MINISTERIO DE SALUD
INO INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA

REPUBLICA DEL PERU

Nº 362-2012-INO-D

Es Copia Fiel del Original
Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Oftalmología
YANNA VICTORIO MERINO DE ESCAJADILLO
FEDATARIO
Fecha: 05 JUN 2013
Reg: 14849

Resolución Directoral

Lima, 31 de Diciembre del 2012

Vista la Nota Informativa N°063-2012-OEPE-INO; emitida por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; elevando la Propuesta del Plan de Gestión para el Instituto Nacional de Oftalmología; y,

CONSIDERANDO:

Que, el articulo III del Título Preliminar de la Ley 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, prescribe que ésta tiene por finalidad establecer el régimen jurídico aplicable para que la actuación de la Administración Pública sirva a la protección del interés general, garantizando los derechos e intereses de los administrados y con sujeción al ordenamiento constitucional y jurídico en general;

Que, la Propuesta del Plan de Gestión para el Instituto Nacional de Oftalmología, tiene como objetivos, el desarrollar investigación en salud ocular, priorizando las regiones según perfil epidemiológico y nivel de pobreza; mejorar la Gestión de las actividades de Docencia de Post Grado mediante la formalización de las Sub Especialidades; consolidar la atención en salud ocular en el primer nivel de atención como parte de la Atención Integral en regiones priorizadas; establecer un sistema de gestión institucional y ofertar atención oftalmológica altamente especializada;

Que, mediante Nota Informativa N° 063-2012-OEA-INO; del 31 de diciembre de 2012, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, MC. César Augusto Tineo Vargas, manifiesta que la Propuesta del Plan de Gestión para el Instituto Nacional de Oftalmología, aún no cuenta con la aprobación por la Dirección General; en tal sentido, solicita realizar las acciones necesarias para su aprobación mediante la emisión del resolutivo correspondiente;

Que, no está demás hacer mención al Plan de Trabajo sobre la Problemática de Salud Ocular del Área de Influencia del Instituto, que se adjunta al documento de vistos y que forma parte de la Propuesta de Gestión para el Instituto Nacional de Oftalmología;

De conformidad con la facultad conferida en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por Resolución Ministerial Nº 660-2010/MINSA;

Instituto Nacional de Oftalmología Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

MINISTERIO DE SALUD H. NORMA CALDERÓN Dr. Asesoría Jurídica Instituto Nacional de Oftalmología

MINISTERIO DE SALUD I.N.O. Director Adjunto V°B°

Con la visación de la Dirección Adjunta, Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Dirección Ejecutiva de Administración y de la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el **"Plan de Gestión del Instituto Nacional de Oftalmología"**, el mismo que consta de diez (10) páginas según detalle: cinco (05) que corresponden al Plan de Trabajo sobre la Problemática de Salud Ocular del Área de Influencia del Instituto y las cinco (05) restantes corresponden a la Propuesta de Gestión para el Instituto Nacional de Oftalmología, los mismos que forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Personal la notificación de la presente resolución a los diferentes estamentos del Instituto Nacional de Oftalmología.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones, realice la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Nacional de Oftalmología (www.ino.org.pe).

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

MO BETTY GEORGINA CAMPOS DAVILA
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 13782 RNE: 5931

Es Copia Fiel del Original
Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Oftalmología

YANNA VICTORIO MERINO DE ESCAJADILLO
FEDATARIO

Fecha 05 JUN. 2013
Reg 14849

C.C:
- Dirección Adjunta
- DEAEO
- DADT
- DEA
- DOCENCIA E INVESTIGACION
- DEDSPPSO
- OEPE
- ESTADISTICA E INFORMATICA
- OAJ

Archivo.DG
42 Abog. Ludeña

PLAN DE TRABAJO SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD OCULAR DEL AREA DE INFLUENCIA DEL INSTITUTO

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

A. PLAN DE TRABAJO SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD OCULAR DEL AREA DE INFLUENCIA DEL INSTITUTO

1. Introducción

La salud ocular es un componente de la Salud Integral de las personas según la OMS y es un derecho según nuestra Constitución.. Las estimaciones estadísticas en los países de América Latina y el Caribe refieren que por cada millón de habitantes 5.000 son ciegos y 20.000 tienen alguna deficiencia visual[1], siendo el 80% prevenible. Es de conocimiento también que la discapacidad visual origina discriminación y exclusión familiar, laboral, social y pobreza en las personas que las padecen. La ceguera o deficiencia visual es un impedimento en el desarrollo humano y en casos graves desencadena la muerte al 60% de niños al año de quedar ciego[2] .En el Perú la situación es semejante, por lo que es necesario realizar esfuerzos en el Sistema de salud en salvaguarda de la función visual y en especial en la prevención de la ceguera, como estrategia del estado de lucha contra la pobreza.

