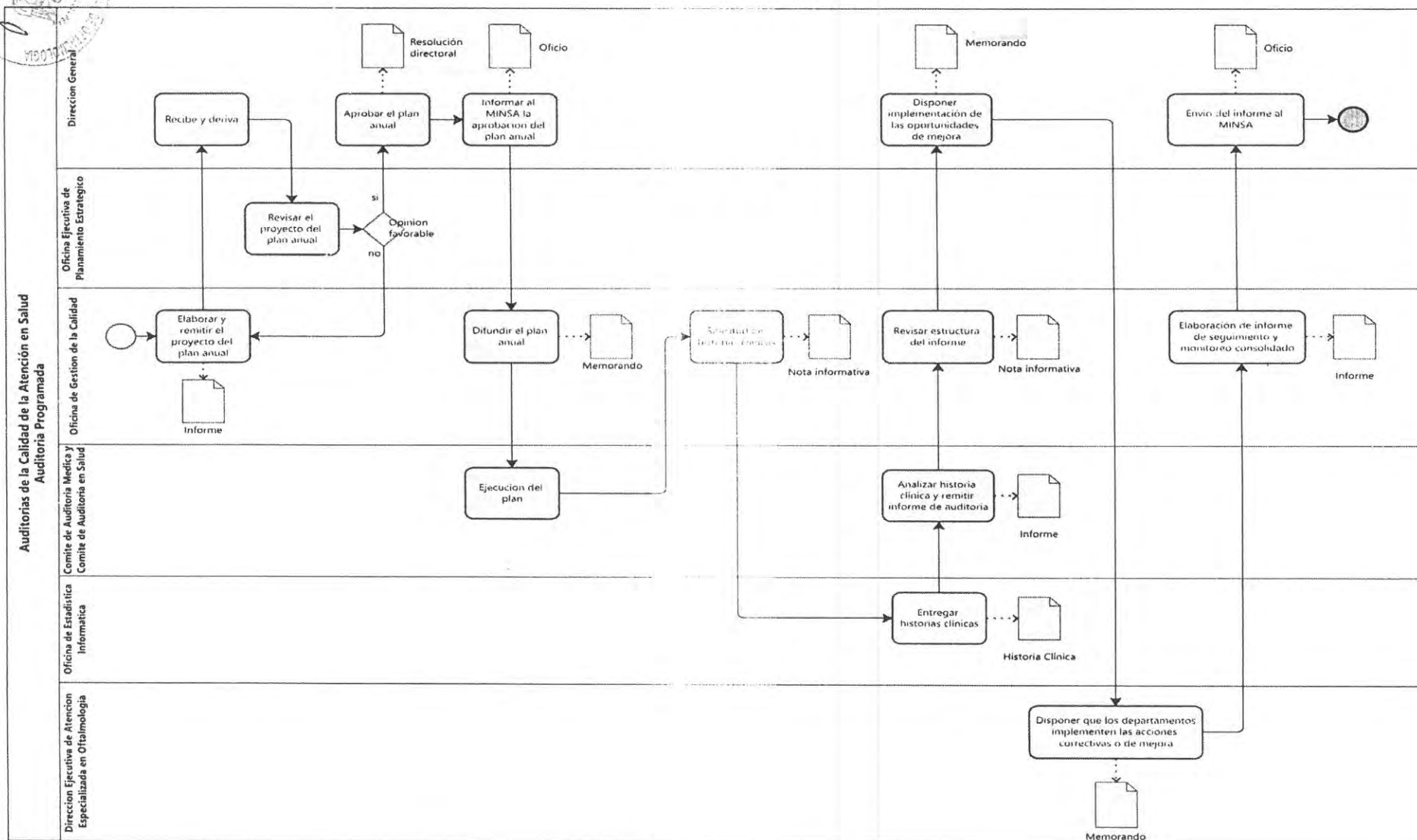
#### Aprobación

|                       | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                        | Fecha    |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |  | 25/12/24 |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) |  | 13/01/25 |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     |  | 26/12/24 |

#### Control de Cambios

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |





|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud<br><b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE OPTALMOLOGÍA<br><small>"Atención y Calidad en la Visión"</small> | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br><b>Versión: 01</b> |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                       |

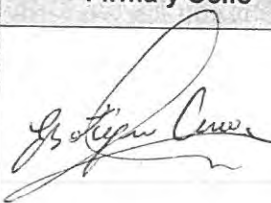
|                                 |                                                                   |                |            |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud Auditoría de Caso | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.01.04 |
|                                 |                                                                   | <b>VERSIÓN</b> | 01         |

| Datos generales del procedimiento |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b> | Verificar el grado de cumplimiento de la Calidad en la Atención de Salud mediante la Auditoría de Caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Alcance del procedimiento</b>  | Unidades de organización (Direcciones y Departamentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Base Normativa</b>             | Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                   | Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                   | Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02" Norma Técnica de Salud de Auditoría de la calidad de la Atención en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Definiciones</b>               | 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.                                                                                                                                                                                                                          |
|                                   | Auditoría de Caso: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz |
|                                   | Evento Adverso: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Siglas</b>                     | HC: Historia Clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                   | CAM: Comité de Auditoría Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                   | GPC: Guía de Práctica Clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                   | MINSA: Ministerio de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

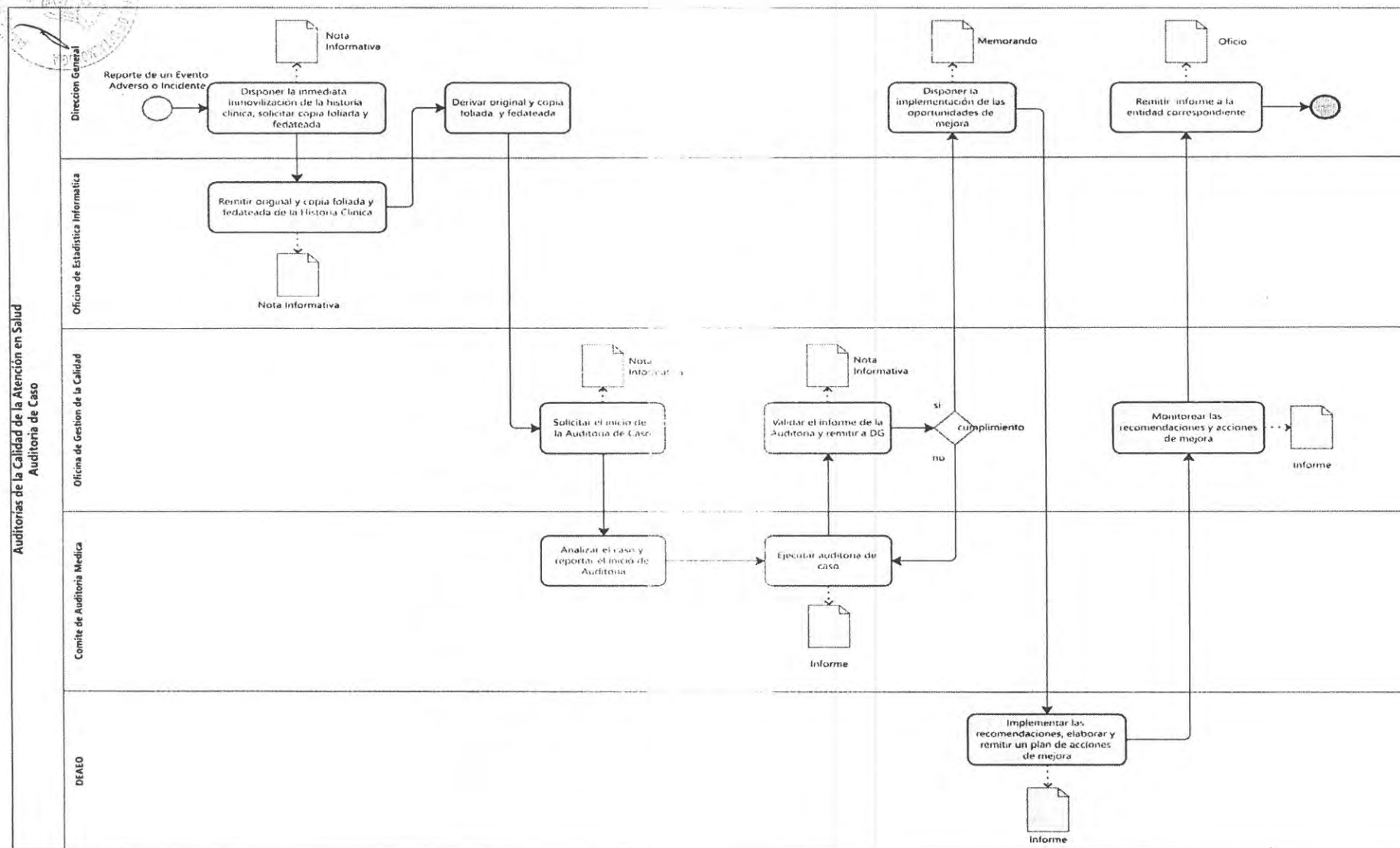
| Requisitos para iniciar el procedimiento |                                                                           |                               |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| N°                                       | Descripción del requisito                                                 | Fuente                        |
| 1                                        | Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud | NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 |
| 2                                        | Solicitud de Dirección, Oficina de la Calidad y/o Servicios Médicos       | NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 |



