Trujillo 30 de noviembre del 2020

OFICIO N° 85 -2020-GRLL-GGR-GS- IRO-"J.S.U."OGC

Señorita M.O.
MAGDA PATRICIA CHIRINOS SALDAÑA
DIRECTORA GENERAL IRO.JSU
Presente

Asunto: Informe Técnico de la "Autoevaluación del Proceso de Acreditación -2020"

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo remitir a su despacho el Informe Técnico de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación -2020.

Esta información es requerida por la Oficina de Gestión de la Calidad - GERESA LL, por tal razón solicito indique usted a quien corresponda remitirlos vía virtual.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovar a usted, mi especial consideración.

Atentamente

Lic. Eva Villalobos Vásquez
Oficina Gestión de la Calidad IRO.JSU

Folios (29)

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
"JAVIER SERVAT UNIVAZO"
DIRECCIÓN GENERAL
30 NOV. 2020
RECIBIDO
Hora: 10:24 Reg: 962
Firma:

INFORME DE LA AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA "JSU" NIVEL III-2

OFICINA GESTIÓN DE LA CALIDAD

TRUJILLO - 2020

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villanueva Vásquez
JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad
V°B°
Administración
JEFE DE OFICINA
Instituto Regional de Oftalmología

INDICE

PRESENTACIÓN	02
OBJETIVOS	02
ALCANCES	03
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	03
EQUIPO EVALUADOR	04
CUMPLIMIENTO DEL PLAN	04
OBSERVACIONES	07
PUNTAJE ALCANZADO	07
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	11
Anexos	13

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

I PRESENTACIÓN

La Autoevaluación es un proceso de evaluación integral, periódico que responde a normas y el resultado final revela valores que pueden estar entre el rango de nivel óptimo y mínimo aceptable. Brinda diagnóstico, identifica oportunidades de mejora y fortalezas que llevan a tomar decisiones y la institución se retroalimenta para conseguir un mejoramiento en la calidad de sus servicios.

El Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo (IRO-JSU.); comprometido en brindar servicios de calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia del Proceso de Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación.

La Autoevaluación se hizo efectiva entre los días 12 al 28 de octubre del presente año, el equipo evaluador interno, previamente capacitados, cumplieron con las actividades del plan de Autoevaluación aprobada con RD N° 152 -2020-GGRLL-GGR-GS-IRO-JSU., el mismo que tiene sustento en la NTS Nº 050-MINSA/DGSPV. 02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y en el "Listado de Estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría III – 2" aprobado con RM N°491-2012/MNSA.

El IRO-JSU brinda atención oftalmológica y realiza cirugía ambulatoria; por ser un centro de atención y cirugía ambulatoria, no se requieren estancias prolongadas, solo recuperación postoperatoria transitoria. Según la RM-076-2014/MINSA que aprueba la guía para la categorización de establecimientos de salud, el anexo 02 refiere que para establecimientos especializados en Oftalmología, la UPSS de hospitalización sólo se requiere de atención en área de observación del paciente post operado y la UPSS Nutrición para oftalmología no corresponde, por ende no se incluye en la autoevaluación los Macroprocesos; ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica, las sugerencias recibidas de las instancias técnicas de la Oficina de Gestión de la Calidad de la GERSA LL, el Equipo de Acreditación trabajó con los Evaluadores internos, jefes de Unidades, Oficinas y Departamentos, para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento, el resultado o producto final permitió evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, identificar oportunidades de mejorar de la calidad de nuestros servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortaleciendo sus capacidades, en forma continua.

La secuencia de este documento atiende tanto a la normativa de "Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo" y a la Guía técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo, aprobada con R.M .N° 270-2009/MINSA, que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y el resultado de la situación institucional encontrada. El presente Informe Técnico señala la metodología, observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas por las diferentes unidades, departamentos y oficinas evaluadas.

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V°B° Administración JEFE DE OFICINA

II OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponden a nuestro nivel.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.

REGION LA LIBERTAD INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD Lic. Eva E. Villalobos Vásquez JEFE DE OFICINA

- Fortalecer la gestión de los responsables de las unidades y macroprocesos en la propuesta y el logro de la mejora continua de la calidad.
- Obtener la evidencia relevante respecto al desempeño del Instituto Regional de Oftalmología "JSU", con miras a la acreditación como establecimiento de salud de nivel III-2.

III ALCANCE

Unidades, Servicios y oficinas del Instituto Regional de Oftalmología JSU.

IV METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo. En ese contexto, se está cumpliendo con la metodología de trabajo que establece las siguientes fases:

1. Autoevaluación. Es la fase de inicio del proceso, está a cargo del equipo de evaluadores internos, el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor que vienen desarrollando en la institución. Esta fase se ejecutó del 12 al 28 de octubre obteniéndose un resultado general de 77.18% calificando como NO APROBADOS para subsanar en plazo de seis meses.

2. Evaluación Externa, aún no es posible solicitarla. Por el resultado obtenido, es necesario realizar otra autoevaluación, en un plazo de 6 meses, tiempo en el cual se debe mejorar algunos procesos.

El equipo de Evaluadores internos del IRO "JSU" utilizó diversas técnicas de verificación que permitió evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- **Verificación /Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se recurrió para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permitió seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observó a las personas. Así también, observó el entorno.
- **Entrevista:** Permitió tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Encuestas:** Permitió recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditoria:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

El listado de Estándares de acreditación para establecimientos de salud con Categoría III-2, fueron la base referencial para la autoevaluación del Instituto Regional de Oftalmología J.S.U. con Categoría III-2 según consta actualmente en el RENIPRESS con Resolución Directoral N°0696-2006-GR-LL-GRDS/DRS. Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los Procesos: Gerencial, Prestacional y de Apoyo, agrupados en 22 macroprocesos, 73 estándares, 346 criterios. Considerando el campo clínico que desarrolla en el Instituto Regional de Oftalmología brindando atención especializada no es obligatorio contar con hospitalización, ni servicio de nutrición por que se realiza cirugía de día pero si se desarrollan actividades de atención en el área de observación de post operados, tal cual está detallado en el anexo 2 de la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, con este sustento los criterios correspondientes a macroprocesos

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

de Hospitalización y manejo de nutrición al paciente, al ingresar al sistema se contabilizaron con puntaje a favor.

V EQUIPO EVALUADOR

- **Organización de los evaluadores internos.**

El equipo de evaluadores internos fue seleccionado, en base a criterios previamente establecidos por MINSA y se oficializó mediante Resolución Directoral Nº082-2020-GRLL-GGR/GS-IRO.JSU quienes recibieron el entrenamiento y las facilidades del caso para cumplir con las funciones encomendadas. Los evaluadores internos que participaron fueron:

- Lic. Enf. Eva Villalobos Vásquez	Evaluadora líder
- Lic. Enf. Merly Lizet González Saravia	Evaluadora
- Dra. Rosa Adrianzén de Casusol	Evaluadora
- M.O. Robert Isacc Acosta Pretel	Evaluador
- Lic. Enf Marina Isabel Arroyo Cipriano	Evaluadora
- C.P.C Cristina Elizabeth Velarde Velarde	Evaluadora
- Q.F. Milagritos Vásquez Álvarez	Evaluadora

VI CUMPLIMIENTO DEL PLAN

La autoevaluación se realizó siguiendo los pasos sugeridos en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V02, el marco normativo y la metodología desarrollada comprendió:

- **Conformación del comité de acreditación**

El Equipo de acreditación del Instituto Regional de Oftalmología JSU.,fue aprobado con la Resolución Directoral N° 82-2020-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU y está conformado por los jefes de oficina y directores, según el organigrama estructural (Ordenanza N°011-2018-GLL/CR)

M.C. Gabriel Pérez Ballena	Coordinador
- C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde	Miembro
- Lic. Enf. Eva Villalobos Vásquez	Miembro
- Lic. Edwin Arando Cuadros Cerín	Miembro
- M.O. Nancy Suárez de Carpio	Miembro
- M.O. Yuri Carbajal Jara	Miembro
- DRA. Rosa Adrianzén de Casusol	Miembro
- M.O. Robertth Acosta Pretel	Miembro
- Llc. Enf. Nancy Gil Reyes	Miembro
- Q.F. Milagros Vásquez Álvarez	Miembro

Gobierno Regional La Libertad — V°B° Administración JEFE DE OFICINA — Instituto Regional de Oftalmología

- **Capacitación de los Evaluadores internos:**

La capacitación tiene como objetivo brindar entrenamiento al personal evaluador en la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentos para la evaluación de criterios.