En los Estados Unidos el costo de la enfermedad o carga económica total anual de los trastornos visuales más cuantiosos en los adultos , asciende a $35,4 mil millones:; $6,8 mil millones para las cataratas, $5,5 mil millones para los trastornos refractivos, $2,9 mil millones para el glaucoma, $575 millones para la degeneración macular asociada a la edad, y $493 millones para la retinopatía diabética[3].

2. Antecedentes Históricos del Instituto.

El 23 de Setiembre de 1944, el Hospital de Santo Toribio de Mogrovejo, encarga el Servicio de Oftalmología al Dr. Luciano Barrere Grellaud. En 1966 asume por concurso la jefatura el Dr. Francisco Contreras Campos, en el mismo año crea el Laboratorio de Patología y en 1970, se crea el primer Banco de Ojos en el ámbito nacional. En el año 1981, se funda el Centro Oftalmológico Luciano Barrere Grellaud, en el mismo ambiente del servicio de Oftalmología. En 1985 se crea el Instituto Neurológico y Oftalmológico, ocupando ambientes del Hospital Neurológico Santo Toribio de Mogrovejo y el 28 de abril de 1987, se crea el Instituto Nacional de Oftalmología. El 16 de agosto de 1988 se le asigna como sede al INO, el local ubicado en el Jr. Antonio Miro Quesada 940, donde inicia su desarrollo y crecimiento como institución. Ese mismo año su denominación se transforma a Instituto de Oftalmología - INO.

Desde el 31 de julio de 1997 a la actualidad asumen la Dirección General sucesivamente, el Dr. Luis Alberto Zúñiga Quiroz, Dr. César Mendiola Barba, Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui y el Dr. Jorge Velazco Quiroga.

En el mes de noviembre de 1997 el INO cambia su sede institucional, a la Av. Tingo María 398[4], sede actual.

3. Perfil Socio demográfico

3.1. Datos Geográficos Generales, Vías de acceso y medios de comunicación.

El área total del Perú es 1 285 215 Km^2, con 03 macrorregiones naturales: la Costa con un 10%, la Sierra el 31% y la Selva el 59% del territorio nacional. La región Lima ubicada en la parte central y occidental del país, con un área de 34,948.57 km^2, equivalente al 2.7% del territorio nacional.

El Instituto Nacional de Oftalmología ubicado en la avenida Tingo María 398, Distrito Cercado de Lima (Lima 1), departamento de Lima, colindante con SEDAPAL y MINISTERIO DE TRANSPORTES.

Las vías de comunicación con el Instituto son: vía telefónica, Internet, radiocomunicación, correo postal y terrestre por Emergencia, Farmacia, cochera y puerta principal. El acceso físico se da a través de cuatro ejes

---

1 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables – OPS 2009
2 Una Perspectiva General de la Ceguera, la Infancia y VISION 2020
3 The Economic Burden of Major Adult Visual Disorders in the United States.ArchOphthalmol. 2006;124:1754-60.
4 www.ino.org.com.pe

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

viales metropolitanos: Av. Tingo María, Av. Zorritos, A Venezuela, Av. Colonial; por su ubicación geográfica cuenta con líneas de transporte urbano que facilitan su accesibilidad de las diferentes distritos de Lima y regiones del país.

3.2. Servicios Básicos en el área de influencia.

Es un establecimiento de salud de Categoría III-2, ámbito de influencia nacional con 28´ 664, 989 habitantes.[5].

Según el INEI el 22.3% (6´392,293 habitantes) de la población no tiene abastecimiento de agua mediante red pública, 9.2% en área urbana y 60.2% área rural, el 34.4% (9´860,756 habitantes) no cuenta con alcantarillado por red pública, el 15.4% se encuentra en área urbana y 55.6% en área rural, el 9.6% (2´751,839 habitantes) no tiene acceso a alumbrado eléctrico, el 1.7% en área urbana y el 32.3% área rural[6].

Tipo de Vivienda.- en el Perú, el 71.9% de las viviendas son propias, el 11.15 cedidas por el centro de trabajo y el 8.9% alquilada, sin embargo solo el 46.5% es de material noble, siendo el 52.5% de piedra, adobe, quincha, piedra con barro, madera, estera, etc[7].