| Secuencia de Actividades |                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                      |                                                 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nº                       | Descripción de la Actividad                                                                                                                                                                                                | Documentos que se generan | Unidad de Organización               | Responsable                                     |
| 1                        | Disponer la inmediata inmovilización de la historia clínica y solicitar una copia foliada y fedateada de la misma a la Oficina de Estadística e Informática, ante un evento adverso o incidente                            | Nota Informativa          | Dirección General                    | Director de Instituto Especializado             |
| 2                        | Remitir original y copia foliada y fedateada de la Historia Clínica a la Dirección General.                                                                                                                                | Nota Informativa          | Oficina de Estadística e Informática | Responsable de Archivo de Historia Clínica      |
| 3                        | Derivar original y copia foliada y fedateada de la Historia Clínica a la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                  | -                         | Dirección General                    | Director de Instituto Especializado             |
| 4                        | Solicitar el inicio de la Auditoria de Caso al Comité de Auditoria Médica, a quien deriva original y copia foliada y fedateada de la Historia Clínica, así como la información relacionada a la gestión del evento adverso | Nota Informativa          | Oficina de Gestión de la Calidad     | Jefe/a de Oficina                               |
| 5                        | Analizar el caso, planificar, convocar a reunión y reportar el inicio de la Auditoria de Caso a la Dirección General                                                                                                       | -                         | Dirección General                    | CAM                                             |
| 6                        | Ejecutar la Auditoria de Caso                                                                                                                                                                                              | Informe                   | Dirección General                    | CAM                                             |
| 8                        | Validar el cumplimiento de los requisitos y estructura de la Auditoria. De estar conforme, remitir el informe a la Dirección General                                                                                       | Nota informativa          | Oficina de Gestión de la Calidad     | Jefe/a de Oficina                               |
| 10                       | Disponer la implementación de las oportunidades de mejora de la Auditoria de Caso                                                                                                                                          | Memorando Circular        | Dirección General                    | Director de Instituto Especializado             |
| 11                       | Implementar las recomendaciones, elaborar y remitir un plan de acciones de mejora                                                                                                                                          | Informe (plan de acción)  | DEAEO                                | Directores Ejecutivos y/o Jefes de departamento |

|                               |                                                                                                                    |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 12                            | Monitorear la implementación de las recomendación, acciones de mejora, y remitir el informe a la Dirección General | Informe                                              | Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Jefe/a de Oficina                   |
| 13                            | Remitir el informe a la Entidades correspondiente                                                                  | Oficio                                               | Dirección General                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Director de Instituto Especializado |
| <b>Otros</b>                  |                                                                                                                    |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| <b>Procesos Relacionados:</b> |                                                                                                                    | PE05 Gestión de la Calidad Institucional             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| <b>Anexo:</b>                 |                                                                                                                    | 1 Flujograma                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| <b>Aprobación</b>             |                                                                                                                    |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
|                               | <b>Nombres y Apellidos</b>                                                                                         | <b>Unidad de Organización</b>                        | <b>Firma y Sello</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Fecha</b>                        |
| <b>Elaborado por:</b>         | Ing. Estefanny Botiquin Curo                                                                                       | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                     | 25/12/24                            |
| <b>Revisado por:</b>          | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles                                                                                       | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br><br>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles<br>Coordinador de la UF de Organización y Modernización<br>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 13/01/25                            |
| <b>Aprobado por:</b>          | Dra. Flor Alarcón Samame                                                                                           | Oficina de Gestión de la Calidad                     | <br><br>M.O. Flor Alarcón Samame<br>Jefe de Oficina                                                                                           | 26/12/24                            |
| <b>Control de Cambios</b>     |                                                                                                                    |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| <b>Versión</b>                | <b>Sección del procedimiento</b>                                                                                   | <b>Descripción del cambio</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| V.01                          | -                                                                                                                  | -                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |





| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela | CÓDIGO  | PE05.01.05 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|                          |                                                                                       | VERSIÓN | 01         |

| Datos generales del procedimiento |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b> | Contribuir a la mejora de la calidad en salud y la seguridad del paciente mediante el análisis y tratamiento de los incidentes y eventos adversos, a fin de prevenir la aparición de los mismos, reducir y mitigar los riesgos durante la atención de salud y sus efectos, identificar áreas vulnerables y promover las prácticas seguras.                                                                                                             |
| <b>Alcance del procedimiento</b>  | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos".                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Base Normativa</b>             | Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   | Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                   | Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas"                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                   | Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud"                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Definiciones</b>               | <b>Evento Adverso:</b> incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                   | <b>Evento Centinela:</b> 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.                                                                                                                                                                      |
|                                   | <b>Evento prevenible:</b> Describe el evento producido por un error o fallo del sistema, se puede estar preparado para su aparición.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   | <b>Incidente:</b> Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso. |
|                                   | <b>Incidente relacionado con la seguridad del paciente:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                             |
|                                   | <b>Gestión del Riesgo:</b> Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                   | <b>Sistema de Notificación de Eventos Adversos:</b> 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.                                                                                                                                             |
| <b>Siglas</b>                     | <b>Seguridad del Paciente:</b> se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren a obtención de óptimos resultados para el paciente.                                                                                                                                                                                                          |
|                                   | CSP: Comité de seguridad del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                   | DEAEO: Dirección ejecutiva de Atención especializada en Oftalmología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   | DG: Dirección General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



|  |                                                                                   |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | EAIEAEC: Equipo de análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas. |
|  | MINSAL: Ministerio de Salud                                                       |
|  | OGC: Oficina de Gestión de la Calidad                                             |
|  | RD: Resolución Directoral                                                         |
|  | UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud                                     |

#### Requisitos para iniciar el procedimiento

| N° | Descripción del requisito                                   | Fuente                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Reporte de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela | Sistema de Registro Notificación, Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del INO |

#### Secuencia de Actividades

| N° | Descripción de la Actividad                                                                                                                                                                        | Documentos que se generan                                             | Unidad de Organización                     | Responsable                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1  | Reportar el Incidente, Evento adverso o Evento centinela acontecido al Jefe inmediato superior y/o a la OGC                                                                                        | -----                                                                 | Unidades de organización (UPSS)            | Personal asistencial o administrativo    |
| 2  | Ejecutar acciones inmediatas frente a eventos adversos (iniciar tratamiento y cuidados necesarios)                                                                                                 | -----                                                                 | Unidades de organización (UPSS)            | Personal asistencial o administrativo    |
| 3  | Registrar lo acontecido y entregar la Ficha de Incidentes y/o Eventos adversos al Jefe inmediato superior                                                                                          | Ficha de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinela | Unidades de organización (UPSS)            | Personal asistencial o administrativo    |
| 4  | Notificar de forma inmediata lo acontecido, adjuntando la Ficha de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinela, a la DEAEAO, la OGC, el CSP y el EAIEAEC                          | Nota informativa                                                      | Unidades de organización (UPSS)            | Jefes de Unidades de Organización (UPSS) |
| 5  | Convocar a los involucrados y realizar el análisis e investigación del incidente, evento adverso y/o evento centinela                                                                              | Acta de Reunión                                                       | EAIEAEC / Oficina de Gestión de la Calidad | Líder / Jefe/a de la Oficina             |
| 6  | Realizar y remitir el informe del análisis e investigación (protocolo) de lo acontecido, y el plan de acción con sus acciones correctivas y preventivas, a la OGC/Comité de Seguridad del Paciente | Informe                                                               | EAIEAEC (Dirección General)                | Líder                                    |
| 7  | Mensualmente, consolidar y remitir a la DEAEAO la matriz de consolidación y las fichas de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas registrados en el periodo                          | Nota informativa                                                      | Unidades de organización (UPSS)            | Jefes de Unidades de Organización (UPSS) |



|    |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                  |                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 8  | Remitir el consolidado de las matrices y fichas de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas registrados a la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                      | Nota informativa | DEAEO                            | Director/a de la DEAEO               |
| 9  | Recepcionar, consolidar, integrar, clasificar y remitir el informe de los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas registrados en el periodo al Comité de Seguridad del Paciente y EAIEAEC                                         | Informe          | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                 |
| 10 | Monitorear e informar al EAIEAEC, CSP y a la DG el estado de la gestión de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela (consolidado de incidentes y eventos reportados, y cuando corresponda, el cumplimiento de los planes de acción) | Informe          | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                 |
| 11 | Abordar las oportunidades de mejora y solicitar su implementación a las unidades orgánicas                                                                                                                                                  | Memorando        | Dirección General                | Director del Instituto Especializado |

**Otros**

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Procesos Relacionados:</b> | PE05 Gestión de la Calidad Institucional |
| <b>Anexo:</b>                 | 1 Flujograma                             |

**Aprobación**

|                       | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                             | Fecha    |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                           | 25/12/24 |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br>PERU Ministerio de Salud INO<br>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles<br>Coordinador de la UF de Organización y Modernización<br>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 13/01/25 |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     | <br>M.O. FLOR DE MARÍA ALARCÓN SAMAME<br>INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA                                                                                               | 26/12/24 |