La capacitación estuvo a cargo de Lic. ENF. Lourdes Méndez Ravelo responsable de la Oficina de Gestión de la calidad de la GERESA LL y se realizó el día 06 de octubre del 2020 empleando la plataforma ZOOM.

REGIÓN LA LIBERTAD — INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA — OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD — Lic. Eva E. Villalobos Vásquez — JEFE DE OFICINA

- **Elaboración y aprobación del plan de autoevaluación**

  El equipo de evaluadores realizó el plan de autoevaluación, para tal fin se realizaron actividades preliminares, lo cual incluyó la propuesta inicial, discusión del Plan y propuesta final. El Plan fue aprobado mediante Resolución Directoral N°152-2020-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU siendo remitido el 28 de septiembre 2020 a GERESA LL con el Oficio N°0363-2020-GRLL-GGR/GS-IRO.JSU-DG.

- **Comunicación del Inicio de la autoevaluación**

  El inicio de la Autoevaluación, se comunicó a la Gerencia Regional de Salud La Libertad mediante el OFICIO N°383-2020-GRLL-GGR/GS-IRO.JSU-D.G. con fecha 12 de octubre 2020 (virtual); En este oficio también se incluyó el cronograma, anexo 1 y 2.

  Los jefes de los diferentes Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios, responsables de los Macroprocesos, evaluadores; fueron informados por el correo institucional, considerando las medidas preventivas por la pandemia del COVID-19

  La reunión de apertura no se realizó de manera presencial, pero si se comunicó a los jefes de Departamentos, Oficinas y Unidades vía mail y reuniones por Zoom. También se compartió información vía mail institucional en forma oportuna y se instó en reiteradas oportunidades a leer la guía del evaluador y revisar el libro de estándares de acreditación para establecimientos de Salud con categoría III-2 con la finalidad de reunir la información y las evidencias pertinentes.

- Cronograma

CUADRO N°01

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villajobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2020 ANEXO 1- A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	2020					
		Ago	Setie	Octubre		Noviembre	Diciembre
Reunión del equipo para elaboración del Plan de Autoevaluación	Comité de autoevaluación	x	x				
Aprobación del Plan de Autoevaluación	Directora General	x	X				
Reunión de presentación y difusión del Plan de Autoevaluación	Comité de autoevaluación			2			
Solicitar la inclusión del plan de Autoevaluación en el POI	Comité de autoevaluación			2			
Designación de responsables por cada Unidad/Departamento /Servicio/Oficina	Comité de autoevaluación		x				
Capacitación a evaluadores	Comité de autoevaluación			6			
Reunión de apertura(Virtual)	Directora General			7			
Difusión del cronograma a todas las unidades involucradas (virtual)	Comité de autoevaluación			7			
Informar el inicio de la autoevaluación a la GERESA LL	Directora General			1			
MACROPROCESOS							
Direccionamiento	Lic. Merly Gonzalez Saravia			20			
Gestión de recursos humanos				19			
Gestión de la calidad				22			
Manejo del riesgo de la atención				13			
Gestión de seguridad ante desastres				23			
Control de la gestión y prestación				21			
Atención ambulatoria	Lic. Eva Villalobos Vásquez			12			
Atención quirúrgica				15			
Investigación				16			
Docencia				16			
Atención de emergencias				14			
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	M.O. Roberth Acosta Pretel			22			
Admisión y alta				23			
Tecnología para la Continuidad de la Atención				27			
Gestión de medicamentos				12			
Gestión de la información				13			
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Q.F. Milagritos Vásquez Álvarez			28			
Manejo del riesgo social				26			
Gestión de insumos y materiales				19			
Gestión de equipos e infraestructura				21			
Procesamiento de datos	Lic. Marina Arroyo Cipriano					2 Y 3	
Análisis de resultado	Lic. Merly Gonzalez Saravia					7 AL 12	
Elaboración del informe pre eliminar	Lic Eva Villalobos Vásquez					15 AL 18	
Presentación del informe pre eliminar	Lic Eva Villalobos Vásquez					20	
Revisión y corrección del informe	M.O Robert Acosta Pretel					23 Y 25	
Entrega del informe	Lic. Eva Villalobos Vásquez					30	
Difusión de resultados	Lic. Eva Villalobos Vásquez					30	
Propuesta de recomendaciones	M.O.Robert Acosta Pretel					30	

Lider del Equipo Evaluador: Lic. Eva Villalobos Vásquez

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2020 ANEXO 1- B

RESPONSABLES POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	OCTUBRE												RESPONSABLES EVALUADOS
			12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	
Lic. Merly Gonzales Sarvia	Direccionamiento	Lic. Enf. Merly Lisseth Gonzalez Saravia							M							C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde
	Gestión de recursos humanos	Lic. Enf. Merly Lisseth Gonzalez Saravia						M								Abogado Victor Inga Anaya
	Gestión de la calidad	M.O. Rosa Adrianzén de Casusol									M					Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez
	Manejo del riesgo de la atención	Lic. Enf. Marina Isabel Arroyo Cipriano		M												Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez
	Gestión de seguridad ante desastres	M.O. Robert Acosta Pretel										M				Ing Carlos Alcántara Casanova
	Control de la gestión y prestación	C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde							M							Lic. Enf. Merly Lisseth Gonzalez Saravia
Lic. Eva Villalobos Vásquez	Atención ambulatoria	Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez	M													Lic. Enf. Melissa del Aguila Vega
	Atención de emergencias	Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez			M											Lic. Enf. Amanda Mostacero Cornejo
	Atención quirúrgica	Lic. Enf. Marina Arroyo Cipriano				M										Lic. Enf. Sofia Salazar Tamay
	Investigación	M.O. Rosa Adrianzén de Casusol					M									M.O. Lissett Namoc Letuna
	Docencia	M.O.Rosa Adrianzén de Casusol					T									M.O. Robert Acosta Pretel
	Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	M.O. Robert Acosta Pretel									M					Lic. Enf. Marina Arroyo Cipriano
	Admisión y alta	Lic. Enf. Marina Isabel Arroyo Cipriano										T				Lic. Edwin Cuadros Cerin
	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Lic. Enf. Marina Isabel Arroyo Cipriano												M		M.C. Alex Roalcaba Horna
	Gestión de medicamentos	M.O. Robert Acosta Pretel	T													Q.F Milagritos Vásquez Alvarez
	Gestión de la información	Lic. Merly Gonzalez Saravia		T												Ing. Juan Carlos Pesantes Reyna
Q.F. Marina Arroyo Cipriano	Descontaminación, limpieza desinfección y esterilización	Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez													M	Lic. Enf. Gladys Wendy Silva Gamarra
	Manejo del riesgo social	Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez											M			Lic. Carla Cecilia Lavado Villegas
	Gestión de insumos y materiales	Q.F. Milagritos Vásquez Alvarez						M								Bach. Marlon Alvarez Linares
	Gestión de equipos e infraestructura	Q.F. Milagritos Vásquez Alvarez								M						Ing. Christian Joel Corcio Burgos

Lider del Equipo Evaluador: Lic. Eva Villalobos Vásquez

Gobierno Regional La Libertad — Instituto Regional de Oftalmología — V° B° Administración — Dr. Robert Acosta Pretel — JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

CUADRO N°02

- **Ejecución del plan de autoevaluación**

Tomando en cuenta la experiencia anterior, se seleccionó a un grupo de profesionales según perfil requerido, conformándose tres equipos de evaluadores multidisciplinarios

A.- Equipo 1: Profesionales con el perfil orientado hacia las unidades orgánicas o funcionales que son categoría Gerenciales, predominantemente administrativo, esto fue contar con experiencia y conocimiento del sistema administrativo y de gestión hospitalaria.