3.3. Dinámica Poblacional (tasas)

Porcentaje de población urbana: 75.41[5] Porcentaje de población rural: 24.59[5]

Tasa Bruta de Natalidad: 20.7 para el 2005-2010 y 19.1 para el 2010 – 2015[8]

Tasa Bruta de Mortalidad: 6.0 para el 2005-2010 y 6.0 para el 2010 – 2015[7]

Tasa de Crecimiento: 1.5 para el 2005-2010 y 1.3 para el 2010 – 2015[7]

Esperanza de vida al nacer: 71.2 para el 2005-2010 y 72.5 para el 2010 – 2015[7]

Las regiones de menor densidad poblacional (hab/km^2) son: Madre de Dios (1,08), Loreto (2.0), Ucayali (3,95) y Amazonas (9,93). Las regiones con mayor densidad poblacional son: Callao (5,514,82), Lima (224,69) Lambayeque (76,70)[7]

3.4. Aspectos Socio Culturales (indicadores sociales).

La tasa de analfabetismo en el país fue 2.82 % y para Lima Metropolitana de 1.60%[9]

Porcentaje de población en condición de pobreza 31.3[10]

Porcentaje de población en condición de pobreza extrema 9.8 (Urbana 2.5 y rural 23.3)[9]

Porcentaje de población con al menos una necesidad básica insatisfecha 26.4[9]

Porcentaje de población con dos o más necesidades básicas insatisfechas 6.5[9]

Índice de Desarrollo Humano. 0.725, que lo sitúa en el puesto 80 del mundo[11]

3.5. Situación Económica (indicadores económicos)

Crecimiento Anual del PBI en el 2011 fue de 7% con un Valor Monetario de 175 mil millones de Dólares. La inflación anual fue de 4.74, la balanza comercial fue positiva con un superávit fiscal de 3,500 millones de Dólares (Más del 2% del PBI 2011)[12].

Actividades económicas principales: en el país la actividad minera y la agroindustria son las actividades que propulsan el crecimiento económico. En el cono norte la actividad principal es el comercio interno.

---

[5] INEI Nuevas Proyecciones Nacionales de Población del Perú 2005 a 2020 –Lima 2006
[6] Boletín INEI Diciembre 2011
[7] Censo Nacional 2007 Perú
[8] www.inei.gob.pe
[9] Medición de la tasa de analfabetismo – PRONAMA 2011
[10] Boletín MIMDES Noviembre del 2011
[11] PNUD Informe de Desarrollo Humano PNUD 2011
[12] www.bcrp.gob.pe

Instituto Nacional de Oftalmología – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Razón de dependencia Demográfica: para el año 2007 fue de 58.5 ,con componente de población joven de 48.3 y componente de población envejecida de 10.2[13]

Gasto de Salud: El presupuesto para el sector salud gobierno nacional, gobiernos regionales y locales en el 2011 fue 9´596,466244 y se ejecuto el 81.9%[14],

Entre 2001 y 2009 el Presupuesto Público se duplicó, pasando de S/. 36 127 millones a más de S/. 72 000 millones, mientras que el gasto social (incluyendo educación y salud) pasó de S/. 17 751 a S/. 38 217 millones, es decir un aumento de poco más de S/. 20 mil millones ó 76%. Sin embargo, este incremento presupuestal ha tenido un impacto menor al esperado. En este sentido, constituye aún una tarea pendiente mejorar la efectividad del gasto público y asegurar que futuros incrementos presupuestales generen el mayor retorno económico y social posible[15]

En 2008 el gasto en salud de Perú como porcentaje de su PIB fue de apenas 4.5%, porcentaje que se mantiene casi invariable desde 1995. El gasto per cápita en salud es de 385 dólares paridad de poder adquisitivo. El gasto público asciende a 59.4% del gasto total y el gasto privado concentra el 40.6% restante. Esta relación entre gasto público y privado poco se ha modificado desde el año 2000.El grueso del gasto privado (75.4%) es gasto de bolsillo y sólo 20.8% es gasto en seguros privados[16]

4. Perfil de Salud

4.1. Componentes y tendencias de las enfermedades prevalentes en el área de Influencia del Instituto.

En el Perú sólo se tiene como referente para estimados estadísticos el estudio "Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirrural del norte del Perú" del año 2005, que establece que la Catarata bilateral es la principal causa de ceguera (2,800 casos por millón de habitantes) y que las coberturas de cirugía para dicha patología sólo llega al 25%[17].

En el Perú con 28´ 664, 989 habitantes, tendría la responsabilidad de brindar atención sanitaria a 143,500 ciegos y 574,000 habitantes con alguna discapacidad visual[1].La prevalencia de ceguera evitable y sus principales causas sólo podrán conocerse con los resultados del estudio rápido de ceguera evitable (RAAB Nacional Perú) a publicarse en marzo del 2012.