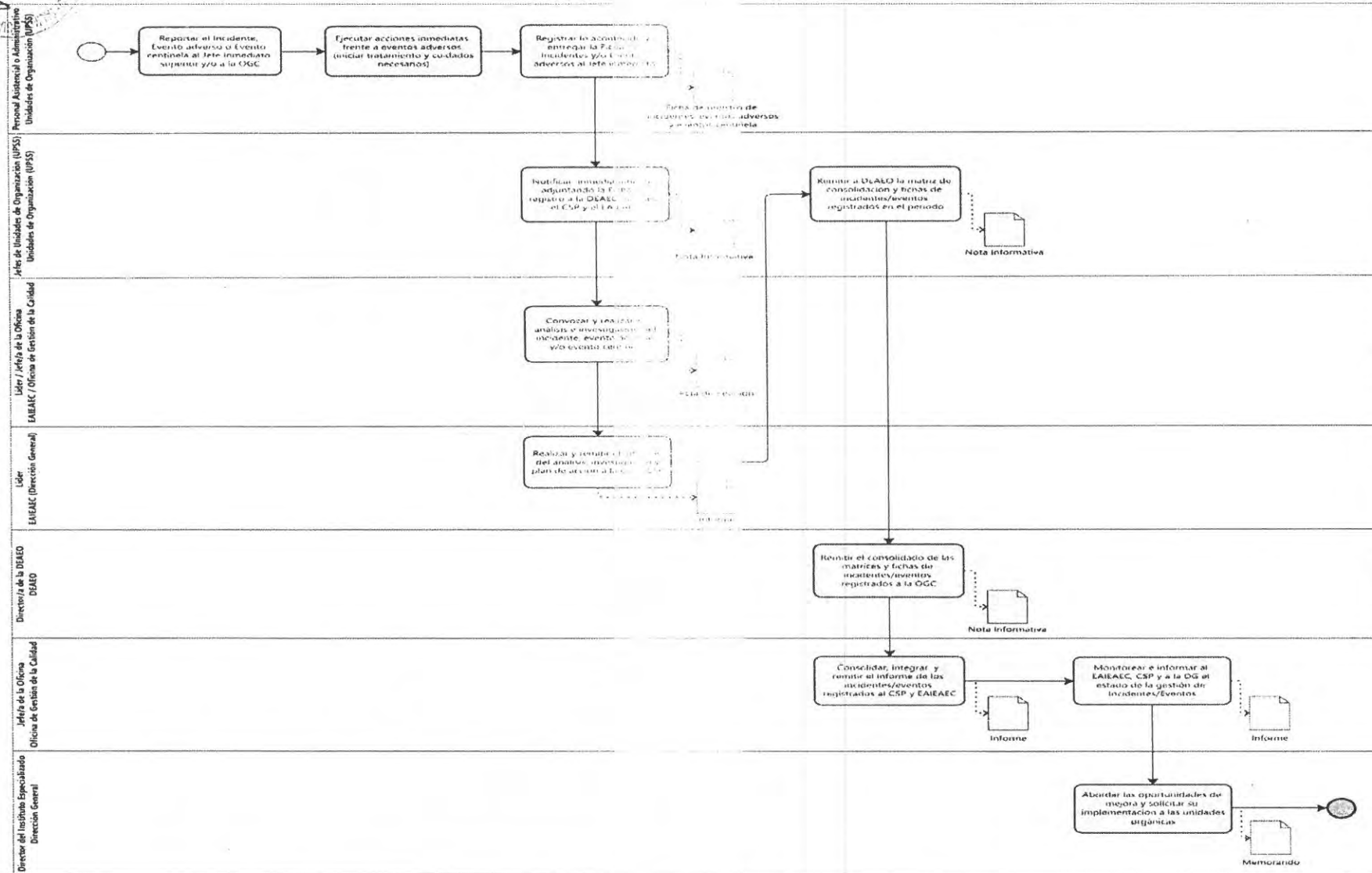
**Control de Cambios**

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |





Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela



|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud <b>INO</b> INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA "Dr. Francisco Contreras Campos" | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><b>Versión: 01</b> |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |                                   |

|                                 |                                  |                |            |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------|------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Rondas de Seguridad del Paciente | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.01.06 |
|                                 |                                  | <b>VERSIÓN</b> | 01         |

| <b>Datos generales del procedimiento</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b>        | Identificar y reducir los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras, en todos aquellos servicios relacionados con la atención al paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Alcance del procedimiento</b>         | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Base Normativa</b>                    | Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                          | Resolución Ministerial N° 163-2020 que aprueba la DS N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión de riesgo en la atención en salud."                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Definiciones</b>                      | <b>Incidente relacionado con la seguridad del paciente:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                          | <b>Mejora Continua:</b> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                          | <b>Práctica Segura:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                          | <b>Riesgo:</b> 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.                                                                                                                                                                                       |
|                                          | <b>Ronda de seguridad del Paciente:</b> Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva. |
|                                          | <b>Seguridad del Paciente:</b> 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.                                                                                                                                                         |
| <b>Siglas</b>                            | <b>Gestión del Riesgo:</b> Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                          | DG: Dirección General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                          | ERSP: Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                          | IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                          | MINSA: Ministerio de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                          | OGC: Oficina de Gestión de la Calidad<br>RSP: Rondas de Seguridad del Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |





UFGCM: Unidad Funcional de Gestión de Calidad - MINSA

UPSS: Unidad productora de Servicios de Salud

**Requisitos para iniciar el procedimiento**

| N° | Descripción del requisito                                   | Fuente                                    |
|----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1  | Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente | Resolución Ministerial N.° 163-2020-MINSA |
| 2  | Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente              | Resolución Ministerial N.° 163-2020-MINSA |

**Secuencia de Actividades**

| N° | Descripción de la Actividad                                                                                                         | Documentos que se generan        | Unidad de Organización   | Responsable                           |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 1  | Coordinar la conformación y/o actualización del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente (ERSP)                                   | Acta                             | ERSP (Dirección General) | Líder                                 |
| 2  | Remitir la propuesta de conformación del ERSP a la Dirección General.                                                               | Informe                          | ERSP (Dirección General) | Líder                                 |
| 3  | Aprobar la conformación y/o actualización del ERSP.                                                                                 | Resolución Directoral            | Dirección General        | Director/a de Instituto Especializado |
| 4  | Elaborar y remitir el Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente a la Dirección General con los vistos buenos correspondientes. | Informe                          | ERSP (Dirección General) | Líder                                 |
| 5  | Tomar conocimiento y aprobar el Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente.                                                     | Resolución Directoral            | Dirección General        | Director/a de Instituto Especializado |
| 6  | Definir mensualmente la UPSS en la que se realizará la Ronda de Seguridad del Paciente, según cronograma.                           | -                                | ERSP (Dirección General) | Líder                                 |
| 7  | Determinar los criterios específicos que se aplicarán a la UPSS a visitar.                                                          | Ficha de Criterios de evaluación | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                    |
| 8  | Reunir al ERSP y repartir las fichas de criterios de evaluación, para el cumplimiento de la actividad según cronograma.             | -                                | ERSP (Dirección General) | Líder                                 |
| 9  | Convocar y hacer partícipe de la Ronda de Seguridad del Paciente al responsable de la UPSS a visitar                                | -                                | ERSP (Dirección General) | Líder                                 |

|    |                                                                                                                                                                                                   |                                                            |                          |                                                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| 10 | Brindar las facilidades para el desarrollo de la RSP y participa de la misma                                                                                                                      | -                                                          | Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 11 | Ejecutar la Ronda de Seguridad del Paciente en la UPSS seleccionada.                                                                                                                              | Ficha de Criterios de Evaluación                           | ERSP (Dirección General) | Miembros                                       |
| 12 | Recepcionar, custodiar y registrar las fichas de criterios de evaluación en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente.                                                       | Aplicativo de Excel del MINSA                              | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                             |
| 13 | Realizar la valoración y priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente                                                                                          | Matriz de Riesgos / Matriz de Priorización de Intervención | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                             |
| 14 | Realizar el informe mensual con resultados, recomendaciones y/o acciones correctivas.                                                                                                             | Informe                                                    | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                             |
| 15 | Socializar el informe para su validación por los miembros del ERSP. Firmar el Informe y el Acta de Reunión correspondiente.                                                                       | Informe / Acta ERSP                                        | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                             |
| 16 | Elevar el informe al despacho de Dirección General.                                                                                                                                               | Informe                                                    | ERSP(Dirección General)  | Secretario Técnico                             |
| 17 | Comunicar a los responsables de la UPSS involucrada, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para su implementación y monitoreo. | Informe                                                    | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                             |
| 18 | Convocar al responsable de la UPSS, a fin de elaborar en manera conjunta el Plan de Acción de mejora a ser implementado.                                                                          | -                                                          | ERSP (Dirección General) | Líder                                          |
| 19 | Elevar el Plan de acción al despacho de la Dirección General firmado por los miembros del ERSP y el responsable de la UPSS involucrada.                                                           | Nota Informativa                                           | ERSP (Dirección General) | Secretario Técnico                             |
| 20 | Implementar las acciones de mejora a su cargo.                                                                                                                                                    | -                                                          | Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |



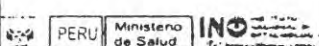
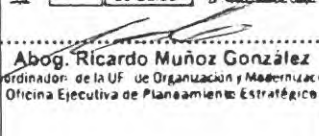
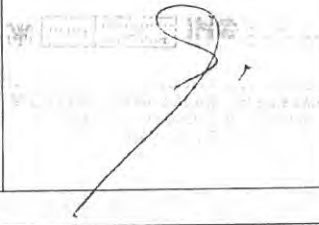
|    |                                                                                                                                                                                   |                    |                             |                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 21 | Monitorear el cumplimiento e implementación de las acciones de mejora asumidas por las UPSS en el Plan Acción, a través del miembro designado por el Secretario Técnico del ERSP. | Ficha de monitoreo | ERSP<br>(Dirección General) | ERSP<br>(Miembro designado)           |
| 22 | Realizar el Informe semestral Rondas de Seguridad del Paciente, firmado por los miembros del ERSP.                                                                                | Informe            | ERSP<br>(Dirección General) | Líder                                 |
| 23 | Remitir el informe semestral al MINSA, revisar y disponer la implementación de acciones correctivas a las unidades orgánicas.                                                     | Oficio             | Dirección General           | Director/a de Instituto Especializado |

#### Otros

**Procesos Relacionados:** PE05 Gestión de la Calidad Institucional

**Anexo:** 1 Flujograma

#### Aprobación

|                | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha           |
|----------------|------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Elaborado por: | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                   | <u>13/01/25</u> |
| Revisado por:  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br><br>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles<br>Coordinador de la UF de Organización y Modernización<br>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | <u>13/01/25</u> |
| Aprobado por:  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                   | <u>26/12/24</u> |