B.- Equipo 2: Profesionales con el perfil orientado hacia las unidades orgánicas o funcionales que son para categoría de Apoyo asistenciales y administrativo.

C.- Equipo 3: Profesionales con el perfil orientado hacia las unidades orgánicas o funcionales que son o misionales esto es con experiencia

Categoría Gerenciales Equipo 1	Categoría de Apoyo asistenciales y administrativo Equipo 2	Categorías prestacionales Equipo 3
C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde	Lic. Enf. Eva Esther Villalobos Vásquez	Q.F Milagritos Vásquez Alvarez
Lic. Enf. Meriy Lisseth Gonzalez Saravia	Lic.Enf Marina Isabel Arroyo Cipriano	M.O. Rosa Adrianzén de Casusol
		M.O. Roberth Acosta Pretel

VII. OBSERVACIONES

- La autoevaluación se desarrolló, considerando las medidas de preventivas por el COVID-19.
- Los responsables de los Macroprocesos recopilaron información y prepararon los documentos de sustento.
- Los inconvenientes con el horario fueron subsanados a fin de cumplir con las fechas establecidas en el cronograma.
- La Dirección General, Dirección administrativa y Equipo de Gestión apoyaron en la realización previa del proceso de autoevaluación.
- Personal evaluado y evaluadores internos participaron de la capacitación y recibieron información virtual.
- La GERESA La Libertad a través de la jefa de la Oficina Gestión de la Calidad, brindó asistencia técnica.

VIII. PUNTAJE ALCANZADO

CUADRO N°03

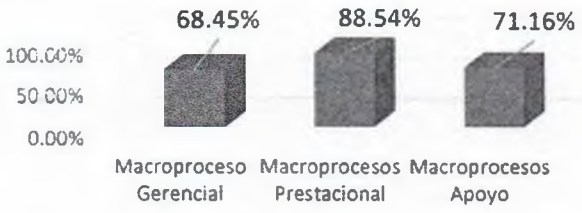
CALIFICACION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2020
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMLOGÍA "JSU"

Puntaje Final (%)	[illegible]	NO APROBADO -SUBSANAR EN 6 MESES

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

GRÁFICO N° 01

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR CATEGORIA EN AUTOEVALUACIÓN 2020
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMLOGÍA "JSU"



El macroproceso Prestacional, obtuvo el mayor porcentaje de cumplimiento con valor aprobatorio de 88.54%, los Macroprocesos de Apoyo y Gerencial obtuvieron 71.16% y 68.45% respectivamente.

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

CUADRO N°04

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR MACROPROCESOS EN EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2020
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMLOGÍA "JSU"

Establecimiento : INSTITUTO REGIONAL DE OF
Tipo de Establecimiento : NO
Fase: AutoEvaluación
Año: 2020
Periodo : 1

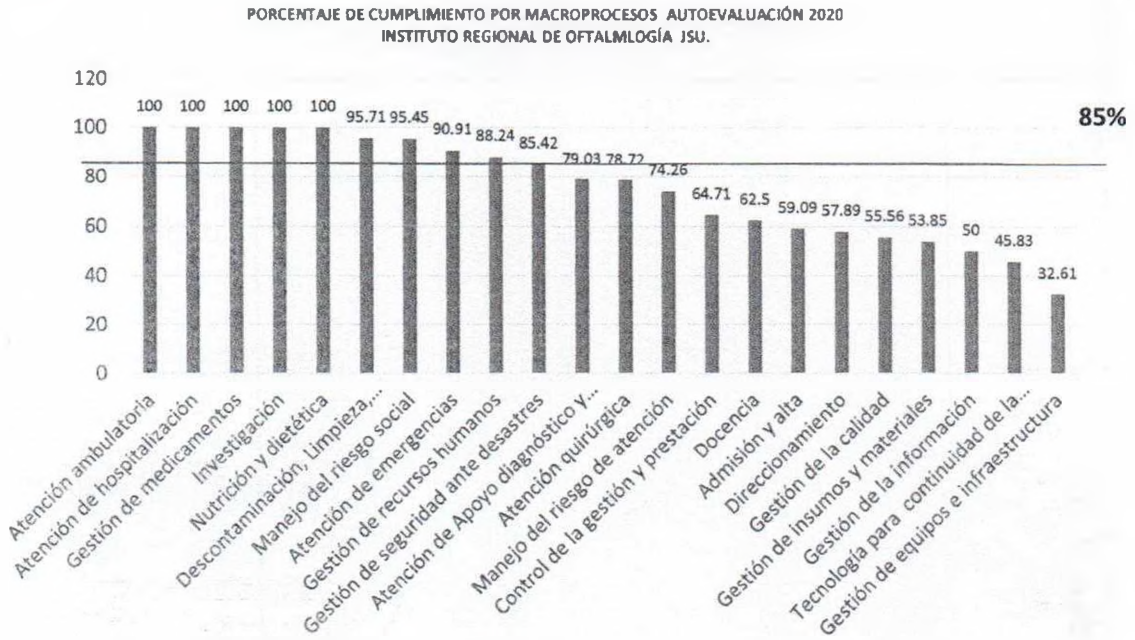
				Nro total criterios				MACROPROCESO			CATEGORIAS		
								Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max x categoria	Puntaje Obtenido x Categoria	Cumplimiento x categoria
	CODMACRO	Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
GER	DIR	Direccionamiento	12	6	5	1	12	54.56	31.59	57.89	238.70	163.38	68.45
	GRH	Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	36.11	88.24			
	GCA	Gestión de la calidad	20	9	6	5	20	47.74	26.52	55.56			
	MRA	Manejo del riesgo de atención	39	11	27	1	39	47.74	35.45	74.26			
	GSD	Gestión de seguridad ante desastres	18	12	6	0	18	13.64	11.65	85.42			
	CGP	Control de la gestión y prestación	11	5	6	0	11	34.10	22.06	64.71			
PRE	ATA	Atención ambulatoria	11	7	4	0	11	47.74	47.74	100.00	272.80	241.64	88.58
	ATQ	Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	37.58	78.72			
	ATH	Atención de hospitalización	20	4	10	6	20	47.74	47.74	100.00			
	EMG	Atención de emergencias	15	11	1	3	15	34.10	31.00	90.91			
	INV	Investigación	17	10	7	0	17	47.74	47.74	100.00			
	DOC	Docencia	10	8	2	0	10	47.74	29.84	62.50			
APO	ADT	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	1	9	4	14	17.05	13.48	79.03	170.50	121.32	71.16
	ADA	Admisión y alta	15	3	6	6	15	17.05	10.08	59.09			
	TCA	Tecnología para la Continuidad de la Atención	16	8	8	0	16	17.05	7.81	45.83			
	GMD	Gestión de medicamentos	16	4	12	0	16	17.05	17.05	100.00			
	GIN	Gestión de la información	15	6	8	1	15	17.05	8.53	50.00			
	DLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esteriliz.	20	7	11	2	20	17.05	16.32	95.71			
	MRS	Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	16.28	95.45			
	MNP	Manejo de nutrición del paciente	10	3	7	0	10	17.05	17.05	100.00			
	GIM	Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	9.18	53.85			
	GEIF	Gestión de equipos e infraestructura	13	5	6	2	13	17.05	5.56	32.61			
		Total	341	138	164	39	341						

Los macroprocesos con menor porcentaje se ubican en la Categoria de Apoyo, correspondiendo a Equipos de Gestión e infraestructura (32.61%), Tecnología para la continuidad de la atención (45.83%), Gestión de la Información(50.00%), Control de Insumos y materiales (53.85%). Es importante precisar que de los 22 macroprocesos evaluados 10 alcanzaron un puntaje mayor al 85%, incluido hospitalización y nutrición.