Estudios realizados a nivel internacional han determinado que existen cinco enfermedades que son prioridades inmediatas en América Latina: Catarata, Retinopatía diabética, Glaucoma, Retinopatía de la prematuridad, Errores refractivos no corregidos. A nivel mundial la catarata es la causa del 50% de los casos de ceguera y la prevalencia en personas mayor de 50 años varía de 2,3% a 3%; siendo mayor en las mujeres que en los hombres y en zonas rurales. También se conoce que la cobertura de servicios de atención oftalmológica para las personas con deficiencias visuales graves es de aproximadamente 80% en las zonas urbanas bien desarrolladas, pero es de menos de 10% en las zonas rurales y remotas a pesar que la cirugía de catarata es una de las más rentables de todas las intervenciones de salud[1].

---

[13] *INEI - Perfil Socio demográfico del Perú 2007.*

[14] http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx

[15] Marco Macroeconómico Multianual 2011-2013 -MEF

[16] Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, MSP,(1) Oswaldo Lazo-González, PhD,(2) Gustavo Nigenda, PhD. Sistema de salud de Perú – Revista de salud pública de méxico / vol. 53, suplemento 2 de 2011

[17] Pongo Águila L, Carrión R, Luna W,, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirrural del norte del Perú. Rev Panam Salud Pública.2005; 17(5-6):387-393

Instituto Nacional de Oftalmología Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

4.2. Variables e Indicadores de salud (mortalidad y morbilidad)

En el estudio de diagnóstico situacional de los servicios oftalmológicos del país se menciona que los errores refractivos no corregidos representan 66.4% de la atención de capa simple, de los cuales el 70.8% se atienden en Lima y Callao. En la atención de capa compleja la Catarata y Glaucoma representan el 75.7% en el ámbito nacional, de las cuales más del 60% se atienden en Lima y Callao[18]

Por la naturaleza de la estructura ocular no hay muerte inmediata asociada a patología ocular.

5. Respuesta social organizada para la atención de salud

5.1. Caracterización de la infraestructura, equipamiento y de recursos humanos

Infraestructura.- A nivel nacional existen 58 servicios oftalmológicos públicos regionales del Ministerio de Salud a nivel nacional, donde laboran 195 oftalmólogos. El 37% de los servicios oftalmológicos están concentrados en las regiones de Lima y Callao, 27% en las otras regiones de la costa peruana y el 35,4% restante brindan cobertura a 14 regiones de la sierra y selva. Se cuenta con oftalmólogos en el 92% de las regiones. Comparado con el año 2004, se aprecian un incremento en 5,4% de los servicios oftalmológicos y en 12,7% los oftalmólogos a nivel nacional[16].El Instituto Nacional de oftalmología tiene un área construida de 5 725.85m² lo que significa un 30% del área libre siendo el área libre equivalente al 70% del área total que permite disponer de un 20% aproximadamente para futuras ampliaciones, el área total del terreno es 18932.48 m².

Equipamiento.- El Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata 2007-2010 mejoró la capacidad resolutiva de 29 servicios oftalmológicos regionales con equipamiento básico para diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico, evidenciándose que el 72,4% de dicho equipamiento se orientó a las regiones de la costa, sierra y selva, estos últimos con los mayores índices de población en situación de pobreza y extrema pobreza[16].Comparado con los datos estadísticos obtenidos en el censo de servicios oftalmológicos públicos 2004, se aprecia un incremento en 5,4% de los servicios oftalmológicos a nivel nacional, manteniendo las regiones de Lima y Callao la misma cantidad de infraestructura, a diferencia del resto del país –costa, sierra y selva – que aumentó en 9,4%[16].Se contaba con servicios oftalmológicos en el 92% de las regiones en el 2009, a diferencia del 2004, en que su presencia territorial cubría sólo al 76% de las mismas. Así mismo, el número de oftalmólogos se incremento en 12,7% a nivel nacional, correspondiendo un aumento del 16,4% para las regiones de Lima y Callao, y un 5,3% para el resto de regiones del país[16].

El INO cuenta con equipamiento biomédico de última generación para intervenciones médicas y quirúrgicas de alta complejidad, también equipos biomédicos portátiles para llevar a la oferta móvil a zonas de extrema pobreza y difícil acceso.

Recursos humanos.- El Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata 2007-2010 permitió capacitar a profesionales de la salud a nivel nacional, de las diferentes regiones y de Lima y Callao, como parte de un proceso de mejoramiento continuo de la atención oftalmológica e incremento en la oferta de salud ocular del servicio público en el Perú[4]

El Instituto Nacional de Oftalmología tiene 348 trabajadores de salud, conformada por 54 médicos oftalmólogos; 66 trabajadores profesionales asistenciales no médicos y 32 administrativos. Asimismo cuenta con 110 asistenciales técnicos y 86 administrativos[4]

---

[18] Montjoy Patroni José, Campos Dávila Betty, Cerrate, Angeles Amelia, Guerrero Valle Pedro ANÁLISIS DE LA SITUACION DE LOS SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS PÚBLICOS EN EL PERÚ –Revista Peruana de Oftalmología Setiembre del 2007.