#### Control de Cambios

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |





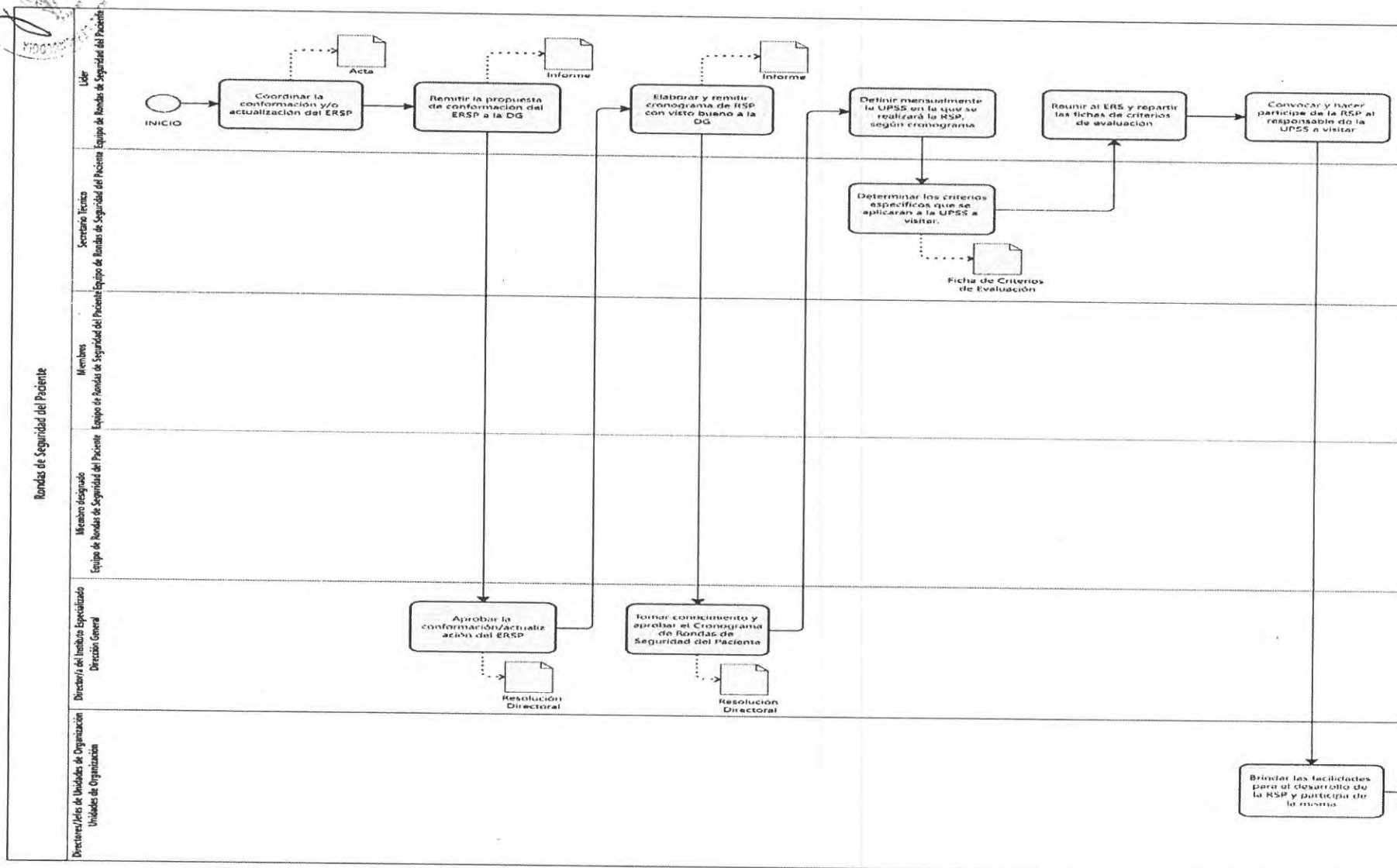
PERÚ Ministerio de Salud

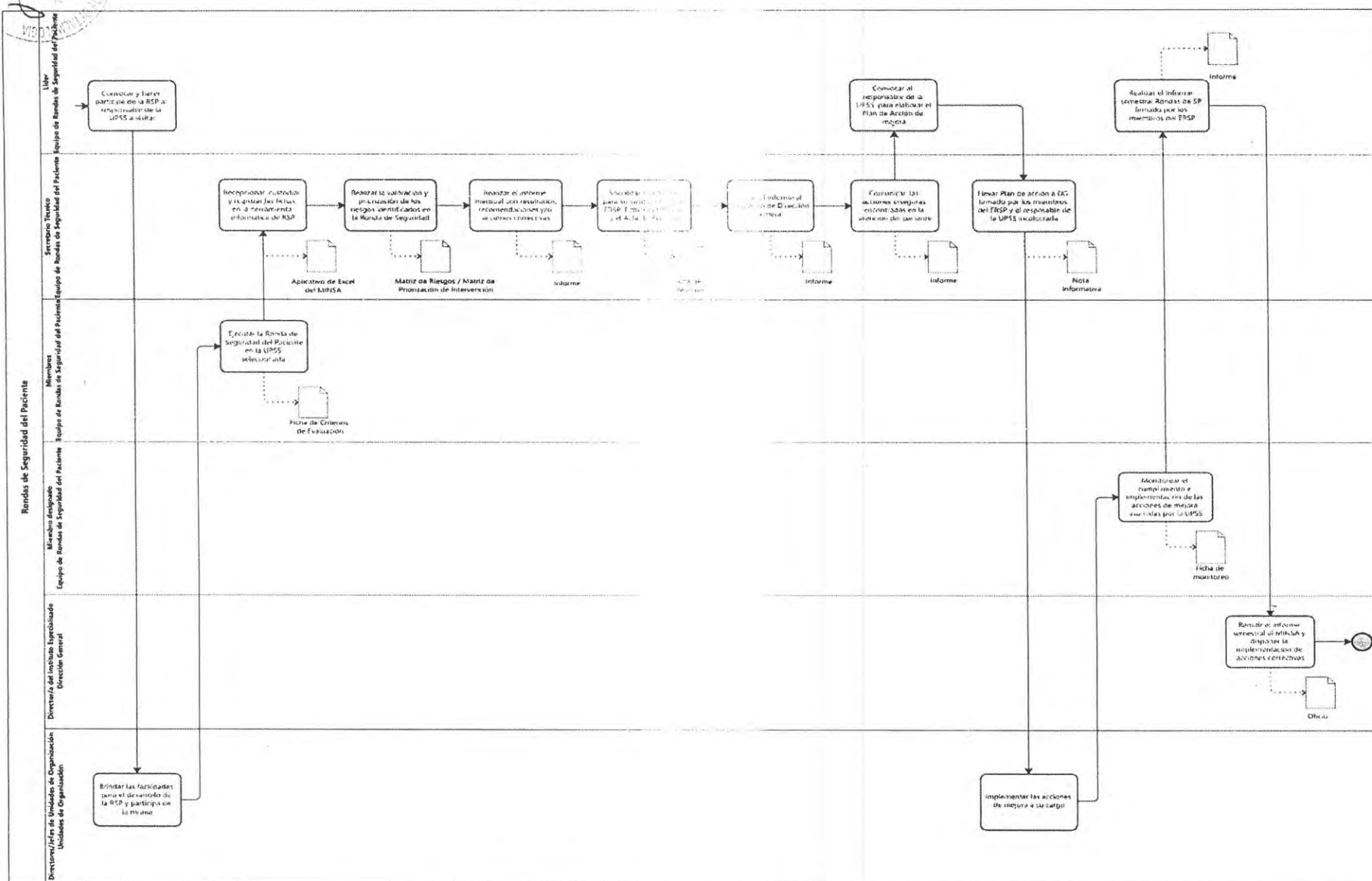
INO INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA  
"Dr. Juan José Cerezo Cárdenas"

# Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional

PE05

Versión: 01





|                                                                                   |                                                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br><b>Versión: 01</b> |
|                                                                                   |                                                                                    |                                       |

|                                 |                                                          |                |                   |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------|-------------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | <b>Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo</b> | <b>CÓDIGO</b>  | <b>PE05.01.07</b> |
|                                 |                                                          | <b>VERSIÓN</b> | <b>01</b>         |

#### Datos generales del procedimiento

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b> | Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos respecto a la atención recibida en los procesos de hospitalización, consulta externa y emergencia del Instituto Nacional de Oftalmología INO - "Dr. Francisco Contreras Campos", identificando su percepción sobre los atributos de calidad de la atención y los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua. |
| <b>Alcance del procedimiento</b>  | Es de aplicación obligatoria en Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos del Instituto Nacional de Oftalmología INO – "Dr. Francisco Contreras Campos".                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Base Normativa</b>             | Ley N° 26842, Ley General de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                   | Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarios de los Servicios de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                   | Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                   | Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de 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° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Definiciones</b>               | <b>Evaluación:</b> Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud a los usuarios que acuden por una atención a una organización de salud.                                                                                                                                                                             |
|                                   | <b>Evaluación de la satisfacción del usuario externo:</b> Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por él usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.                                                                                                                                                                                                           |
|                                   | <b>Encuestador y moderador:</b> Es la persona que ha sido capacitada en la metodología o técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo, el cual debe poseer los siguientes atributos: capacidad en el tema a tratar, ser cordial y respetuoso, expresarse con claridad y ser tolerante.                                                                                                                                  |
|                                   | <b>Establecimiento de Salud:</b> Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.                                                                                                                           |
|                                   | <b>Expectativa del usuario:</b> Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa.                                                                                                                                                                         |
|                                   | <b>Satisfacción del usuario externo:</b> Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.                                                                                                                                                                                                                                  |



|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p><b>SERVQUAL:</b> Esta herramienta se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario, fue desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores para lograr la comparación entre las expectativas generales de los usuarios externos y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio.</p> <p>Esta herramienta define la calidad de servicio como la brecha o diferencia entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos.</p> |
|               | <p><b>Percepción del Usuario:</b> Como percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|               | <p><b>Usuario Externo:</b> 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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Siglas</b> | <b>DG:</b> Dirección General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|               | <b>SERVQUAL:</b> Service Quality Model                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|               | <b>RD:</b> Resolución Directoral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|               | <b>MINSA:</b> Ministerio de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|               | <b>OGC:</b> Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

#### Requisitos para iniciar el procedimiento

| N° | Descripción del requisito                                   | Fuente                                   |
|----|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1  | Encuestas de la Satisfacción del Usuario Externo            | Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA |
| 2  | Criterios de programación                                   | MINSA                                    |
| 3  | Listado de Estándares de Acreditación para Institutos III 2 | Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA |

#### Secuencia de Actividades

| N° | Descripción de la Actividad                                                                   | Documentos que se generan | Unidad de Organización           | Responsable            |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------|
| 1  | Planificar y organizar la medición de la Satisfacción del Usuario Externo                     | Plan                      | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina   |
| 2  | Recolectar datos y determinar la muestra                                                      | -                         | OGC (PAUS)                       | Responsable de la PAUS |
| 3  | Seleccionar y capacitar a los encuestadores para el uso y aplicación de la encuesta           | Acta                      | OGC (PAUS)                       | Responsable de la PAUS |
| 4  | Aplicar la encuesta                                                                           | Encuesta de Satisfacción  | OGC (PAUS)                       | Encuestadores PAUS     |
| 5  | Supervisar o realizar el control de calidad de la encuesta                                    | Acta                      | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina   |
| 6  | Informar los resultados de la ejecución de la medición de la Satisfacción del Usuario Externo | Informe                   | OGC (PAUS)                       | Responsable de la PAUS |

|                                                                                   |                                                                                    |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br>Versión: 01 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

|    |                                                                                                                                                   |           |                                  |                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 7  | Procesar y analizar los resultados de la medición, e identificar acciones y/o proyectos de mejora en base a los mismos                            | Informe   | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                 |
| 8  | Retroalimentar y/o difundir el análisis de los resultados de la medición                                                                          | Memorando | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                 |
| 9  | Abordar las oportunidades de mejora y solicitar su implementación a las unidades orgánicas                                                        | Memorando | Dirección General                | Director del Instituto Especializado |
| 10 | Monitorear e informar los resultados de la evaluación de la satisfacción, el estado de las acciones correctivas y oportunidades de mejora a la DG | Memorando | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                 |

#### Otros

#### Procesos Relacionados:

PE05 Gestión de la Calidad Institucional

#### Anexo:

1 Flujograma

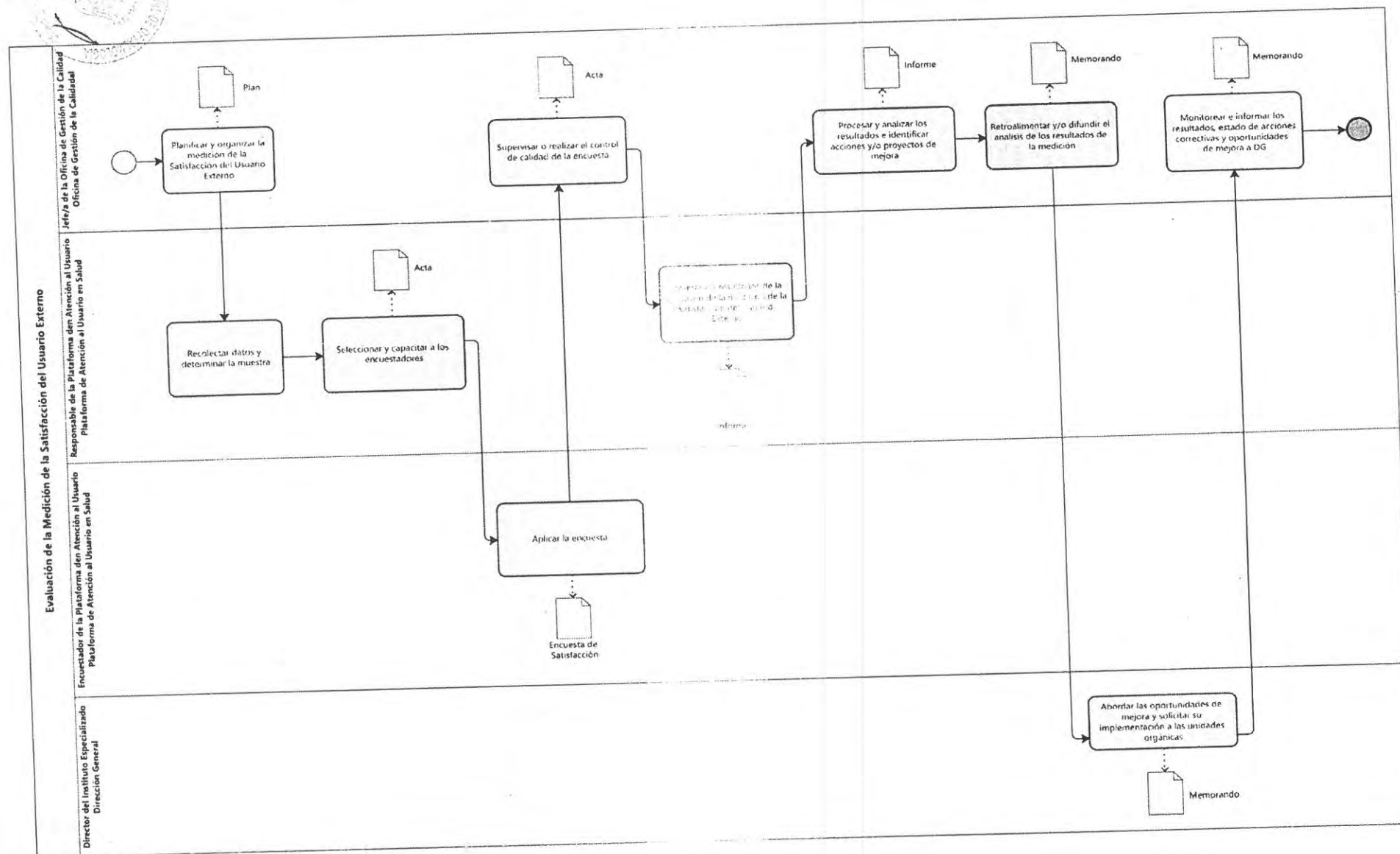
#### Aprobación

|                       | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                                | Fecha    |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                          | 25/12/24 |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br> | 13/01/25 |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     | <br> | 26/12/24 |

#### Control de Cambios

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |





|                                                                                   |                                                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br><b>Versión: 01</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                 |                                       |                |               |
|---------------------------------|---------------------------------------|----------------|---------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Evaluación de la Atención de Reclamos | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.02.01.01 |
|                                 |                                       | <b>VERSIÓN</b> | 01            |

| <b>Datos generales del procedimiento</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b>        | Estandarizar y mejorar la calidad de la atención y gestión de los reclamos presentados por los usuarios o terceros legitimados respecto a las prestaciones, servicios y procesos relacionados con la atención en salud, salvaguardando los derechos de los usuarios del Instituto Nacional de Oftalmología INO – “Dr. Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                      |
| <b>Alcance del procedimiento</b>         | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología - INO “Dr. Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Base Normativa</b>                    | Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud<br>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.       |
| <b>Definiciones</b>                      | Casilla electrónica: Mecanismo de visualización y consulta de notificación electrónica proporcionada por SUSALUD, accesible a través de una clave privada cuyo objetivo es dotar de celeridad y transparencia. El acceso a la casilla electrónica es gratuito.                                                                                                                                                                                                                          |
|                                          | Denuncia: Manifestación expresa presentada ante SUSALUD sobre acciones u omisiones de la AFAS, IPRESS o UGIPRESS respecto a los hechos o actos que pudieran constituir presunta vulneración de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, ante la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas; o frente a la negativa de atención de su reclamo; o disconformidad con el resultado del mismo; o irregularidad en su tramitación por parte de estas. |
|                                          | Documento de identificación: Entiéndase como tal al Documento Nacional de Identidad, Carné de Extranjería, Pasaporte, Registro Único de Contribuyente, o cualquier otro medio físico que permita identificar al usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                          | Libro de Reclamaciones en Salud: Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, de acuerdo a la normativa vigente.                                                                                                       |
|                                          | Plataforma de Atención al Usuario en Salud: La PAUS es el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante la IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, orientados a la solución de las insatisfacción respecto a los servicios, presentaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud.                                                                                                               |
|                                          | Reclamo: Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud.                                                                                                                                                                                                              |
|                                          | Usuario: Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS. Asimismo, se considera como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS                                                                                                                                                                                  |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>Tercero: Es la persona natural o jurídica distinta del usuario o tercero legitimado. Comprende también a los medios de comunicación masiva.</p> <p>Tercero legitimado: Persona natural o jurídica que puede actuar en defensa de los intereses colectivos o difusos de los usuarios. En caso de intereses colectivos, se acredita un vínculo jurídico con los integrantes del colectivo determinado.</p> <p>Trato directo: Es la negociación directa entre la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS y los usuarios sin la intervención de un tercero, con la finalidad de resolver un conflicto que origina un reclamo o denuncia.</p> |
| <b>Siglas</b> | <p>IAFAS: Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud</p> <p>IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud</p> <p>PAUS: Plataforma de Atención al Usuario en Salud</p> <p>SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud</p> <p>UGIPRESS: Unidad de Gestión de IPRESS.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Requisitos para iniciar el procedimiento |                           |                                 |
|------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Nº                                       | Descripción del requisito | Fuente                          |
| 1                                        | Reclamos registrados      | Libro de Reclamaciones en Salud |

| Secuencia de Actividades |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                          |                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Nº                       | Descripción de la Actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentos que se generan                                      | Unidad de Organización   | Responsable                                                           |
| 1                        | Registrar el reclamo del Usuario o tercero legitimado en el Libro de Reclamaciones                                                                                                                                                                                                                                          | Hoja del Libro de Reclamaciones                                | OGC (PAUS)               | Responsable del Libro de Reclamaciones                                |
| 2                        | Registrar y reportar el reclamo al responsable de la PAUS                                                                                                                                                                                                                                                                   | Registro de base de datos de reclamos, consultas y sugerencias | OGC (PAUS)               | Responsable del Libro de Reclamaciones                                |
| 3                        | <p>Evaluar y abordar atención del reclamo mediante Trato Directo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el reclamo concluye mediante Trato Directo brindándose una solución anticipada se procede al paso 4.</li> <li>- Si el reclamo NO puede concluirse mediante Trato directo se procede al paso 5.</li> </ul> | -                                                              | OGC (PAUS)               | Responsable de la PAUS                                                |
| 4                        | Acreditar y consignar la conformidad del usuario respecto a la atención del reclamo por Trato Directo mediante una solución anticipada.                                                                                                                                                                                     | Hoja del Libro de Reclamaciones u otro documento escrito       | OGC (PAUS)               | Responsable del Libro de Reclamaciones                                |
| 5                        | Derivar el reclamo y solicitar información, descargo y respuesta a las unidades orgánicas y el personal involucrado para la investigación correspondiente.                                                                                                                                                                  | Nota Informativa                                               | OGC (PAUS)               | Responsable de la PAUS                                                |
| 6                        | Investigar, emitir el descargo correspondiente, las acciones correctivas a implementar (cuando corresponda) y la                                                                                                                                                                                                            | Nota Informativa                                               | Unidades de organización | Directores / Jefes / Personal involucrado de Unidades de Organización |

|    |                                                                                                                                                        |                             |                          |                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
|    | respuesta para la atención del reclamo a la PAUS.                                                                                                      |                             |                          |                                                |
| 7  | Investigar, analizar y evaluar los descargos y evidencias adjuntas.                                                                                    | -                           | OGC (PAUS)               | Responsable de la PAUS                         |
| 8  | Implementar las acciones correctivas                                                                                                                   | -                           | Unidades de organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 9  | Notificar carta de respuesta del reclamo indicando el resultado, conclusión y acciones correctivas al usuario o tercero legitimado                     | Carta                       | OGC (PAUS)               | Responsable de la PAUS                         |
| 10 | Reportar periódicamente el resultado de la gestión de reclamos a la OGC                                                                                | Informe                     | OGC (PAUS)               | Responsable de la PAUS                         |
| 11 | Archivar y custodiar los expedientes por un periodo de cuatro (4) años desde su conclusión                                                             | Expediente único de reclamo | OGC(PAUS)                | Responsable de la PAUS                         |
| 12 | Monitorear e informar periódicamente los resultados de la gestión de reclamos, el estado de las acciones correctivas y oportunidades de mejora a la DG | Informe                     | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 13 | Abordar las oportunidades de mejora y solicitar su implementación a las unidades orgánicas                                                             | Memorando                   | Dirección General        | Director del Instituto Especializado           |

#### Otros

#### Procesos Relacionados:

PE05 Gestión de la Calidad Institucional

#### Anexo:

1 Flujograma

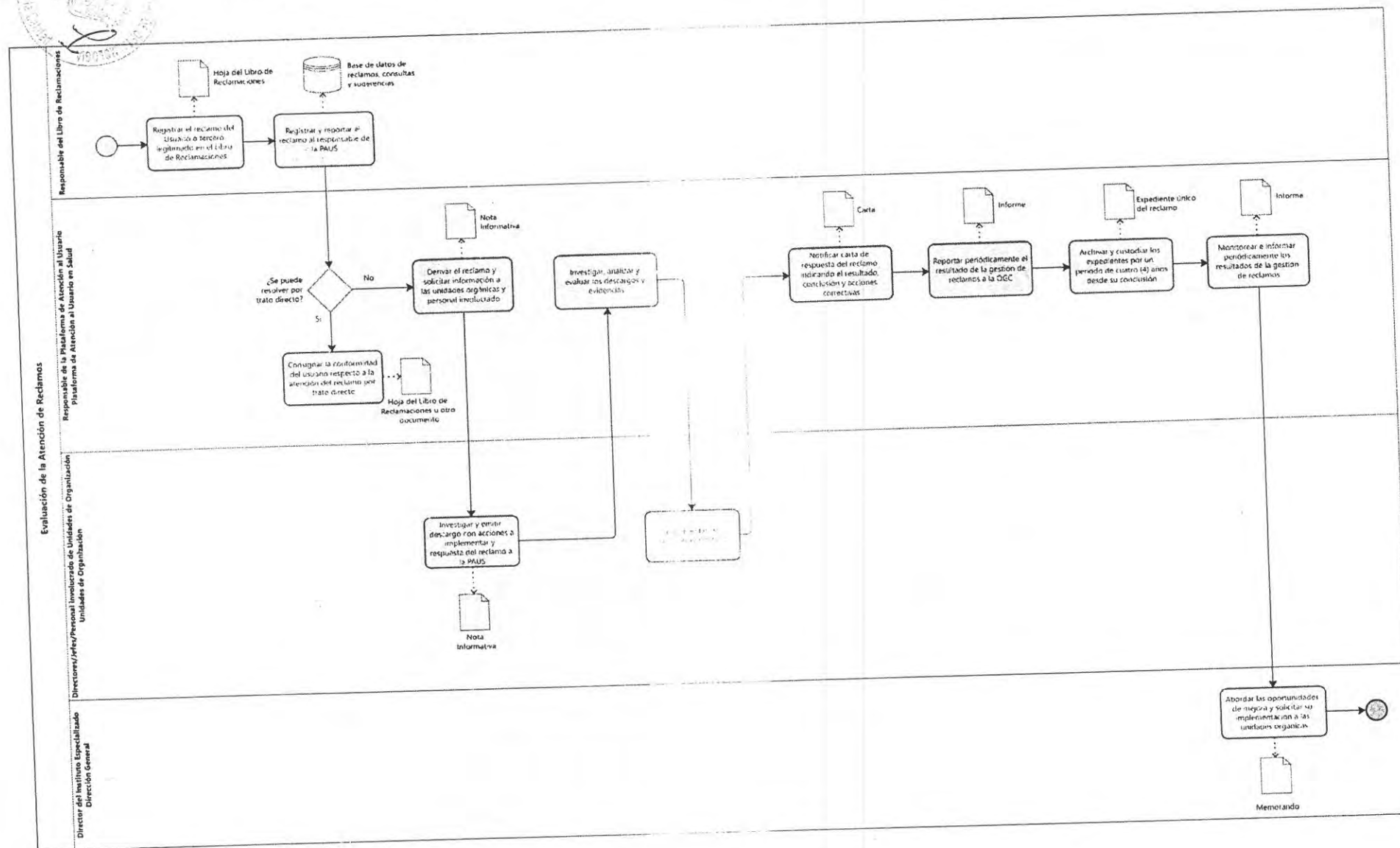
#### Aprobación

|                | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                                                                               | Fecha    |
|----------------|------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Elaborado por: | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                         | 25/12/24 |
| Revisado por:  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles<br>Dirigido por la UF de Organización y Modernización<br>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 13/01/25 |
| Aprobado por:  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     | <br>FLOR DE MARIA ALARCON SAMAME<br>Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>C.M.P. 33235 R.N. 11593                              | 26/12/24 |

#### Control de Cambios

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |





|                                                                                   |                                                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br><b>Versión: 01</b> |
|                                                                                   |                                                                                    |                                       |

|                                 |                                        |                |               |
|---------------------------------|----------------------------------------|----------------|---------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Evaluación de la Atención de Consultas | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.02.01.02 |
|                                 |                                        | <b>VERSIÓN</b> | 01            |

| <b>Datos generales del procedimiento</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b>        | Estandarizar el procedimiento de atención de las consultas presentadas por los usuarios o terceros legitimados, respecto a las prestaciones, servicios y procesos relacionados con la atención en salud del Instituto Nacional de Oftalmología INO – “Dr. Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                       |
| <b>Alcance del procedimiento</b>         | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología - INO “Dr. Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Base Normativa</b>                    | Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                          | 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.                                               |
| <b>Definiciones</b>                      | <b>Consulta:</b> Solicitud de información y/u orientación relacionada a los derechos de los usuarios de los servicios de salud, presentada por una persona natural o jurídica a la IAFAS, IPRESS, UGIPRESS o ante SUSALUD, a fin que sea atendida. La atención de las consultas no puede exceder del <b>plazo máximo de cinco días hábiles</b> salvo los casos en que la normativa específica vigente prevea un plazo menor. |
|                                          | <b>Documento de identificación:</b> Entiéndase como tal al Documento Nacional de Identidad, Carné de Extranjería, Pasaporte, Registro Único de Contribuyente, o cualquier otro medio físico que permita identificar al usuario.                                                                                                                                                                                              |
|                                          | <b>Usuario:</b> Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS. Asimismo, se considera como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS                                                                                                                |
|                                          | <b>Tercero:</b> Es la persona natural o jurídica distinta del usuario o tercero legitimado. Comprende también a los medios de comunicación masiva.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                          | <b>Tercero legitimado:</b> Persona natural o jurídica que puede actuar en defensa de los intereses colectivos o difusos de los usuarios. En caso de intereses colectivos, se acredita un vínculo jurídico con los integrantes del colectivo determinado.                                                                                                                                                                     |
| <b>Siglas</b>                            | <b>IPRESS:</b> Institución Prestadora de Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                          | <b>OGC:</b> Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                          | <b>PAUS:</b> Plataforma de Atención al Usuario en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                          | <b>SUSALUD:</b> Superintendencia Nacional de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| <b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b> |                           |                                                |
|-------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|
| N°                                              | Descripción del requisito | Fuente                                         |
| 1                                               | Solicitud de consultas    | Documento solicitando la atención de consultas |

| <b>Secuencia de Actividades</b> |                                           |                                   |                        |                        |
|---------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|------------------------|
| N°                              | Descripción de la Actividad               | Documentos que se generan         | Unidad de Organización | Responsable            |
| 1                               | Recepcionar las consultas                 | Documento solicitando la consulta | OGC (PAUS)             | Responsable de la PAUS |
| 2                               | Registrar la consulta en la base de datos | Registro de base de datos         | OGC (PAUS)             | Responsable de la PAUS |

|   |                                                                                                                             |                                                                |                                  |                                                                       |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                             | de reclamos, consultas y sugerencias                           |                                  |                                                                       |
| 3 | Derivar consulta según el proceso al cual se encuentra asociado y solicitar respuesta a las unidades orgánicas involucradas | Nota Informativa                                               | OGC(PAUS)                        | Responsable de la PAUS                                                |
| 4 | Emitir, a la PAUS, la respuesta de la consulta correspondiente                                                              | Informe                                                        | Unidades de organización         | Directores / Jefes / Personal involucrado de Unidades de Organización |
| 5 | Analizar y validar la respuesta a la consulta                                                                               | Registro de base de datos de reclamos, consultas y sugerencias | OGC (PAUS)                       | Responsable de la PAUS                                                |
| 6 | Derivar y/o notificar la respuesta a la consulta                                                                            | Informe o Carta                                                | OGC (PAUS)                       | Responsable de la PAUS                                                |
| 7 | Reportar periódicamente el resultado de la atención de consultas a la OGC                                                   | Informe                                                        | OGC (PAUS)                       | Responsable de la PAUS                                                |
| 8 | Realizar el monitoreo de la atención de consultas                                                                           | Registro de base de datos de reclamos, consultas y sugerencias | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                                                  |
| 9 | Informar periódicamente los resultados de la atención de consultas                                                          | Nota Informativa                                               | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                                                  |

Otros

**Procesos Relacionados:** PE05 Gestión de la Calidad Institucional

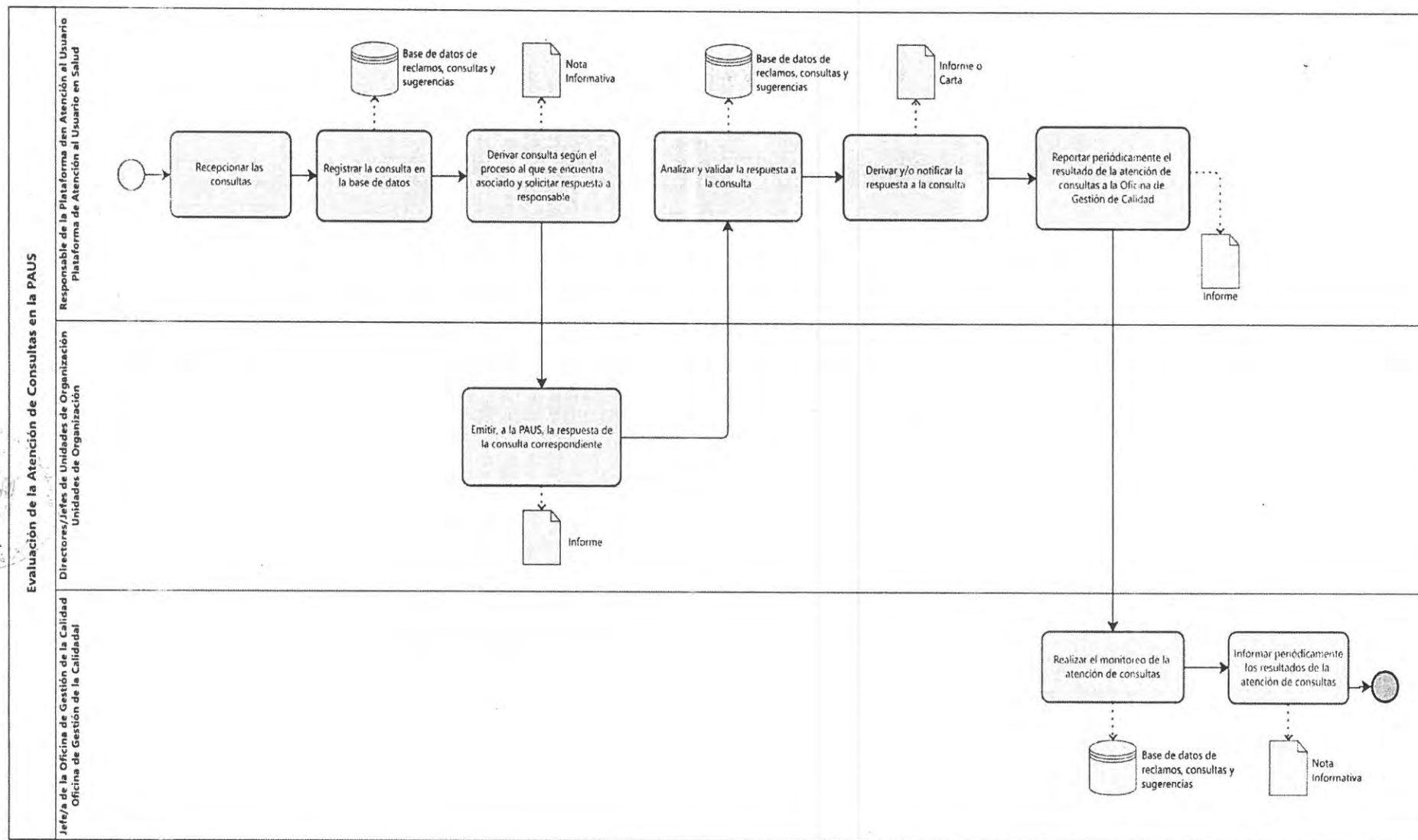
**Anexo:** 1 Flujograma

**Aprobación**

|                       | Nombres y Apellidos           | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                                | Fecha    |
|-----------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Esterfanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                          | 25/12/24 |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles  | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br> | 13/01/25 |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame      | Oficina de Gestión de la Calidad                     | <br> | 26/12/24 |

**Control de Cambios**

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    |                           |                        |



|                                                                                   |                                                                                    |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | PE05        |
|                                                                                   |                                                                                    | Versión: 01 |

|                                 |                                          |                |               |
|---------------------------------|------------------------------------------|----------------|---------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Evaluación de la Atención de Sugerencias | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.02.01.03 |
|                                 |                                          | <b>VERSIÓN</b> | 01            |

| <b>Datos generales del procedimiento</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b>        | Estandarizar la atención y gestión de sugerencias presentadas por los usuarios externos o terceros legitimados, usuarios internos y público en general respecto a las prestaciones, servicios y procesos relacionados con la atención en salud del Instituto Nacional de Oftalmología INO – “Dr. Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Alcance del procedimiento</b>         | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología - INO “Dr. Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Base Normativa</b>                    | Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                          | Decreto Supremo N° 030-2016-SA, que aprueba el Reglamento para la atención de reclamos y quejas 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.° 007-2019/MINSA, Directiva Administrativa N° 258/MINSA/2018-OGD-SG “Directiva Administrativa para la Atención del Libro de Reclamaciones, Quejas por Defecto de Tramitación y Sugerencias presentadas ante el Ministerio de Salud”                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Definiciones</b>                      | <b>Documento de identificación:</b> Entiéndase como tal al Documento Nacional de Identidad, Carné de Extranjería, Pasaporte, Registro Único de Contribuyente, o cualquier otro medio físico que permita identificar al usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                          | <b>Enfoque intercultural:</b> Herramienta de análisis que propone el reconocimiento de las diferencias culturales, sin discriminar ni excluir, buscando generar una relación recíproca entre los distintos grupos étnicos culturales que cohabitan en un determinado espacio. Esto implica para el Estado, incorporar y asimilar como propias las diferentes concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales en la prestación de sus servicios, así como adaptar los mismos a las particularidades socio-culturales de los mismos. |
|                                          | <b>Monitoreo:</b> Es la actividad orientada a validar la calidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia de la información generada por la IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, así como del intercambio o transferencia de información electrónica en las condiciones, formas y plazos establecidos expresamente por SUSALUD.                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                          | <b>Reclamo:</b> Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                          | <b>Sugerencia:</b> Recomendaciones que realiza el ciudadano sobre el funcionamiento de los servicios que presta el Ministerio de Salud, con la finalidad de mejorar su funcionamiento o corregir las disfunciones que puedan producirse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                          | <b>Usuario:</b> Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS. Asimismo, se considera como usuario a la entidad empleadora en la                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS                                                                                                                                                             |
|               | <b>Tercero:</b> Es la persona natural o jurídica distinta del usuario o tercero legitimado. Comprende también a los medios de comunicación masiva.                                                                                                       |
|               | <b>Tercero legitimado:</b> Persona natural o jurídica que puede actuar en defensa de los intereses colectivos o difusos de los usuarios. En caso de intereses colectivos, se acredita un vínculo jurídico con los integrantes del colectivo determinado. |
| <b>Siglas</b> | <b>DG:</b> Dirección General                                                                                                                                                                                                                             |
|               | <b>IPRESS:</b> Institución Prestadora de Servicios de Salud                                                                                                                                                                                              |
|               | <b>PAUS:</b> Plataforma de Atención al Usuario en Salud                                                                                                                                                                                                  |
|               | <b>SUSALUD:</b> Superintendencia Nacional de Salud                                                                                                                                                                                                       |
|               | <b>OGC:</b> Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                             |

| Requisitos para iniciar el procedimiento |                           |                                                                                  |
|------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Nº                                       | Descripción del requisito | Fuente                                                                           |
| 1                                        | Ficha de Sugerencias      | Usuarios externos o terceros legitimados, usuarios internos y público en general |

| Secuencia de Actividades |                                                                                                                                  |                                                    |                                  |                                                     |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Nº                       | Descripción de la Actividad                                                                                                      | Documentos que se generan                          | Unidad de Organización           | Responsable                                         |
| 1                        | Recepcionar y registrar la sugerencia en el Buzón de Sugerencias físico o virtual, canal telefónico y/o ficha en la PAUS         | Ficha de Sugerencias                               | OGC (PAUS)                       | Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario |
| 2                        | Registrar la sugerencia en la base de datos                                                                                      | Base de datos de reclamos, consultas y sugerencias | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                                |
| 3                        | Derivar la sugerencia según el proceso al cual se encuentra asociado y solicitar respuesta a las unidades orgánicas involucradas | Nota Informativa                                   | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                                |
| 4                        | Analizar la posibilidad de abordar la sugerencia                                                                                 | -                                                  | Unidades de organización         | Directores / Jefes de Unidades de Organización      |
| 5                        | Proponer e implementar las acciones de mejora correspondientes a la sugerencia                                                   | Nota Informativa                                   | Unidades de organización         | Directores / Jefes de Unidades de Organización      |
| 6                        | Registrar el tratamiento de la sugerencia                                                                                        | Registro de Tratamiento de Sugerencias y Reclamos  | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                                |
| 7                        | Realizar seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora en los plazos establecidos                                       | Registro de Tratamiento de Sugerencias y Reclamos  | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina                                |



|                                                                                   |                                                                                    |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | PE05        |
|                                                                                   |                                                                                    | Versión: 01 |

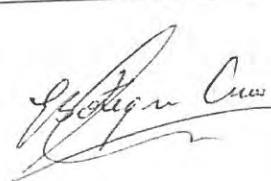
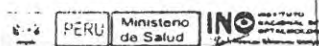
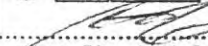
|   |                                                                                                                                      |                  |                                  |                      |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|----------------------|
| 8 | Informar periódicamente los resultados del tratamiento de las sugerencias, el estado de las acciones correctivas y de mejora a la DG | Nota Informativa | Oficina de Gestión de la Calidad | Jefe/a de la Oficina |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|----------------------|

**Otros**

**Procesos Relacionados:** PE05 Gestión de la Calidad Institucional

**Anexo:** 1 Flujograma

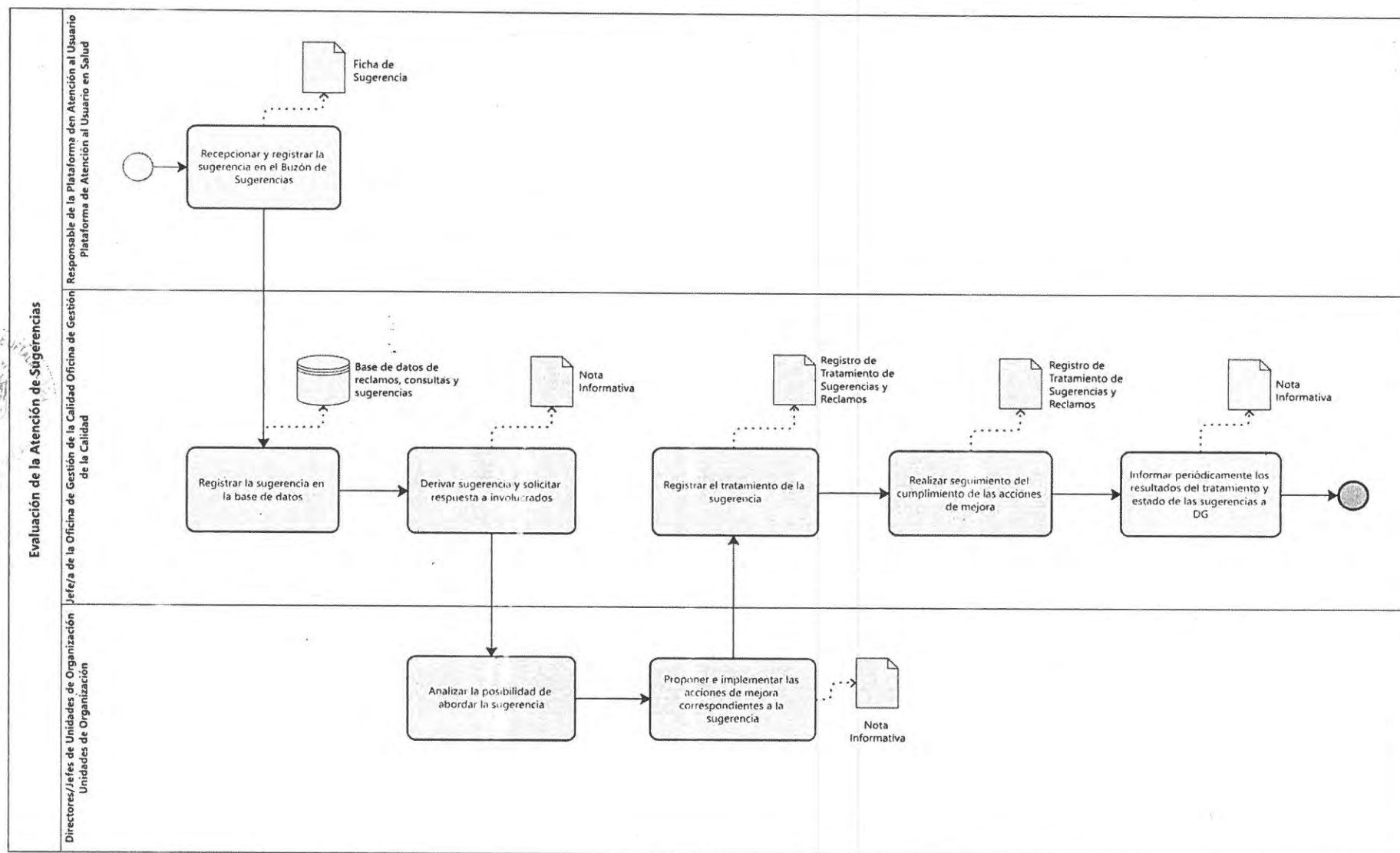
**Aprobación**

|                       | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fecha    |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                                          | 25/12/24 |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br><br><b>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles</b><br><small>Coordinador de la UFE de Organización y Modernización<br/>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</small> | 13/01/25 |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                                        | 26/12/24 |

**Control de Cambios**

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |





|                                                                                   |                                                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad Institucional</b> | <b>PE05</b><br><br><b>Versión: 01</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                 |                                                                                                  |                |            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b> | Soporte al proceso de Elaboración e Implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad | <b>CÓDIGO</b>  | PE05.02.04 |
|                                 |                                                                                                  | <b>VERSIÓN</b> | V.01       |

#### Datos generales del procedimiento

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo del procedimiento</b> | Asistir, monitorear y promover que las unidades de organización de la institución formulen e implementen proyectos de mejora continua de la calidad.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Alcance del procedimiento</b>  | Es de aplicación obligatoria de las Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología INO – “Francisco Contreras Campos”.                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Base Normativa</b>             | Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                   | Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                   | Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”                                                                                                                                                           |
| <b>Definiciones</b>               | <b>Calidad de la Atención de Salud:</b> 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.                            |
|                                   | <b>Equipo de Mejora:</b> Se forma para un periodo determinado, integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.                                                                                                                                                                             |
|                                   | <b>Gestión de la Calidad:</b> Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad                                                   |
|                                   | <b>Mejora Continua:</b> 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.                                                                                                                                              |
|                                   | <b>Mejoramiento Continuo de la Calidad:</b> Desarrollo de un proceso permanente y gradual, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de alcanzar niveles de mayor competitividad y excelencia.                                                                                                                                    |
|                                   | <b>Proyecto de Mejora Continua de la Calidad:</b> Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.                                                                                                                                               |
|                                   | <b>Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:</b> 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. |
| <b>Siglas</b>                     | <b>Usuario Externo:</b> 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.                                                                                                                                                                        |
|                                   | <b>RD:</b> Resolución Directoral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                   | <b>OGC:</b> Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                   | <b>MCC:</b> Mejora Continua de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                   | <b>PMCC:</b> Proyecto de Mejora Continua de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**UPSS:** Unidad Prestadora de Servicios de Salud

### Requisitos para iniciar el procedimiento

| N° | Descripción del requisito                                           | Fuente                                                                                              |
|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Informes periódicos de resultados de monitoreo, supervisión, otros. | Unidades de Organización del Instituto Nacional de Oftalmología INO – "Francisco Contreras Campos". |
| 2  | Actas de recomendaciones                                            | SUSALUD, MINSA, otros.                                                                              |

### Secuencia de Actividades

| N° | Descripción de la Actividad                                                                                                                                                                                                                                                                    | Documentos que se generan    | Unidad de Organización   | Responsable                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| 1  | Identificar la oportunidad de mejora y solicitar asistencia a la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                              | Memorando, Nota Informativa  | Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 2  | Brindar la asistencia para la aplicación de herramientas de calidad y formulación del PMCC                                                                                                                                                                                                     | Acta                         | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 3  | Elaborar el sustento técnico y remitir la solicitud de formulación del PMCC a la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                              | Memorando, Nota Informativa  | Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 4  | Revisar la solicitud de formulación del PMCC procediendo de la siguiente forma:<br>- Si la solicitud NO corresponde a un PMCC, se procede al paso 5.<br>- Si la solicitud SI corresponde a un PMCC, se procede al paso 6.                                                                      | -                            | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 5  | Devolver a las Unidades de Organización para el levantamiento de observaciones                                                                                                                                                                                                                 | Memorando / Nota Informativa | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 6  | Emitir opinión favorable, dirigida a la Dirección General solicitando la conformación del Equipo de MCC                                                                                                                                                                                        | Informe                      | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 7  | Aprobar la conformación del Equipo de Mejora Continua de la Calidad                                                                                                                                                                                                                            | Resolución Directoral        | Dirección General        | Director del Instituto Especializado           |
| 8  | Formular el PMCC (planteamiento de la oportunidad de mejora, el problema, causas, data basal, objetivos del proyecto, metas e indicadores, etc)                                                                                                                                                | Informe                      | Equipo de MCC            | Equipo de MCC                                  |
| 9  | Revisar la formulación y metodología del PMCC en base a la Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad aprobada por la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA:<br>- No Conforme: Paso 10<br>- Conforme: Paso 12 | -                            | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 10 | Devolver el informe para el levantamiento de observaciones al Equipo de MCC.                                                                                                                                                                                                                   | Informe                      | OGC                      | Jefe/a de la Oficina                           |
|    | Levantar las observaciones realizadas por la OGC                                                                                                                                                                                                                                               | Informe                      | Equipo de MCC            | Equipo de MCC                                  |



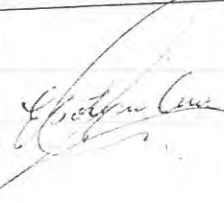
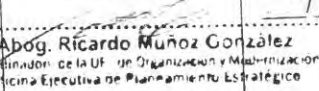
|    |                                                                       |                       |                                          |                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 12 | Remitir el PMCC a la Dirección General para su revisión y aprobación. | Informe               | OGC                                      | Jefe/a de la Oficina                           |
| 13 | Aprobar y autorizar la implementación del PMCC                        | Resolución Directoral | Dirección General                        | Director General                               |
| 14 | Implementar el Proyecto de Mejora Continua de Calidad                 | Informe               | Equipo de MCC / Unidades de Organización | Directores / Jefes de Unidades de Organización |
| 15 | Revisar y monitorear los PMCC aprobados por la institución            | Informe               | OGC                                      | Jefe/a de la Oficina                           |

#### Otros

**Procesos Relacionados:** PE05 Gestión de la Calidad Institucional

**Anexo:** 1 Flujograma

#### Aprobación

|                       | Nombres y Apellidos          | Unidad de Organización                               | Firma y Sello                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fecha    |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Elaborado por:</b> | Ing. Estefanny Botiquin Curo | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                                        | 25/12/24 |
| <b>Revisado por:</b>  | Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (UFOM) | <br><br>Abog. Ricardo Muñoz Gonzáles<br><small>Coordinador de la Unidad de Organización y Modernización<br/>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</small> | 25/12/24 |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dra. Flor Alarcón Samame     | Oficina de Gestión de la Calidad                     |                                                                                                                                                                                                                                                       | 26/12/24 |

#### Control de Cambios

| Versión | Sección del procedimiento | Descripción del cambio |
|---------|---------------------------|------------------------|
| V.01    | -                         | -                      |