Gobierno Regional La Libertad
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA
Instituto Regional de Oftalmología

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

Gráfico N° 2



En el gráfico se puede evidenciar los Macroprocesos que obtuvieron puntajes mayores al 85%, siendo necesario generar oportunidades de mejora en aquellos macroprocesos con porcentajes inferiores al 60%

CUADRO N°05

MACROPROCESOS AGRUPADOS POR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AUTOEVALUACIÓN 2020

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMLOGÍA "JSU

Macroprocesos de cumplimiento: Escala color verde (85% a más)

GERENCIAL	Gestión de recursos humanos	11	88.24%
	Gestión de seguridad ante desastres	18	85.42%
PRESTACIONAL	Atención ambulatoria	11	100.00
	Atención de hospitalización	20	100.00
	Investigación	17	100.00
	Atención de emergencias	15	90.91
APOYO	Gestión de medicamentos.	20	100.00
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	20	95.71
	Nutrición y dietética	10	100.00
	Manejo del riesgo social	6	95.45

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

Macroprocesos de cumplimiento: Escala color Azul (70 %-84%)

GERENCIALES	Manejo del riesgo de atención	39	74.26
PRESTACIONAL	Atención quirúrgica	24	78.72
APOYO	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	79.03

Macroprocesos de cumplimiento: Escala color Anaranjado (50%-69%)

GERENCIALES	Direccionamiento	12	57.89
	Gestión de la calidad	20	55.56
	Control de la gestión y prestación	11	64.71
PRESTACIONAL	DOCENCIA	10	62.50
APOYO	Admisión y alta	15	59.09
	Gestión de insumos y materiales	08	53.85
	Gestión para la información	15	50.00

Macroprocesos de cumplimiento: Escala color Rojo (<50%)

APOYO	Gestión de equipos e infraestructura Desarrollo de Servicios	13	32.61
	Tecnología para la continuidad de la atención	16	45.83

Gobierno Regional La Libertad
V°B°
Administración
JEFE DE OFICINA
Instituto Regional de Oftalmología

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villajobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

CUADRO N°06

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR MACROPROCESOS DE AUTOEVALUACIÓN 2016-2020

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMLOGÍA "JSU"

Macroprocesos	2015	2016	2017	2018	2019	220
Direccionamiento	95	100	97.059	97.06	85.29	57.89
Gestión de recursos humanos	95	97.06	91.176	91.18	100.00	88.24
Gestión de la calidad	86	80.56	88.889	87.50	56.94	55.56
Manejo del riesgo de atención	78	88.06	81.343	82.84	83.58	74.26
Gestión de seguridad ante desastres	88	81.25	93.75	93.75	100.00	85.42
Control de la gestión y prestación	90	85.29	91.176	91.18	58.82	64.71
Atención ambulatoria	86	80	73.333	73.33	100.00	100.00
Atención quirúrgica	90	93.18	90.909	90.91	93.18	78.72
Atención de hospitalización		100	100	100.00	100.00	100.00
Atención de emergencias	91	84.21	92.105	92.11	78.95	90.91
Investigación	95	100	100	100.00	100.00	100.00
Docencia	90	91.67	100	100.00	100.00	62.50
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	86	100	88.71	88.71	61.29	79.03
Admisión y alta	0.84	96.97	80.303	80.30	60.61	59.09
Tecnología para la continuidad de la atención	89	66.67	66.667	66.67	45.83	45.83
Gestión de medicamentos	97	85.13	78.846	78.85	84.62	100.00
Gestión de la información	63	56	52	64.00	62.00	50.00
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esteriliz.	90	77.14	85.714	85.71	100.00	95.71
Manejo del riesgo social	87	86.36	86.364	100.00	95.45	95.45
Nutrición y dietética		100	100	100.00	100.00	100.00
Gestión de insumos y materiales	88	89.23	80.769	80.77	100.00	53.85
Gestión de equipos e infraestructura	82	89.13	91.304	91.30	69.57	32.61
Resultado obtenido	87.75	89.95	89.69	**90.34**	86.43	77.18

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

Se observa que los resultados obtenidos de la auto evaluación son Aprobatorios desde el año 2015 hasta el 2019. Los macroprocesos: Direccionamiento, Docencia , Atención quirúrgica y Gestión de materiales han obtenido valores inferiores en relación al año pasado. Gestión de la calidad, Control de la gestión y prestación, Admisión y alta, Gestión de la información, continúan con porcentajes inferiores al 85%. Tecnología para la continuidad de la atención, Gestión de Equipos e infraestructura obtienen porcentajes menores al 45%. Los macroprocesos de Atención de apoyo al diagnóstico, Control de gestión y prestación han incrementado su porcentaje.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1) En la Autoevaluación 2020 el Instituto Regional de Oftalmología "Javier Servat Univazo" no ha logrado la aprobación según la escala de calificación establecida en la NT N°50-MINSA/DGSPV. 02: / porque su porcentaje de avance es de 77.18%. Este resultado nos compromete a continuar mejorando los procesos.

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

2) La categoría prestacional (88.58%); alcanzó puntaje **probatorio**, las categorías Gerenciales (71.16%) y de Apoyo (68.45%) califican **en proceso de aprobación.** De los 22 Macroprocesos, 10 califican como aprobados.
3) Existe compromiso de la alta Dirección y de los miembros del Equipo de Acreditación para evidenciar las oportunidades de mejorar y plantear proyectos.
4) En relación al resultado de la autoevaluación del año 2019 (86.34%) se ha obtenido un descenso de 9.16% en relación a este año. Los ítems desaprobados corresponden a documentos que están en proceso de actualización, aprobación, validación de guías de atención, manuales de procedimiento, mecanismos del proceso de información, planes de trabajo, informes y actas.

RECOMENDACIONES

1) La Dirección General del Instituto Regional de Oftalmología "JSU" deberá destinar recursos y comprometer a las distintas Jefaturas de Dirección, Oficinas y Unidades a trabajar en equipo y coordinando para lograr el cumplimiento de los distintos criterios de evaluación y la acreditación a mediano plazo.
2) Contar con asistencia técnica para la elaboración de la documentación pendiente que se solicita en los ítems.
3) Realizar monitoreo y seguimiento de los macroprocesos para lograr la aprobación de los ítems pendientes
4) Realizar una evaluación con el apoyo de pares, para lo cual se gestionará la invitación del Equipo de Evaluadores Internos de un establecimiento de igual categoría que el IRO"JSU"
5) Solicitar a las distintas jefaturas de las Unidades Orgánicas, Direcciones y Departamentos vinculadas al Proceso de Autoevaluación consolidar el cumplimiento de los criterios de Evaluación con puntaje dos (2), realizar acciones que permitan que los criterios con puntaje cero (0); se conviertan en uno (1) o dos (2), para lo cual las unidades orgánicas deberán trabajar cada uno de los criterios de evaluación.
6) Incorporaren la evaluación de gestión de las distintas jefaturas de las Direcciones el cumplimiento de los diferentes criterios de evaluación contenidos en la Norma Técnica de Acreditación, dado que muchos de estos criterios están contenidos en la guía e instrumentos de supervisión y el instrumento de supervisión abreviados de IPRESS que utiliza su Salud para aplicar su Reglamento de infracciones y sanciones de la IPRESS
7) La Oficina de Gestión de la calidad elaborará el plan de mejora para la Acreditación 2020 del Instituto Regional de Oftalmología
8) La Oficina de Gestión de la Calidad y Comité de Acreditación deberán reunirse mensualmente para monitorizar, evaluar y aprobar los criterios de evaluación.
9) La oficina de Gestión de la Calidad coordinar´ con el área de Capacitación y la Dirección de Docencia e investigación a fin de llevar acabo un curso -taller de Consolidación de competencias del Equipo de Evaluadores Internos del IRO

Gobierno Regional La Libertad
V°B°
Administración
JEFE DE OFICINA
Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

ANEXO

Gobierno Regional La Libertad
Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

Documentos Oficios, Mail

"Año de la Universalización de la Salud"

Trujillo, 28 de setiembre del 2020

OFICIO N° 343-2020-GR LL/GOB-GR-IRO-JSU-DG

Dr.
Fernando Padilla Barra
Gerente Regional
Gerencia Regional de Salud La Libertad
Presente. -

ATENCIÓN: UTF GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO: COMPROMISO DE MEJORA/ PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

De mi [illegible] a Ud. para saludarla en nombre del personal del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Urrunaga y el mío propio.

Me dirijo ante usted a su Despacho la información según detalle:

- OFICIO N° 043-2020-GRLL-GGR/GS-IRO-JSU-DGC
- Resolución Directoral N° 152-2020-GRLL-GGR-GS-IRO-JSU (Aprueba Plan de Autoevaluación)

Agradeciendo su gentil atención, hago propicia la ocasión para renovarle las muestras de mi aprecio y estima personal.

Atentamente,

"Juntos por la Prosperidad"

AUTOEVALUACION 2020

[illegible]

Dg. Ld. Eva Villalobos Vásquez
[illegible]

"Año de la Universalización de la Salud"

Trujillo, 2 de setiembre del 2019

OFICIO N° 343-2020-GRLL-GGR/GS-IRO-JSU-DG

Dr.
Fernando Padilla Barra
Gerente Regional
Gerencia Regional de Salud La Libertad
Presente. -

ATENCIÓN: UTF GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO: INICIO DE PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2020

REF. : OFICIO N° 074-2020-GRLL-GGR/GS-IRO-JSU-DG-OGC

Por medio del presente me dirijo a Ud. para saludarla cordialmente en nombre del personal del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Urrunaga y el mío propio.

Así mismo, atendiendo el documento de referencia y en cumplimiento del cronograma de actividades que forma parte del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020, comunico a su Despacho que a partir de la fecha se inicia el proceso de autoevaluación de mi representada.

Agradeciendo su gentil atención, aprovecho la oportunidad para renovarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

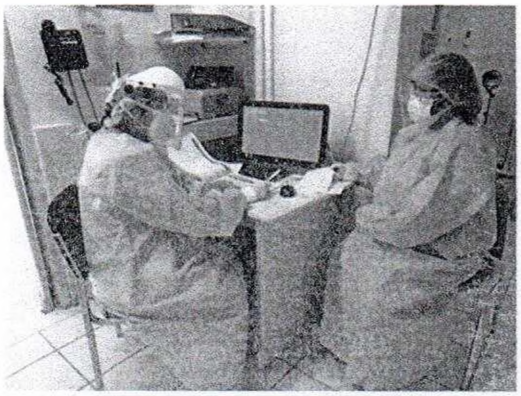
MPCR/lla.
Folios: 04
Arg. Doc. 02821948
Arg. Exp. 04921762

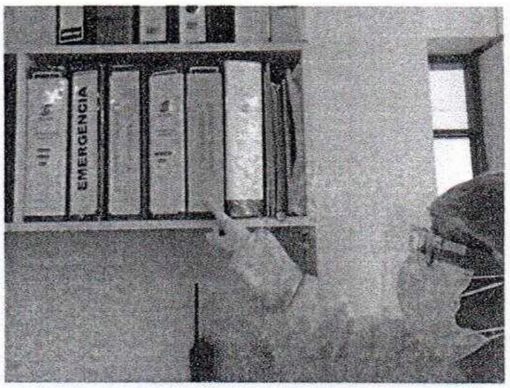
"Juntos por la Prosperidad"

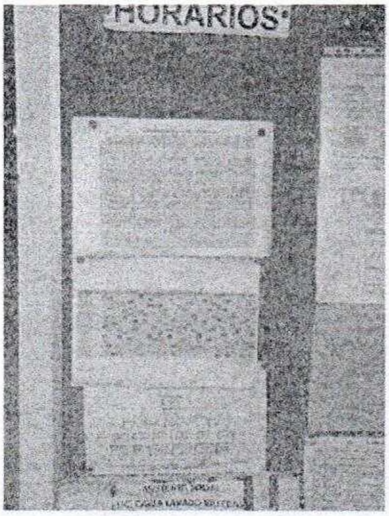
Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología ·
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

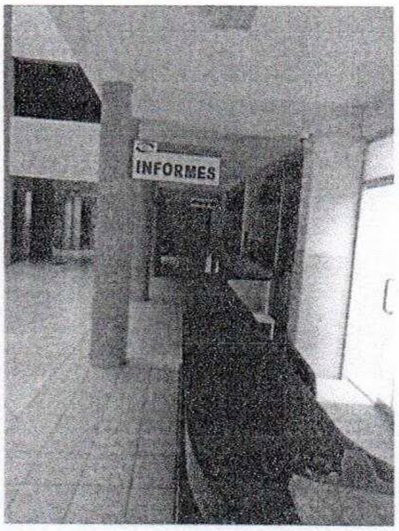
REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

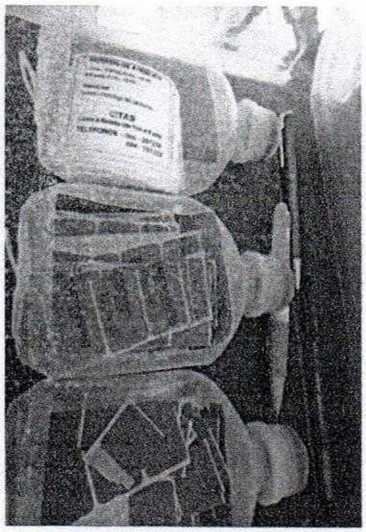
Fotos





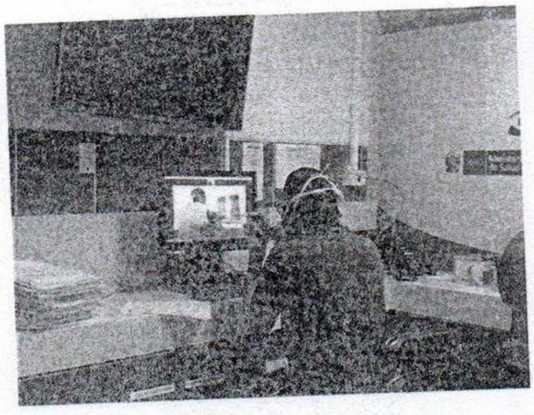


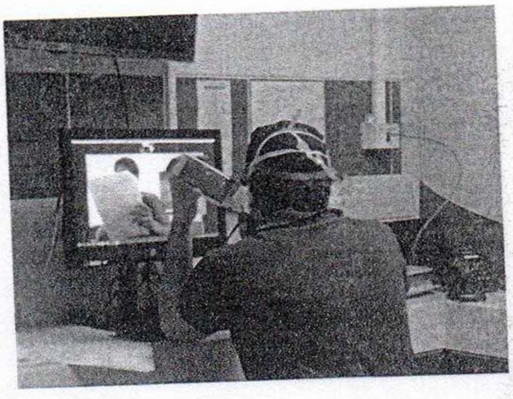


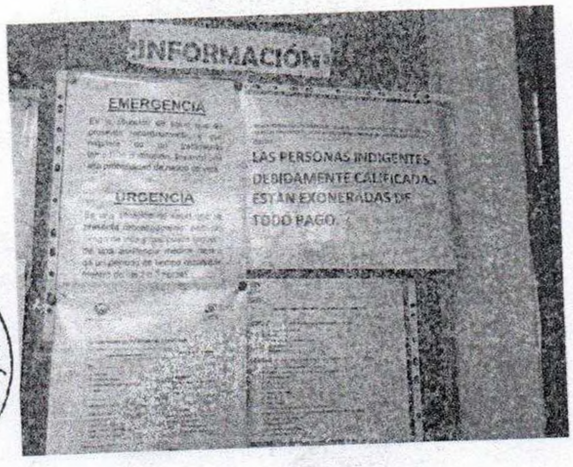


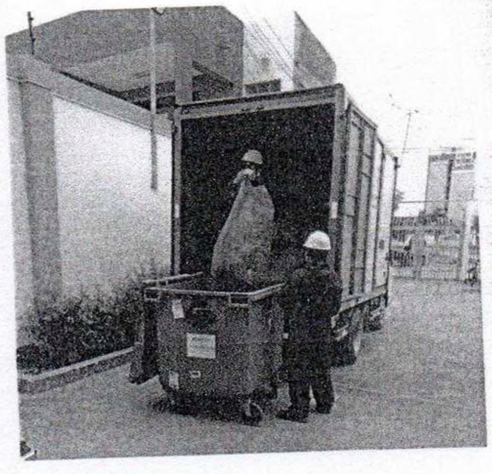
Gobierno Regional La Libertad
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA
Instituto Regional de Oftalmología

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA









Gobierno Regional La Libertad
V°B°
Administración
JEFE DE OFICINA
Instituto Regional de Oftalmología

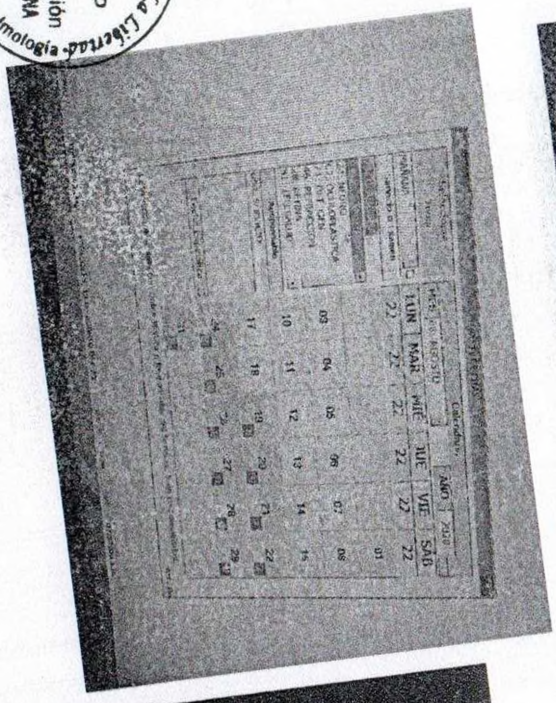
REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

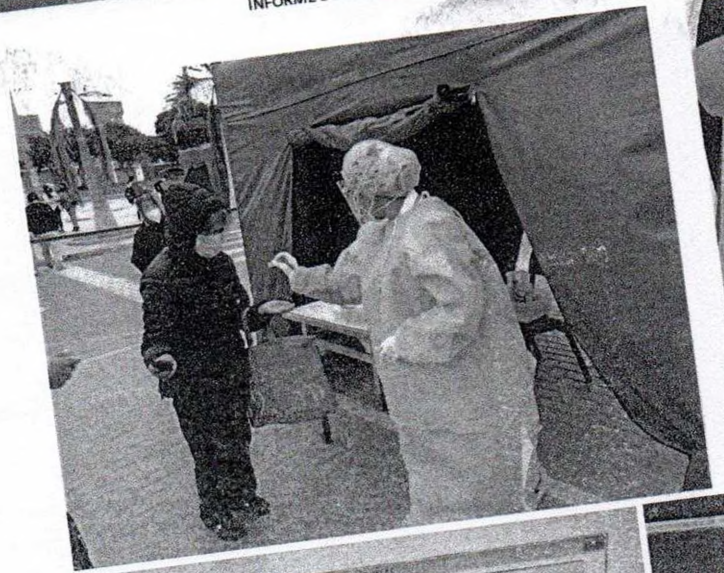
Dr. Eduardo Vilajobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

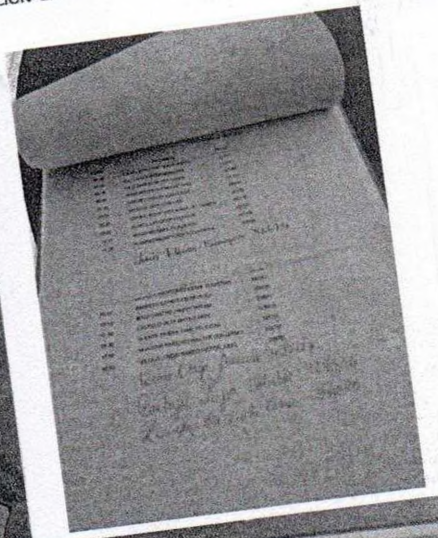
REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

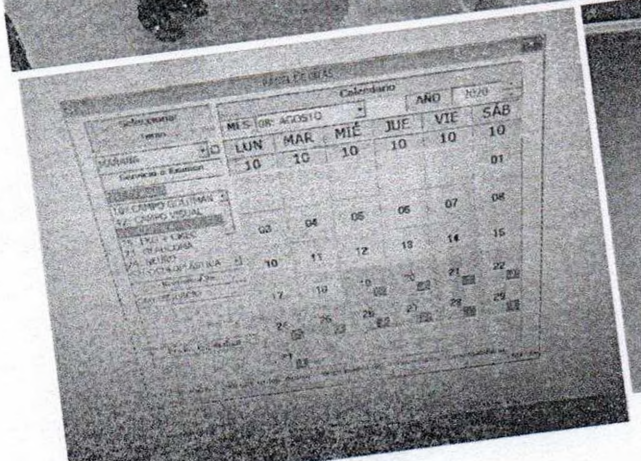
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

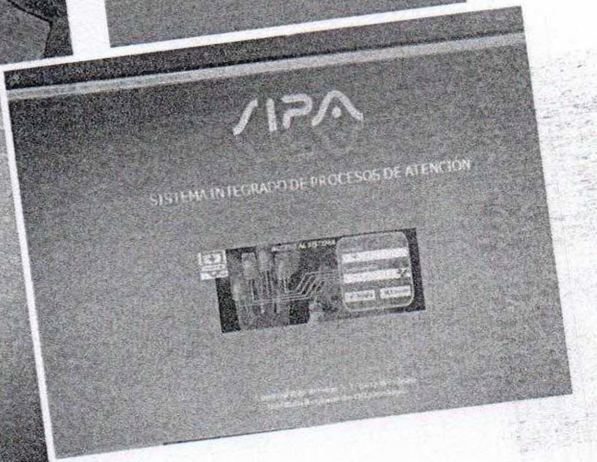
Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA








Calendario
MES AGOSTO
AÑO 2020
LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB


SIPA
SISTEMA INTEGRADO DE PROCESOS DE ATENCIÓN

Anexo N° 4 : Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): Lic. Enf Marina Arroyo Cipriano-Lic. Enf. Eva Villalobos Vásquez-Lic. Enf. Merly González Saravia-Q.F. Milagritos Vásquez Álvarez-Dra. Rosa Adrianzén de Casusol-CPC Cristina Velarde Velarde-M.O. Roberth Acosta Pretel