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

5.2. Caracterización de los Procesos de Trabajo:

Implementación de la atención integral de salud. Atención Integral Oftalmológica implementada parcialmente por falta de articulación de los servicios especializados y sistema de referencia frágilmente implementada. Oportunidades perdidas de atención a familiares y/o acompañantes.

Automatización de procesos. El Instituto no tiene automatizado sus procesos asistenciales ni administrativos.

Tiempos de espera. Tiempos de espera muy prolongada de 4 horas a más[19].

Protocolización. Guías de Práctica Clínica con deficiente difusión y control de cumplimiento.

5.3. Caracterización de los resultados de la atención: Equidad, eficiencia, eficacia y calidad

Atención en Oftalmología General y altamente especializados, Prevención de Ceguera y Promoción de la Salud Ocular, cuenta con oferta móvil desde 1990 para poblaciones excluidas por condición de pobreza y pobreza extrema y así mismo, a poblaciones que no cuentan oferta oftalmológica fija.

El Programa Nacional y el Plan Nacional de Lucha contra la ceguera por Catarata permitieron que el estado implemente el Presupuesto Por Resultados en Salud Ocular (Catarata, Errores Refractivos y Retinopatía de la Prematuridad).

En el marco del Aseguramiento Universal se logra que la principal causa de ceguera sea incluida dentro de las intervenciones sanitarias priorizadas por el estado (Catarata en niños y adulto mayor), se fortalece este proceso con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que incorpora la atención para Glaucoma, Errores Refractivos y Patología frecuente de capa simple (conjuntivitis, chalazión, orzuelo).

El INO no cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad ni Gestión Clínica.

5.4. Participación Social de salud.

En el ámbito nacional existen diversas posibilidades de trabajo con organizaciones nacionales e Internacionales tales como ORBIS, CBM, Fundación Clinton, Asociación Civil Divino Niño de Jesús que brindan atención a pacientes portadores de catarata.

El INO actualmente cuenta sólo con el apoyo del Club de Leones para la atención de apoyo social a pacientes, por tanto existe la necesidad de fortalecer líneas de trabajo armónico entre el INO y los Cooperantes Nacionales e Internacionales para ser eficaces eficientes en la intervención nacional.

---

[19] Plan de Gestión de la Calidad –INO 2010

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

PROPUESTA DE GESTION PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

PROPUESTA DE GESTIÓN PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

1. **Introducción**

En el año 1981, se funda el Centro Oftalmológico Luciano Barrere Grellaud, con Resolución Ministerial 00568-81-SA/DS, siendo Ministro de Salud el Dr. Uriel García Cáceres, el mismo que se ubicó dentro del Hospital Neurológico Santo Toribio de Mogrovejo.

El 28 de abril de 1987, con Decreto Supremo 022-87/SA, siendo Ministro de Salud el Dr. David Tejada de Rivero, se crea el Instituto Nacional de Oftalmología y Director General Dr. Francisco Contreras Campos, manteniendo su ubicación en Barrios Altos.

El 31 de julio de 1997, siendo Ministro de Salud el Dr. Marino Costa Bauer, se designa como Director General al Dr. Luis Alberto Zúñiga Quiroz, con Resolución Ministerial 346-97-SA/DA/P. En el mes de noviembre del mismo año, el INO cambia su sede institucional, a la Av. Tingo Maria 398 - cercado de Lima, en donde viene funcionando actualmente. Con Resolución Ministerial del 4 de Agosto del 2003 que salió publicada el 13 de Agosto del mismo mes, asume por concurso la Dirección del Instituto el Dr. Jorge Velazco Quiroga.

2. **Misión y Visión : Establece con claridad – razón de ser de la institución e imagen de futuro**

MISIÓN

Somos una Institución desconcentrada del Ministerio de Salud del tercer nivel de atención, que realiza prestación de servicios de salud de la más alta capacidad resolutiva en el campo de la Oftalmología. Además, propone normas y estrategias a la autoridad nacional de salud, desarrolla innovación tecnológica, investigación y docencia con alta responsabilidad social contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población y desarrollo del país.

VISIÓN

Ser el referente nacional e internacional de la producción científica y normativa, formación de oftalmólogos subespecialistas y de la atención altamente especializada, con personal comprometido, solidario y de alta responsabilidad social.

3. **Análisis FODA – Establece las variables referenciales a información**

Análisis del Entorno

El Instituto es el referente para la atención especializada en Salud Ocular a nivel nacional, es centro de sub especialización para otros países de Sudamérica (Colombia, Chile, México, Bolivia, Ecuador, etc.), participa como asesor técnico, científico y normativo del MINSA, así mismo, brinda asistencia técnica a las GERESAs, DIRESAs y DISAs, resaltando la labor técnica en la construcción del Programa Presupuestal Estratégico de enfermedades no transmisibles/salud ocular (PPR), que incluye el financiamiento para la cobertura de atención de Cataratas, Errores Refractivos y Retinopatía de la Prematuridad a nivel nacional.

Análisis del Intorno.

El INO destaca por tener profesionales con alta especialización, algunos de los cuales son expositores internacionales, quienes realizan docencia tanto a Médicos Residentes del INO y de otras sedes hospitalarias, así como al personal de las DIRESAS (enfermeras, médicos generales y oftalmólogos). Se cuenta con equipos biomédicos de última generación. Se formulan propuestas de Guías de Práctica Clínica en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular del MINSA.

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
▪ Ubicación céntrica y de fácil acceso con infraestructura amplia. ▪ Amplia experiencia en atención Preventivo Promocional Extra e Intramuros. ▪ Rector Técnico Científico con reconocimiento a nivel nacional con recursos Humanos asistenciales altamente especializados. ▪ Equipos Biomédicos de última tecnología. ▪ Profesionales con competencias para gestión de Programación Presupuestal Estratégica (PPR). ▪ Presupuesto Institucional principalmente con Recursos Directamente Recaudados. ▪ Reconocimiento como sede docente para la especialidad de Oftalmología. ▪ Formación de oftalmólogos en Subespecialidades para nacionales y extranjeros.	▪ Financiamiento para Salud Ocular en la Programación Presupuestal del Estado (PPR y AUS) ▪ Regiones con necesidades de capacitación al personal Asistencial en salud ocular como parte de la atención Integral. ▪ Unidades Ejecutoras del sector salud pueden lograr financiamiento mediante PPR. ▪ Indicadores nacionales macroeconómicos favorables. ▪ Importante financiamiento para salud ocular de la cooperación Internacional. ▪ Oferta de capacitación de nivel internacional.
DEBILIDADES	**AMENAZAS**
▪ Servicio de Farmacia, óptica y laboratorio inadecuado para la atención altamente especializada. ▪ Ineficiente gestión de documentos Institucionales. ▪ Conducción de los servicios asistenciales sin considerar la gestión del riesgo y la gestión clínica. ▪ Limitado trabajo para la mejora continúa de la calidad. ▪ Falta de interés Institucional en gestión de convenios ▪ Plan de mantenimiento de equipos deficiente. ▪ No se cuenta con sistema de gestión administrativa. ▪ Desinterés en la Investigación y la Gestión del RRHH ▪ Limitada relaciones con Instituciones nacionales e Internacionales. ▪ Limitada oferta de Servicios altamente especializados. ▪ Débil sistema de Referencia y Contra referencia (RCR). ▪ No se cuenta con Sistema de Control Gerencial. ▪ Débil identificación con la institución del personal asistencial y administrativo.	▪ Limitada capacidad de los Gobiernos Regionales para desarrollar los Servicios Oftalmológicos. ▪ Propuesta normativa incompleta en el campo de la salud ocular – Servicios Oftalmológicos y ópticas. ▪ Deficiente acceso a medicamentos oftalmológicos a nivel de las regiones. ▪ Deficiente control de la calidad de los de servicios de Salud Ocular a nivel nacional. ▪ Limitada presencia de Profesionales en el campo de la salud ocular a nivel de las regiones. ▪ Deficiente monitoreo del cumplimiento de las normativas en Salud Ocular. ▪ Ausencia de presupuesto multianual para la planificación.

4. Estrategias, objetivos y metas

4.1. Las estrategias señalan con claridad la forma de lograr la visión y cumplir la misión en función al contexto analizado

Línea Estratégica 1.- Fortalecer la investigación en Salud Ocular en el ámbito nacional.

- Elaborar y aprobar los lineamientos de política y las normas correspondientes sobre investigación en el campo oftalmológico y la salud ocular pública.
- Conformar un equipo de Investigación Institucional con el soporte técnico de un médico Epidemiólogo, Medico Gestor en Investigación, Metodólogos, Profesional en Bioestadística y Demógrafo
- Establecer acuerdos de trabajo conjunto con Instituto Nacional de Salud, Dirección General de Epidemiologia, Estrategia Sanitaria de Salud Ocular MINSA.
- Mejorar el Presupuesto Institucional para Investigación por fuente de Financiamiento RDR, RO y Donaciones y Transferencias.