Fecha: 20-nov-20

Servicio Evaluados: Estadística/Archivo Oficina de planeamiento

Macroproceso	observaciones	Recomendaciones
Direccionamiento	Planes estratégico y operativos requieren socialización y participación de los usuarios internos	1. Cumplir con la formulación de los planes, retomar el análisis para asegurar la sostenibilidad de los planes.
Control de gestión y prestación	Es necesario realizar monitoreo constante del control interno	1. Definir los indicadores de gestión y prestación, actualizarlos y obtener la oficialización. 2. Establecer los estándares de la organización y determinar los valores.
Admisión y Alta	Documentar y sistematizar procedimientos.	1. Elaboración del MAPRO de Manejo de la Historia Clínica. 2. Elaboración de la lista de chequeo de verificación del cumplimiento. 3. Documentar procedimiento para obtención de cita. 4. Elaborar encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externa 5.Libro de Ocurrencias sobre las identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión
Atención Quirúrgica	Actividades se realizan sin contar con plan de trabajo, indicadores y listas de evaluación	1. Elaborar plan de trabajo, Indicador y listo de chequeo del Centro quirúrgico.
Docencia	Tienen documentación que es necesario actualizar por vencimientos de convenios y actualizar nuevas metas.	1. Elaborar proyecto Programa de Sub especialidad. 2. Establecer estrategias para retomar la supervisión 3.Reanudar la supervisión y monitoreo del plan de Tutorías y Asesorías 4.Gestionar la reestructuración del comité Pre Grado.
Atención de emergencias	Cuentan con el servicio y personal operativo, pero es necesario documentar, actualizar y oficializar procedimientos.	1. Elaborar documento que contenga mecanismos operativos para la atención en cambios de guardia del personal de emergencia 2. Solicitar a Estadística reporte de las diez primeras causas más frecuente en emergencia
Gestión de la Calidad	La OGC está considerada en el MOF, pero no cuenta con la asignación del recurso humano mínimo, ambiente y equipamiento.	1. Gestionar la asignación de ambiente, mobiliario-Equipos 2.Gestionar la oficialización de los indicadores trazadores de Calidad. 3. Promover la elaboración de proyectos de mejora por servicios. 4. Solicitar al departamento de Docencia la validación de las guías de práctica clínica. AGREE
Gestión de equipos e infraestructura	Actividades se realizan sin contar con plan de trabajo, indicadores y listas de evaluación	Elaborar plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades 2.Gestionar capacitación 3. Completar los procedimientos para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y /o ampliación 4. Elaborar MAPRO para el mantenimiento de instalaciones eléctricas. 5. Elaborar MAPRO para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOG
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

Gestión de insumos y materiales	Plan de anual necesidades requiere la participación de las diferentes unidades, oficinas,etc.	1. Elaborar plan anual de necesidades y bienes estrégicos. 2. Manual o Normativa de las medidas de protección de insumos y materiales 3.Monitorear cumplimiento del cronograma del plan anual de adquisiciones 4.Realizar lista de Chequeo e informes mensuales
Gestión de la información	Desinformación en relación a la Gestión de la información y sus mecanismos	1. Definir mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información 2. Documentar el proceso de gestión de la información. 3. Documentar información mediante: actas, informes, proyectos.
Gestión de recursos humanos	Realizan inducción pero no tienen definido el proceso	1. Elaborar Manual de Inducción. 2. 2. Elaborar herramientas para valorar comprensión y cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios externos.
Gestión de seguridad ante desastres	Aún no cuentan con certificación actualizada	1. Gestionar certificación de inspección técnica de seguridad 2. Coordinar y programar reunión anual con las autoridades de defensa civil
Manejo del riesgo de la atención	Es necesario socializar información y realizar trabajo en equipo.	1. Socializar plan de trabajo, reporte de informes. 2. Elaborar mapa de riesgo. 3. Manual de prevención y Atención de riesgo 4. Gestionar el estudio del agua. 5. Determinar mecanismo para evaluar a usuarios y oficializarlo.
Manejo del riesgo social	Cuentan con sistema único de evaluación socioeconómica, que se interrumpe en el turno de noche.	Regularizar normativa institucional.
Tecnología para la continuidad de la atención	La unidad de seguro requiere fortalecer la gestión de información y documentación de procedimientos	1. Regularizar registros y actas de reuniones y Acuerdos de coordinaciones para la contra referencia de los pacientes a otros EESS. 2. Documento Oficial del proceso de Referencia y contrareferencia. 3.Elaborar Documento y oficializarlo ante una eventualidad que requiera atención de emergencia

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Administración JEFE DE OFICINA

REGIÓN LA LIBERTAD INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. EVA E. VILLALOBOS VÁSQUEZ JEFE DE OFICINA

RELACIÓN DE ESTÁNDARES QUE OBTUVIERON CERO

Estandar	Cod_Criterio	Criterio	Tipo_ Criterio	Rpta
El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas y está contemplado en el manual de procedimientos del instituto y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente.	Proceso	0
El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.	Proceso	0
El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del instituto.	Estructura	0
El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.	Resultado	0
El instituto difunde las investigaciones efectuadas y capacita a los profesionales y técnicos de la salud del sector, en los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos de su especialidad que sean requeridos para el apoyo al diagnóstico y tratamiento	ADT2-1	El Instituto publica y difunde las investigaciones efectuadas de su especialidad referidos al apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Proceso	0
El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. Establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activad.	ADT3-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican programas de control y garantía de la calidad.	Proceso	0
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-1	El instituto cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Estructura	0
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.	Estructura	0
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	Proceso	0
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	Proceso	0
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-9	Cuenta con plan de mantenimiento que permiten el buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.	Proceso	0

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

El instituto cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	GEIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	Proceso	0
El instituto cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	GEIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.	Resultado	0
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-2	El instituto cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos)	Estructura	0
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.	Estructura	0
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de calidad de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).	Estructura	0
Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de insumos y materiales de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	Proceso	0
El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-6	El instituto tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.	Estructura	0
El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-7	El instituto cuenta con manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información, de los que existe evidencia de su implementación.	Estructura	0
El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-8	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado.	Estructura	0
El instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y la oportunidad de la información.	GIN2-1	El instituto tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos criticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.	Proceso	0
El instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y la oportunidad de la información.	GIN2-2	El instituto cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).	Proceso	0
El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-3	El instituto cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.	Proceso	0
El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias	TCA1-2	El instituto tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.	Estructura	0

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Tlc. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA2-1	Se tiene implementado un sistema de traslado de pacientes de alta complejidad en condición crítica las 24 horas, que incluye un sistema de comunicación y transporte con unidades que correspondan a su especialidad.	Estructura	0
El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA2-2	Cuenta con manual de procedimientos institucional que rige el sistema de comunicación y transporte, el mismo que está difundido e implementado dentro del instituto.	Estructura	0
El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA2-3	Propone normatividad al MINSA para asegurar el traslado adecuado de los pacientes de su especialidad, según nivel de complejidad de origen.	Estructura	0
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA3-2	Se evalúa y analiza el porcentaje de casos referidos en los que aplicaron los criterios y procedimientos establecidos.	Proceso	0
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA3-4	Se cuantifica la relación entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es óptimo.	Proceso	0
El instituto realiza acciones que permiten la formulación, revisión y actualización de políticas, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad	TCA5-1	El instituto convoca a los actores relevantes en el campo de su especialidad para la formulación de propuestas de políticas de salud.	Proceso	0
El instituto realiza acciones que permiten la formulación, revisión y actualización de políticas, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad	TCA5-2	El instituto evalúa la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de los actores relevantes.	Proceso	0
El instituto realiza acciones de auditoria, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de control interno (auditoria, supervisión y evaluación) de los procesos de su ámbito de acción.	Proceso	0
El instituto realiza acciones de auditoria, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-5	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.	Proceso	0
El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-2	La Dirección del instituto promueve y asegura que las unidades de atención/ servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen sus actividades concordantes con el plan operativo institucional.	Proceso	0
El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-5	El instituto ha formulado el análisis de la situación de salud participativamente para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus actividades de salud.	Proceso	0
El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-7	La Dirección del instituto asegura la adhesión del personal de salud a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional, establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud.	Estructura	0
La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA1-3	La oficina de gestión de la calidad se encuentra debidamente implementada para su adecuado funcionamiento.	Estructura	0

Gobierno Regional La Libertad – Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Hilajobs Vásquez
JEFE DE OFICINA

La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a traves de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-8	El instituto desarrolla el estudio de clima organizacional según norma vigente.	Estructura	0
La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a traves de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-9	El instituto implementa mejoras en base a los resultados obtenidos del estudio de clima organizacional.	Estructura	0
La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnologia sanitaria.	GCA3-4	El Instituto evalúa y valida la calidad de las guías de práctica clínica formuladas (AGREE)	Resultado	0
La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnologia sanitaria.	GCA3-5	El Instituto evalúa y valida las guías de procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermeria formulados.	Resultado	0
Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-1	El instituto cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil y Defensa Nacional, solicitado al gobierno local.	Estructura	0
Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-2	El instituto cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad.	Estructura	0
El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-3	El instituto realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.	Proceso	0
El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-5	El instituto cuenta con mecanismos para hacer publica la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.	Proceso	0
El instituto cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan operativo institucional y los objetivos son claros y medibles.	Estructura	0
El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-2	El personal profesional de enfermeria cuenta y aplica un plan de atención de enfermeria y registra los procedimientos realizados.	Proceso	0
El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-6	En el instituto existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios.	Estructura	0
El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-7	El instituto, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios	Proceso	0
El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-9	El personal del instituto aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.	Estructura	0

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

El instituto garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	MRA7-2	El instituto garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.	Proceso	0
El instituto y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	MRA8-1	El instituto coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externos, garantizando el acceso a este servicio.	Proceso	0
El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico.	Estructura	0
El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-1	El instituto realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.	Proceso	0
El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-2	El instituto implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en el marco de las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud.	Proceso	0
El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-3	El instituto aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.	Proceso	0
El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-10	Cuenta con programas de Sub-especialización y lo ejecuta.	Proceso	0
El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-6	El Comité de Docencia, supervisa el cumplimiento del Plan de Tutorías y Asesorías.	Proceso	0
El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias	Estructura	0
El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-4	El instituto dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año.	Estructura	0

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

Relación de estándares que obtuvieron 1

Estandar	Cod_Criterio	Criterio	Tipo_ Criterio	Rpta
El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.	Estructura	1
El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.	Estructura	1
El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el instituto luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.	Resultado	1
El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.	Resultado	1
El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo estabiecido por la institución.	Resultado	1
El instituto difunde las investigaciones efectuadas y capacita a los profesionales y tecnicos de la salud del sector, en los nuevos conocimientos cientificos y tecnológicos de su especialidad que sean requeridos para el apoyo al diagnóstico y tratamiento.	ADT2-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento incorporan la socialización de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos producto de sus investigaciones al plan de mejoramiento de competencias con alcance sectorial.	Proceso	1
El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid	ADT3-6	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos.	Resultado	1
Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-2	El instituto cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.	Estructura	1
Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-5	El instituto maneja los residuos solidos en forma apropiada.	Proceso	1
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-2	El instituto cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Estructura	1
El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del instituto.	Estructura	1
El instituto cuenta con informacion y toma decisiones para disponer de equipos e infrestructrura en buen estado y operatividad.	GEIF2-4	El instituto evalúa la calidad del equipamiento de la especialidad implementado.	Resultado	1
Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	Proceso	1

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología
V° B°
Administración
JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez
JEFE DE OFICINA

El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-2	El Instituto realiza difusión de la información de procesos asistenciales y administrativos, en forma adecuada	Proceso	1
El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	Proceso	1
El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la Información.	Resultado	1
El instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS1-1	El instituto cuenta con un sistema único de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios durante el horario de atención o las 24 horas del día según corresponda.	Estructura	1
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA3-1	El personal responsable de la referencia y contrarreferencia, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y propone acciones para mejorarlos.	Proceso	1
El instituto tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución.	Estructura	1
El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-2	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización.	Estructura	1
El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-9	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura por atención según especialidad y éstos se encuentran en los niveles esperados.	Proceso	1
El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-1	El instituto ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas), plan operativo y plan de contingencia	Estructura	1
El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del instituto de acuerdo a las prioridades nacionales por etapas de vida.	Estructura	1
Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del instituto establecimiento de salud.	Proceso	1
El instituto, contribuye al ejercicio de la Rectoría Sectorial de la Autoridad Sanitaria Nacional, formulando propuestas normativas en el ámbito de su especialidad, destinadas a contribuir y consolidar el marco regulatorio y normativo de Salud	DIR3-1	El Instituto según su especialidad, propone a la Autoridad Sanitaria Nacional, políticas de salud y prioridades sanitarias para la atención de salud..	Proceso	1

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Administración JEFE DE OFICINA

REGION LA LIBERTAD INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Eva E. Villalobos Vásquez JEFE DE OFICINA

La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a traves de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-10	El instituto ha formulado y aprobado oficialmente sus indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad.	Estructura	1
La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a traves de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-6	El instituto difunde la información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente. Según realidades locales.	Proceso	1
La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-1	El instituto tiene identificados y seleccionados sus PMCC basado en un análisis de la estrategia de la organización y de oportunidades de mejora.	Proceso	1
La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-2	El Instituto ejecuta los PMCC con soporte administrativo y presupuestal-.	Resultado	1
La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-3	El Instituto institucionaliza los resultados de los PMCC exitosos.	Resultado	1
La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-6	El Instituto define prioridades para el desarrollo de evaluación de tecnología sanitaria acorde a su especialidad.	Resultado	1
El instituto está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	GRH1-2	El instituto tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos independientemente de su régimen laboral.	Proceso	1
El instituto garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH4-3	El instituto garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.	Proceso	1
Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-4	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma anual con las autoridades de Defensa Civil.	Proceso	1
Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.	Estructura	1
El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-9	Se cuenta con un mecanismo para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.	Proceso	1
El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de procedimientos de enfermería por servicios y están actualizadas.	Proceso	1
El instituto garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	MRA7-1	La recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma vigente.	Estructura	1
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-11	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.	Resultado	1
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.	Resultado	1
El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfecionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-3	El Instituto cuenta con Comités de Docencia a otros niveles de atención y/o Pre-Grado y/o Post-Grado.	Estructura	1

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Administración JEFE DE OFICINA

REGIÓN LA LIBERTAD INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Eva E. Villalobos Vásquez JEFE DE OFICINA

Trujillo, 03 de diciembre del 2020

OFICIO N° 471-2020-GR-LL/GGR-GS-IRO.JSU-DG

Dr.
Fernando Padilla Bartra
Gerente Regional
Gerencia Regional de Salud La Libertad
Presente. -

ATENCIÓN: UTF. GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO: INFORME TÉCNICO – AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2020

REF. : OFICIO N° 82-2020-GRLL-GGR-GS-IRO-"J.S.U."OGC

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo en nombre del personal del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo* y el mío propio.

Así mismo, en atención al documento de la referencia alcanzo a su Despacho el Informe Técnico de la "Autoevaluación del Proceso de Acreditación – 2020"

Agradeciendo su gentil atención, hago propicia la ocasión para renovarle las muestras de mi aprecio y estima personal.

Atentamente,

REGIÓN LA LIBERTAD GERENCIA REGIONAL DE SALUD "JAVIER SERVAT UNIVAZO" INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dra. Magda Patricia Chirinos Saldaña
DIRECTORA GENERAL
Instituto Regional de Oftalmología
JAVIER SERVAT UNIVAZO

MPCS/lls.

Folios: 30
Reg. Doc. 05954064
Reg. Exp. 04918010