Instituto Nacional de Oftalmología
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Línea Estratégica 2.- Contribuir en la formación de profesionales en sub especialidades de Oftalmología según interés nacional.

- Conformar un equipo de trabajo Institucional para la formulación de Lineamientos y las normas respectivas
- Establecer relaciones por medio de convenios con Universidades

Línea Estratégica 3.- Contribuir a la atención integral adecuada

- Establecer las normas para la atención Integral Oftalmológica extra e intramuros
- Bridar asistencia técnica y realizar Cabildeo en las Regiones.
- Cabildeo político en Salud Ocular.

Línea estratégica 4.- Institucionalizar la calidad en el uso de los recursos asignados

- Implementar el Sistema Informatizado de Gestión Institucional
- Desarrollar competencias técnicas de los recursos humanos

Línea estratégica 5.- Ofertar Atención Oftalmológica altamente especializados

- Diseñar el Sistema, Planes y las normas correspondientes para transformar la composición de la morbilidad, de principalmente capa simple a capa compleja.

4.2 Los objetivos establecen:

Objetivo	Situación a alcanzar	Población	Meta
Desarrollar Investigación en Salud Ocular priorizando las regiones según su perfil epidemiológico y nivel de pobreza	Se realizan investigaciones en Salud Ocular Pública nacionales y regionales	Regiones Priorizadas	Regiones Priorizadas cuentan con estudios de Investigación en Salud Ocular
Mejorar la Gestión de las actividades de Docencia de Post Grado mediante la formalización de las Sub Especialidades	Contar con respaldo Universitario para la formación de Médicos Sub especialistas	Oftalmólogos que requieran acreditación de la Sub Especialidad	Contar con Oftalmólogos acreditados en la Sub Especialización
Consolidar la atención de Salud Ocular en el primer nivel de atención como parte de la Atención Integral en regiones priorizadas	El paciente recibe evaluación en Salud Ocular como parte de la Atención Integral	Pacientes que reciben Atención Integral en regiones priorizadas	Evaluación ocular incorporada en la atención integral
Establecer un sistema de gestión institucional	Disponer de información actualizada y oportuna para la toma de decisiones	Unidades Orgánicas del INO	Toma de Decisiones en base a información oportuna y adecuada
Ofertar Atención Oftalmológica altamente especializados	Principalmente se realiza atención altamente especializada	Población referencial	Estadísticas principalmente de capa compleja

4.3 La matriz de programación considera:

4.4 Las actividades están sistematizadas por líneas estratégicas de acción

Línea Estratégica de Acción: Fortalecer la investigación en Salud Ocular en el ámbito nacional.

Objetivo	Actividades	Producto	Indicador de Monitoreo	Cronog.	Respons.
Desarrollar Investigación en Salud Ocular priorizando las regiones según su perfil	Proposición de líneas de investigación en Salud Ocular	Líneas de investigación propuestas al INS	Propuesta presentada al INS	1 año	Dir. Ejec. Invest. y Doc.
	Elaboración del Perfil Epidemiológico de las Regiones priorizadas	Perfil Epidemiológicos realizados	% de Estudios Epidemiológicos realizados	1 año	Of. Epidem.

Instituto Nacional de Oftalmología — Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

epidemiológico y nivel de pobreza.	Investigación en S. Ocular en las regiones priorizadas	Informe de investigación realizada	% de investigaciones realizadas según programadas	3 años	Dir. Ejec. Investg. y Doc.
	Publicación de las investigaciones realizadas	Estudio Publicado	N° de Investigaciones Publicadas	**3** años	Of. Comunic.

Línea Estratégica de Acción: Contribuir en la formación de profesionales en sub especialidades de Oftalmología según interés nacional.

Objetivo	Actividades	Producto	Indicador de Monitoreo	Cronog.	Respons.
Mejorar la Gestión de las actividades de Docencia de Post Grado mediante la formalización de las Sub Especialidades.	Suscripción de convenios con la Universidades formadoras	Convenios Firmados	% de Convenios suscritos según los programados	1 año	Dir. Ejec. Investg. y Doc.
	Establecimiento del campo clínico de las Sub Especialidades	Campo Clínico de la Sub Especialidad establecido	Informe del Campo Clínico de la Sub Especialidad	1 año	Dir. Ejec. Investg. y Doc.

Línea Estratégica de Acción: Contribuir a la atención integral adecuada.

Objetivo	Actividades	Producto	Indicador de Monitoreo	Cronog.	Respons.
Consolidar la atención de Salud Ocular en el primer nivel de atención como parte de la Atención Integral.	Sensibilización a las autoridades Regionales en Salud Ocular	Informe	% de Informes según programado	3 años	DEIDSAP
	Capacitación al personal de salud del primer nivel de atención	Personal capacitado	% Personal capacitado según programado	3 años	DEIDSAP
	Monitoreo de la atención en salud ocular en los EE. SS del primer Nivel	Informe de actividad de Monitoreo	% de Informes de actividad de Monitoreo según lo programado	3 años	DEIDSAP
	Elaboración de GPC para el primer nivel de atención	GPC elaborada	% GPC elaborada según programado	3 años	DEIDSAP
	Implementación del SRC en Salud Ocular	Piloto ejecutado	Informe de Piloto Ejecutado	2 años	Of. SIS

Línea estratégica de acción: Institucionalizar la calidad en el uso de los recursos asignados

Objetivo	Actividades	Producto	Indicador de Monitoreo	Crono grama	Responsa bles
Optimizar el Desarrollo Institucional estableciendo un sistema de gestión	Elaboración de un Plan de Informatización	Plan Elaborado	Plan Elaborado	3 años	OEI
	Elaboración de Plan de Equipamiento Biomédicos	Plan Elaborado	Plan Elaborado	2 años	DEA /DEIDAEO
	Implementación sistema de gestión Informatizado	Sistema Implementado	Sistema Implementado	3 años	OEI

Instituto Nacional de Oftalmología — República del Perú — Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Línea estratégica de acción: Ofertar Atención Oftalmológica altamente especializados

Objetivo	Actividades	Producto	Indicador de Monitoreo	Crono grama	Responsables
Consolidar la atención de capa compleja	Elaborar el Plan Institucional para la atención de capa compleja	Plan Elaborado	Plan Elaborado	3 años	Dirección. de Atención Especializada
	Elaborar el Plan de IEC para el acceso a la atención compleja	Plan Elaborado	Plan Elaborado	3 años	Comunicaciones /DEIDAEO
	Fortalecer el SRC	SRC Fortalecido	N° de R y C	3 años	SIS

5. Organización y Funciones de servicio.

5.1 Propone la mejor estructura organizacional y funcional.

La estructura organizacional y funcional debe estar de acuerdo a la NTS N° 021-MINSAIDGSPrV.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", considerando las UPS de atención directa y UPS de atención de soporte. Incluir en la estructura orgánica la unidad de seguro, unidad de Referencia y Contra referencia y Salud ocupacional y crear la Dirección Ejecutiva de Control de la Ceguera y Discapacidad visual

5.2 Propone adecuaciones al ROF y MOF

Inmediatamente se debe lograr la Implementación del ROF 2010 y actualizar MOF.

6. Costos Y Presupuestos

6.1 Propone una Estructura de costos

La fuente de Financiamiento principal del INO es por RDR, la Institución no tiene capacidad de ejecución presupuestal total, una instancia funcional articuladora permitiría un porcentaje mayor de ejecución presupuestal. La formulación presupuestal debe estar enfocada en cumplir las funciones principales institucionales de acuerdo a las normas vigentes. Una mejora en la recaudación es posible reformulando el tarifario Institucional, basado en un real estudio de costos y considerando la totalidad de actividades y procedimientos que se realiza sobre todo los procedimientos de alta complejidad.

La firma de acuerdos y convenios con Organizaciones Nacionales e Internacionales permitirán contar con fuente de financiamiento importante para el desarrollo Institucional.

PRESUPUESTO Y EJECUCION PRESUPUESTAL INO – 2001-2012

AÑO	PIA	PIM	RO	RDR	AVANCE %	NO EJECUTADO
2012	39´244,515					
2011	32´999,065	43´524021	19´997,920	25´508,774	76.4	**10´240,535**
2010	23´983,385	27´999,740	9´958,038	17´691,629	95.6	**1´189,187**
2009	26´685,262	41´599,278	15´391,398	25´961,936	89.5	**4´240,146**
2008	23´871,472	43´281,422	22´066,028	21´035143	57.1	**18´401,973**
2007	25´427,919	29´350,393	9´979,268	18´962,730	88.8	**3´208,283**
2006	22´250,904	28´064,061	7´392,240	20´386,923	82.2	**4´953,959**
2005	22´795,358	27´561,121	7´239,414	20´053,603	67.5	**8´693,814**
2004	19´448,701	19´448,701	7´738,986	11´709,715	88	**2´342,517**
2003	19´149,605	19´215,320	8´307,270	10´842,355	99.89	**21,018**
2002	15´261,683	NC	5´979,244	9´282,439	84.3	**2´390,990**
2001	15´038,303	NC	5´860,016	9´178,287	98.31	**254,013**

Fuente: Portal de Transparencia del MEF

Instituto Nacional de Oftalmología – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico