

Resolución Directoral

Lima, ...10 de.....A. Iniel..... de 2025

VISTOS:

La Nota Informativa N° 060-2025-OGC/INO, Informe N° 029-2025-UFOM-OEPE/INO, Informe N° 017-2025-UFPI-OEPE/INO, Informe N° 019-2025-UFP-OEPE/INO, Nota Informativa N° 065-2025-OEPE/INO e Informe N° 070-2025-OAJ-INO, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26846, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, asimismo, el artículo IV del citado título preliminar, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad, es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud, en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Así también, tiene como objetivo, establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud;

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos" modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA precisa en el literal c) artículo 12 que la Oficina de Gestión de la Calidad tiene entre otras funciones, implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad;

Que, a Través de la Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D aprobó la Directiva Administrativa N° 01-INO/OEPE-2023 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos" que tiene por objetivo, establecer disposiciones técnicas y operativas para la planificación, formulación, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos en la Institución;



Que, en ese contexto, la Oficina de Gestión de la Calidad a través del Nota Informativa N° 060-2025-OGC/INO en atención al Informe N° 01-2025-VPA/OGC/INO remitió a la Dirección General el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, para su aprobación, que tiene por objetivo implementar los criterios de programación de actividades de establecimientos de salud 2025, establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud;

Que, a través de la Nota Informativa N° 065-2025-OEPE/INO, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en atención a los Informes N° 029-2025-UFOM-OEPE/INO, N° 017-2025-UFPI-OEPE/INO y N° 019-2025-UFP-OEPE/INO formuladas por las Unidades Funcionales de Organización y Modernización, Planeamiento Institucional y Presupuesto, que hizo suyo, señalando que el aludido documento técnico cumple con los criterios formales establecidos en la Directiva Administrativa N° 01-INO/OEPE-2023 “Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, contribuye con las actividades operativas y metas físicas programadas por el sub centro de costo “Oficina de Gestión de la Calidad” en el Plan Operativo Institucional Anual 2025. Asimismo, el aludido Plan, tiene una proyección de gastos por un total de S/ 394,611 que se financiara a través de su centro del centro de costo de la Oficina de Gestión de la Calidad en la actividad 5000003;

Que, de acuerdo al Informe N° 070-2025-OAJ/INO la Oficina de Asesoría Jurídica, emitió opinión favorable respecto a la aprobación del Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”;

Que, en consecuencia, de conformidad a lo expuesto y, a los intereses funcionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la Institución, resulta necesario emitir el correspondiente acto administrativo;

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

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

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, que consta de trece (13) folios, que incluye cuatro (04) anexo, que debidamente visados forman parte de la presente resolución.

Artículo 2.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad, realice el seguimiento, ejecución y supervisión del Plan Anual de Docencia 2025 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”.

Artículo 3.- DISPONER que el área de Trámite Documentario, proceda a notificar la presente a los órganos o unidades orgánicas competentes, para conocimiento y cumplimiento.



Resolución Directoral

Lima, ... 10 de Añel de 2025

Artículo 4.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia Estándar la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" www.ino.gob.pe

Regístrese, comuníquese y publíquese.



 PERU Ministerio de Salud **INO** Instituto Nacional de Oftalmología
Felix
M.O. FELIX ANTONIO TORRES COTRINA
Director de Instituto Especializado
CMP. 38356 RNE. 17309

FATC/VES/TLZO/SPQV/jcr.

Distribución:

- () Dirección General
- () OGC
- () OEPE
- () OAJ
- () OEI
- () Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

INO INSTITUTO
NACIONAL DE
OF TALMOLOGÍA
"Dr. Francisco Contreras Campos"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Documento Técnico:
**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025
DEL INSTITUTO NACIONAL DE OF TALMOLOGÍA –
INO**
"Dr. Francisco Contreras Campos"



Lima – Perú
2025

INDICE

I.	INTRODUCCION	2
II.	FINALIDAD	2
III.	OBJETIVOS	2
	3.1. Objetivo General	2
	3.2. Objetivos Específicos	2
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
V.	BASE LEGAL	3
VI.	CONTENIDO	4
	6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales	4
	6.2. Análisis Situacional	6
	6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2019-2027 ampliado	18
	6.4. Actividades por Objetivos	19
	6.5. Presupuesto Estimado	19
	6.6. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan	19
VII.	RESPONSABILIDADES	20
VIII.	ANEXOS	20



I. INTRODUCCION

Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud del tercer nivel de atención con categoría III-2, que brinda atención especializada en salud ocular; y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población desarrolla investigación e innovación tecnológica, docencia y atención de la patología de mayor complejidad oftalmológica, además, propone normas a la autoridad nacional de salud para mejorar la calidad de vida de la población. Además, es el establecimiento de referencia a nivel nacional en Salud Ocular.

En este contexto el INO se ha propuesto desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad en Salud con el objetivo de mejorar la calidad de prestación de servicios para la salud ocular de la población atendida en nuestra institución.

En este documento se formulan las acciones a realizarse en el año 2025 para fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del INO y en cumplimiento de lo establecido por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y en el marco de la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial ° 727-2009/MINSA.

II. FINALIDAD

Contribuir en la mejora de la calidad de atención en salud ocular, acorde a los componentes, criterios y actividades establecidas por el Ministerio de Salud.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Implementar los criterios de programación de actividades de establecimientos de salud 2025 establecidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud.

3.2. Objetivos Específicos

- OE.1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO.
- OE.2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.
- OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.
- OE.4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.



IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas sus unidades de organización.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud y su reglamento.
- Ley N° 30023, "Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el día nacional de la salud y buen trato al paciente".
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el "Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprobó la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 064-2025/MINSA, que "Aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del MINSA".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora.
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que aprueba el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2.



- Resolución Ministerial N° 692-2012/MINSA, Declaran la cuarta semana del mes de septiembre de cada año como la “Semana de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Directoral N° 202-2024-INO-D, que “Aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 del INO”
- Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001—NO/OEPE-2023 “Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología-INO “Dr. Francisco Contreras Campos”.
- Resolución Directoral N° 203-2023-INO-D, que aprueba la conformación de treinta Unidades Funcionales de los Órganos de Administración Interna del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D, que actualiza el Mapa de Procesos de Nivel “0” del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 008-2025-INO-D, que aprueba el “Manual de procedimientos del proceso de gestión de la calidad institucional” del INO.
- Oficio Múltiple N° D000043-2025-DVMPAS-MINSA mediante el cual el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud remite los Criterios de Programación de actividades 2025 para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.



VI. CONTENIDO

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

6.1.1. Definiciones y Abreviaturas

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- **Autoevaluación para la Acreditación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que se cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados,

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

- Resolución Ministerial N° 692-2012/MINSA, Declaran la cuarta semana del mes de septiembre de cada año como la “Semana de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Directoral N° 202-2024-INO-D, que “Aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 del INO”
- Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001—NO/OEPE-2023 “Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología-INO “Dr. Francisco Contreras Campos”.
- Resolución Directoral N° 203-2023-INO-D, que aprueba la conformación de treinta Unidades Funcionales de los Órganos de Administración Interna del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D, que actualiza el Mapa de Procesos de Nivel “0” del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 008-2025-INO-D, que aprueba el “Manual de procedimientos del proceso de gestión de la calidad institucional” del INO.
- Oficio Múltiple N° D000043-2025-DVMPAS-MINSA mediante el cual el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud remite los Criterios de Programación de actividades 2025 para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.



VI. CONTENIDO

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

6.1.1. Definiciones y Abreviaturas

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- **Autoevaluación para la Acreditación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que se cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados.

hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

- **Calidad de la Atención de Salud:** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los pacientes.
- **CAM:** Comité de Auditoría Médica.
- **CAS:** Comité de Auditoría en Salud.
- **Evento Adverso:** incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.
- **Evento Centinela:** evento adverso que genera la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. Cuando se presenta requiere obligatoriamente una investigación y respuesta inmediata para evitar su recurrencia. Ejemplos: muerte materna, evento anestésico, entre otros
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** evento o circunstancia que podría haber ocasionado y ocasiona un daño innecesario a un paciente. Para efectos de esta guía, se enfocarán los eventos adversos.
- **LVCS:** Lista de Verificación de la Seguridad.
- **Mejora Continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplimiento de los estándares del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de aumentar la satisfacción de los pacientes.
- **Riesgo:** combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, sujeto a la ocurrencia de lo considerado como amenaza o vulnerabilidad. Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, la susceptibilidad y la resiliencia. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.
- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **Seguridad del Paciente:** ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Comprende un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.
- **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a



profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

- **Usuario Externo:** persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

6.2. Análisis Situacional

6.1.2. Antecedentes:

a. Política Nacional de Calidad en Salud

Conforme a la Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", se establecen las siguientes políticas desde la perspectiva de las instituciones prestadoras de Salud, las que han sido tomadas en consideración para la formulación del presente documento:

Política	Objetivo y estrategias
Sexta política: Las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.	Objetivo: Garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad. Estrategia: Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud.
Séptima política: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.	Objetivo: Mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente. Estrategias: Acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo. Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
Octava política: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.	Objetivo: Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos. Estrategias: Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Implementación de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.
Novena política: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a	Objetivo: Garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género. Estrategias: Implementación de instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.



Política	Objetivo y estrategias
los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.	Promoción de prácticas de atención orientadas por los enfoques de interculturalidad y género. Implementación de mecanismos para el acceso a la información de la atención brindada a los usuarios
Decima política: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención.	Objetivo: Garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal de salud. Estrategias: Evaluación del desempeño laboral de los trabajadores. Implementación de planes y programas de desarrollo de competencias laborales. Supervisión de la implementación de normas para la prevención de riesgos ocupacionales derivados de la atención. Implementación de programas de incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad.
Undécima política: Implementación de programas de incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad.	Objetivo: Asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Estrategias: Consignación de los recursos destinados a la gestión de la calidad de atención en cada organización proveedora de atención de salud en el respectivo presupuesto, de acuerdo a la normativa que les es pertinente



b. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en el INO

En el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA¹ se establece que este sistema se estructura en función de los siguientes componentes:

1. Planificación para la calidad.
2. Organización para la Calidad.
3. Garantía y mejora.
4. Información para la calidad.

1. **Planificación para la calidad:** En el INO la Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de elaborar el Plan de Gestión de la Calidad, tomando en cuenta las políticas nacionales de calidad en salud así como las estrategias establecida año a año por el Ministerio de Salud. Cabe precisar que en este plan se involucra a toda la organización y para su formulación se han tomado en consideración los Criterios de Programación para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud 2025 establecido por el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud en coordinación con la Unidad

¹ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”

Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA, para Institutos IPRESS III-2 (Anexo N° 01).

Tabla N° 01.- Resumen de Criterios de Programación de Actividades
2025 IPRESS III-2

Componentes	Criterio de Programación
PLANIFICACIÓN	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad
	Resultados de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud
GARANTÍA Y MEJORA	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el centro quirúrgico de los Institutos Nacionales
	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de la seguridad del paciente 17 de setiembre.
	Implementación del Registro, Notificación, Análisis y gestión de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los Institutos Nacionales.
	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los Institutos Nacionales
	Implementación de la metodología para el mejoramiento continuo de la calidad en salud
	Desarrollo del Encuentro Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud
	Implementación del proceso de higiene de manos en los Institutos Nacionales
	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de Higiene de Manos 5 de mayo
	Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud, en los Institutos Nacionales.
	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional
	Implementación de la metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Institutos Nacionales.
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	



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

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

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

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

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

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

- Unidad Funcional de Garantía de la Calidad

- Unidad Funcional de Mejora Continua
- Unidad Funcional de Seguridad del Paciente

En ese sentido, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto Nacional de Oftalmología está organizada de la siguiente forma:

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



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad del INO



De otra parte, conforme al Mapa de Procesos Nivel 0 del INO, aprobado mediante Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D, la Oficina de Gestión de la Calidad es el dueña del Proceso Estratégico Nivel 0, PE.05 "Gestión de la Calidad Institucional", el cual contiene a los procesos Nivel 1 PE.05.1 "Garantía de la Calidad" y PE.05.2 "Mejora Continua", los cuales a su vez agrupan otros subprocesos. A su vez, la Resolución Directoral N° 08-2025-INO-D que aprueba el "Manual de procedimientos del proceso de gestión de la calidad institucional del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos" establece los procesos nivel 2 y sus productos, los que se detallan a continuación:

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

Procesos del Nivel 1	Proceso Nivel 2	Salidas / Productos
Gestión de la Garantía de la Calidad	PE 05.01.01: Planificación y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	- Plan anual de Gestión de la Calidad del INO - Informe de avance o monitoreo.
	PE 05.01.02: Plan de auditorías institucionales para la acreditación MINSA.	- Informe de auditoría de acreditación
	PE 05.01.03: Plan de auditorías de la Calidad de la Atención en Salud Programadas.	- Plan de Auditoría (CAM y CAS) Informe de Auditorías de calidad de atención.



	PE 05.01.04: Auditoria de la calidad de atención en salud de caso	- Informe de Auditorías de calidad de atención.
	PE 05.01.05: Registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinela.	- Informe de la gestión de incidentes y eventos adversos. - Informe de la gestión de eventos centinela.
	PE 05.01.06: Rondas de seguridad del paciente.	- Informe de seguridad del paciente
	PE 05.01.07: Evaluación de la satisfacción del usuario externo	- Informe de evaluación de los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo.
PE05.02 Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	PE 05.02.01: Evaluación de la atención de reclamos, consultas y sugerencias en la PAUS	- Informe de gestión de reclamos
	PE 05.02.02: Evaluación de la atención de consultas.	- Informe de gestión de consultas.
	PE 05.02.03: Evaluación de la atención de sugerencias.	- Informe de gestión de sugerencias.
	PE 05.02.04: Soporte al proceso de elaboración e implementación de proyectos de mejora continua de la calidad.	- Propuesta de acciones de mejora y/o proyectos de mejora. - Informe de mejora implementada e institucionalizada - Informe de indicadores de calidad

Funciones del INO en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud².

- *Implementar la normatividad vigente del Sistema de Gestión de la Calidad en el establecimiento.*
- *Propiciar la conformación de comités especializados en temas de calidad y equipos de mejora en el establecimiento de salud según corresponda.*
- *Difundir y brindar asesoría técnica en la elaboración de estudios de investigación y proyectos para la mejora de la calidad.*
- *Monitorear y evaluar estándares e indicadores de la calidad en el establecimiento.*
- *Difundir, supervisar y evaluar el cumplimiento de la norma de auditoría.*
- *Realizar el proceso de autoevaluación, primera fase de la acreditación de establecimientos de salud.*

² Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

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

- Diseñar e implementar planes de mejoramiento continuo para mejorar el desempeño institucional y propender por la calidad de los servicios.
- Establecer y gestionar mecanismos de información y escucha al usuario.
- Informar de los resultados y avances del Sistema al nivel inmediato superior y otros interesados.

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

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

Área		Recurso humano	Condición laboral
Jefatura		Jefe de la Oficina de Calidad	Nombrado
Secretaria		Técnico Administrativo	CAS
Unidad Funcional de Seguridad del Paciente		Lic. en Enfermería	CAS
Unidad Funcional de Mejora Continua		Médico especialista en gestión en salud	Nombrado
		Servicio de Asistente Administrativo	Tercero
Unidad Funcional de Mejora Continua	Plataforma de Atención al Usuario - PAUS	Administrador	Nombrado
		Asistente administrativo	Tercero
		Promotora	CAS
		Lic. de enfermería	Nombrado
		Especialista en Comunicaciones	Nombrado
Unidad Funcional de Garantía de la Calidad		Médico especialista en gestión en salud	Tercero
		Asistente administrativo	Tercero



Comités donde la Oficina de Gestión de la Calidad participa como miembro, coordinador y/o secretario:

Tabla N° 03.-Comites y Grupos de trabajos

N°	Comité o Grupo de trabajo	Participación
1	Comité de farmacovigilancia y tecnovigilancia	Miembro
2	Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (CIAAS).	Miembro
3	Comité permanente de mejora continua de los procesos y procedimientos del INO	Presidente
4	Comisión para la Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, ISO 9001:2015	Coordinador
5	Comité de Seguridad del Paciente del INO	Miembro/coordinador
6	Equipo de acreditación para la evaluación y fortalecimiento de los servicios y posteriores acreditaciones del INO	Presidente

Nº	Comité o Grupo de trabajo	Participación
7	Equipo operativo de categorización del Instituto Nacional de Oftalmología	Miembro
8	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	Miembro
9	Equipo Coordinador de Higiene de Manos del INO	Presidente
10	Equipo responsable de la elaboración e implementación del Plan "Cero Colas" del INO	Miembro
11	Equipo conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Presidente

3. **Garantía y mejora:** Este componente involucra acciones que permitan que se mantenga y mejore la calidad de atención en los servicios de salud, para lograr esto se han considerado las siguientes actividades.
 - Evaluación, monitoreo y toma de decisiones.
 - Auditoria de la calidad de atención en salud.
 - Acreditación de establecimiento y servicios.
 - Mejoramiento continuo de la calidad.
4. **Información para la calidad:** Este componente busca establecer estrategias que permitan contar con evidencias sobre la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. Es por ello que dentro del plan se han incorporado mediciones de la satisfacción de los usuarios así como indicadores de cumplimiento de las metas establecidas en el plan.



6.1.3. Problema (magnitud y caracterización)

a. Identificación de problemas

El Informe Anual de evaluación de la implementación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud (PGCS) 2024³, describe el cumplimiento del plan a un 93.4% de las actividades/metás físicas programadas, el que es considerado un puntaje global adecuado, sin embargo, se han identificado actividades con bajo porcentaje de cumplimiento.

Tabla N° 04.- Porcentaje de implementación del PGCS 2024

Unidad Orgánica:		OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
		Estructura programática operativa		
Objetivo General del Plan:		Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo fortaleciendo la gestión en salud del Sistema de Gestión de Calidad en Salud		
Componente	Objetivos Específicos	Actividad	% de avance de Meta Física Anual	% de avance de Meta Física por Objetivo
			100%	100%

³ Resolución Directoral N° 076-2024-INO-D PGCS 2024

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

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
- INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Unidad Orgánica:		OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
Estructura programática operativa				
Objetivo General del Plan:		Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo fortaleciendo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud		
Componente	Objetivos Específicos	Actividad	% de avance de Meta Física Anual	% de avance de Meta Física por Objetivo
Planificación para la Calidad	OE.1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO	Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud (PGCS) 2024		
		Formulación del PGCS 2024	100%	
		Oficialización del PGCS 2024	100%	
		Evaluación del PGCS 2024	100%	
Garantía para la Calidad	OE.2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.	Designación del Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVCS) por turno quirúrgico	100%	100%
		Monitoreo de la aplicación de la LVSC y evaluación semestral de su cumplimiento	100%	
		Aplicación de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS y monitoreo de las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados	100%	
		Gestionar actividades de promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial de la Higiene de Manos (5 de mayo)	100%	
		Gestionar actividades de promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre)	100%	
		Supervisión del cumplimiento de Higiene de Manos	100%	
		Reunión trimestral del Equipo Conductor de Higiene de Manos	100%	
		Actualización de la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	100%	
		Oficialización del Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente 2024	100%	
		Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente	100%	
		Monitoreo de la implementación de las acciones de mejora en relación a los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad	100%	
		Reporte de cumplimiento de Compromiso de Mejora, ficha técnica N° 43	100%	
Consolidación y evaluación de los reportes de "Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas" remitidos por los servicios de la institución, así como investigación y análisis de evento adversos y centinelas	100%			
Garantía y Mejora de la Calidad	OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento	Monitoreo de la operatividad del Comité de Auditoría Médica y Auditoría en Salud	90%	94%
		Formulación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	100%	
		Oficialización del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	100%	
		Evaluación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (incluye consolidado auditorías realizadas y seguimiento de las oportunidades de mejora)	100%	

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



Unidad Orgánica:		OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
Estructura programática operativa				
Objetivo General del Plan:		Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo fortaleciendo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud		
Componente	Objetivos Específicos	Actividad	% de avance de Meta Física Anual	% de avance de Meta Física por Objetivo
	de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional	100%	
		Monitoreo de la implementación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional a la Unidades Orgánicas y socialización de resultados	100%	
		Desarrollo de la Evaluación Externa de Seguimiento de la Acreditación MINSA y socialización de los resultados	100%	
		Formular el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad	100%	
		Consolidación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora	50%	
		Evaluación del estado de PMCC's	100%	
		Información para la Calidad	OE.4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.	
Análisis de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en las UPSS e identificación de A/PMCC	25%			
Evaluar los resultados de la Gestión de Reclamos e identificar oportunidades de mejora	75%			
Monitoreo de la Gestión de Consultas y Sugerencias, e identificación de oportunidades de mejora	100%			
Autoevaluación según los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y la PAUS	100%			
Evaluación de los resultados de la Gestión de Consultas y Reclamos, e identificación de A/P MCC	100%			
Todos los componentes	OE.5: Fomentar una cultura de Calidad en Salud en todos los niveles de la institución	Gestionar la Capacitación y/o asistencia técnica sobre Implementación de la LVCS al Equipo Conductor de LVCS	100%	90%
		Gestionar la Capacitación mensual sobre los 5 momentos de la Higiene de Manos	100%	
		Gestionar la Capacitación mensual sobre las Técnicas de la Higiene de Manos	100%	
		Gestionar la Capacitación sobre "Registro, notificación y análisis en incidentes y Eventos Adversos"	100%	
		Gestionar la Capacitación sobre Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	0%	
		Gestionar la Capacitación y/o asistencia técnica al equipo de acreditación y a los evaluadores internos	100%	
		Gestionar la Capacitación sobre el Manejo del estrés y el Buen trato	100%	
		Gestionar la Capacitación y/o asistencia técnica en la elaboración de PMCC	100%	
			100%	

Unidad Orgánica:		OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
Objetivo General del Plan:		Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo fortaleciendo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud		
Componente	Objetivos Específicos	Actividad	% de avance de Meta Física Anual	% de avance de Meta Física por Objetivo
		Gestionar la Capacitación sobre la aplicación de la encuesta de satisfacción al usuario externo, dirigida a encuestadores		
		Gestionar la Capacitación sobre la Gestión de Atención de Reclamos en Salud	100%	
		Gestionar la Capacitación sobre los Derechos y Deberes del Usuario Externo en Salud	100%	
% DE CUMPLIMIENTO ANUAL				93.4%

En relación al cumplimiento de los criterios de programación, el mencionado informe describe que el más bajo porcentaje se obtuvo en el cuarto criterio "Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Nacional" con 46%, lo que se condice con los logros obtenidos en el plan.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2024

CRITERIO DE PROGRAMACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		% ANUAL
1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto Nacional	100%
2	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los centros quirúrgicos del Instituto Nacional.	100%
3	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional.	100%
4	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Nacional	46%
5	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora según normatividad vigente	100%
6	Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional	100%
7	Implementación de las rondas de seguridad del paciente en el Instituto Nacional	100%
8	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional.	97%
9	Información anual de evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en el Instituto Nacional.	88%
Total general		92.33%

Así, los principales problemas radican en las actividades que han reportado un bajo porcentaje de cumplimiento, por lo tanto, serían considerados como problemas para la implementación del plan 2025:

1. Análisis de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en las UPSS e identificación de acciones/planes de mejora continua (25%).
2. Evaluar los resultados de la Gestión de Reclamos e identificar oportunidades de mejora (75%).



3. Consolidación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora (50%).
4. Gestionar la Capacitación sobre Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (0%).
5. Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Nacional (46%).

b. Identificación de las causas

A continuación se detallan las causas identificadas a cada uno de los problemas listados en el párrafo anterior:

1. Con respecto al primer problema es preciso mencionar que si se realizó el análisis de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en las UPSS a través de la herramienta SERVQUAL y se identificaron problemas, sin embargo, no se llegó a desarrollar un plan de mejora. Cabe precisar que las acciones de mejora pueden ser sugeridas por la Oficina de Gestión de la Calidad, pero son los servicios asistenciales las que las proponen y se comprometen a realizarlas.
2. Con respecto a este punto, la oficina sí llegó a realizar los informes de evaluación de la gestión de reclamos en los 4 trimestres del 2024, sin embargo, no se logró presentar dentro del plazo el informe consolidado anual.
3. Si bien cada unidad funcional de la Oficina de Gestión de la Calidad conoce su problemática y sus oportunidades de mejora, no se ha logrado consolidar en un documento único de la oficina.
4. Para el año 2024 la Oficina de Personal era la encargada de realizar esta capacitación por lo que estaba incluido en el Plan de Desarrollo de Personal, sin embargo, fue retirado de este PDP por el costo.
5. El Comité de auditoría médica no ha cumplido con actividades propuestas en el plan por problemas para sesionar, los miembros de este comité han manifestado no querer continuar participando de estos comités, finalmente, en la programación mensual, no se asignan actividades administrativas para realizar auditorías a los miembros de estos comités.



6.1.4. Población objetivo

Usuarios internos y externos del INO.

6.1.5. Alternativas de solución u Oportunidades de Mejora

A continuación se detallan las alternativas de solución a cada uno de los problemas listados en el párrafo anterior:

1. Se ha identificado problemas para implementar alternativas de mejora para mejorar la satisfacción del usuario externo en las UPSS, por lo que para el 2025 se propone realizar el análisis de la satisfacción del usuario

en conjunto con las UPSS involucradas, con el objetivo de llegar a consensos en relación a las propuestas de mejora y lograr su implementación.

2. Con respecto a la presentación de informes de evaluación dentro de los plazos establecidos, se construirá un calendario electrónico del cronograma de actividades del Plan con el objetivo que se envíen alertas a los profesionales encargados de cada actividad.
3. Con respecto a las oportunidades de mejora, se incluirá en el plan una actividad para consolidar las oportunidades de mejora identificadas en cada unidad funcional de la Oficina de Gestión de la Calidad. Además, se propondrá que la Dirección otorgue un reconocimiento (diploma) a las áreas que logren implementar acciones y proyectos de mejora continua que impacten en la calidad de atención.
4. En relación a las capacitaciones en auditoría médica, para el año 2025 se está programando asistencias técnicas dirigidas a los comités de auditoría del INO en relación a la norma técnica de auditoría, la que no irrogará gastos adicionales, pues, será realizado por el personal de la Oficina de Gestión de la Calidad.
5. Con respecto al adecuado funcionamiento de los Comité de auditoría médica se gestionará la programación de actividades administrativas dentro del horario de trabajo de los miembros, para que puedan cumplir con los objetivos y metas planteados en los planes. Además, se propondrá que la Oficina de Gestión de la Calidad brinde asesoría técnica para el desarrollo de las auditorías de caso.

Las precitadas oportunidades de mejora han sido consideradas en la planificación de la Gestión de la Calidad en Salud 2025.



6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del Plan Estratégico Institucional 2025-2030 del Ministerio de Salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL ⁴	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL DEL POI INO 2025	ACTIVIDAD OPERATIVA POI INO 2025 ⁵	UM	ID POI	OBJETIVO ESPECÍFICO PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INO	Centro de Costo Responsable
OEI. 06 Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Ministerio de Salud.	AEI. 06.02 Gestión por procesos fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del Ministerio de Salud.	5000003-Gestión administrativa	Información de la mejora continua	Informe	AOI 00012400097	OE.1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO.	Oficina de Gestión de la Calidad
			Información de seguridad del paciente	Informe	AOI 00012400096	OE.2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.	
			Información para la garantía de la calidad	Informe	AOI 00012400095	OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	
			Información para la calidad	Informe	AOI 00012400098	OE.4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.	



⁴ Resolución Ministerial N° 064-2025/MINSA que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud.

⁵ Resolución Directoral N° 202-2024-INO-D que aprueba el Plan Operativo Institucional Anual 2025 del Instituto Nacional de Oftalmología-INO "Dr. Francisco Contreras Campos".

6.4. Actividades por Objetivos

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

Se adjunta la matriz de programación de metas físicas del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO (Anexo N° 02).

6.6.2. Costeo de las Actividades por tarea

Se adjunta matriz con el costeo por cada tarea (Anexo N° 03).

6.6.3. Cronograma de Actividades

Las que se describen en la Matriz de programación de metas físicas del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO (Anexo N° 02).

6.6.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad

Se describen en la Matriz de programación de metas físicas del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO (Anexo N° 02).

6.5. Presupuesto Estimado

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

ACTIVIDAD OPERATIVA	CENRO DE COSTO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICADOR	IMPORTE
5000003 -Gestión administrativa	Oficina de Gestión de la Calidad	Personal administrativo nombrado (régimen público)	211112	S/ 34,285.00
		Personal con contrato a plazo fijo (régimen laboral público)	211113	S/ 15,483.00
		Asignación a fondos de personal	211121	S/ 50,760.00
		Personal nombrado	211311	S/ 93,666.00
		Bonificaciones o entregas económicas	211333	S/ 5,400.00
		Aguinaldos	211912	S/ 2,400.00
		Bonificación por escolaridad	211913	S/ 1,600.00
		Aguinaldos de contrato administrativo de servicios	211914	S/ 600.00
		Contrato administrativo de servicios indeterminado	2111311	S/ 21,172.00
		Contribuciones por el seguro complementario de riesgos	2131112	S/ 1,583.00
		Contribuciones a EsSalud del personal administrativo	2131113	S/ 4,100.00
		Contribuciones a EsSalud de regimenes especiales	2131114	S/ 5,484.00
		Contribuciones a EsSalud de contrato administrativo de servicios	2131115	S/ 1,906.00
		Otros seguros personales	232634	S/ 33,172.00



ACTIVIDAD OPERATIVA	CENRO DE COSTO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICADOR	IMPORTE
		Servicio de asistencia técnica administrativa	232911	S/ 60,000.00
		Servicio de Médico especialista en gestión en salud	232911	S/ 63,000.00
Total				S/ 394,611.00

6.6. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan

La Oficina de Gestión de la Calidad será responsable de realizar el monitoreo y evaluación de la implementación de las actividades establecidas en el presente plan. Para lo cual, consolidará el cumplimiento de metas y actividades de cada dependencia encargada de desarrollar la actividad.

6.7. Indicadores

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



VII. RESPONSABILIDADES

7.1. Dirección General

- Garantizar los recursos necesarios para la implementación del Plan de Gestión de la Calidad 2025, para el logro de los objetivos institucionales.

7.2. Oficina de Gestión de la Calidad

- Ejecutar, monitorear y evaluar el Plan de Gestión de la Calidad 2025.

7.3. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

- Gestionar el financiamiento presupuestario para el logro de los objetivos y metas programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2025.

7.4. Unidades de organización, servidores, proveedores y usuarios internos

- Participar activamente en la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO, según corresponda.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01. Criterios de Programación de Actividades para Institutos 2025
- Anexo N° 02. Matriz de programación de metas físicas del Plan de Gestión de la Calidad 2025
- Anexo N° 03. Matriz de costo por tareas del Plan de Gestión de la Calidad 2025
- Anexo N° 04. Matriz de indicadores para la medición, control y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas del Plan de Gestión de la Calidad 2025

Anexo N° 01. Criterios de Programación de Actividades para Institutos 2025

Componente	N°	Criterios de programación	Definición Operacional	Plazo de remisión a la UFGCS
Planificación	1	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto Nacional.	Documento elaborado según la Directiva Administrativa N° 326- MINSA/OGPPM-2022 en el cual se establece la finalidad, los objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Hasta el 30 de abril 2025
	2	Resultados de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud de los Institutos Nacionales.	Informe que consigna los resultados del cumplimiento de las actividades programadas de acuerdo a los objetivos relacionados a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecidos en el Plan, precisando el porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas sobre Actividades Programadas.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
GARANTÍA Y MEJORA	3	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el centro quirúrgico de los Institutos Nacionales	Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en los Institutos Nacionales que realicen intervenciones quirúrgicas.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
	4	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de la seguridad del paciente 17 de setiembre.	Acciones de gestión, organización por el Día mundial de la Seguridad del paciente; Actividades de capacitación, iluminado de entidades icónicas en los diferentes establecimientos de salud del ámbito, en el Marco de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud donde los estados miembros de la OMS respaldaron el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente con (Resolución WHA72.6), 17 de setiembre.	Hasta el 31 de octubre 2025
	5	Implementación del Registro, Notificación, Análisis y gestión de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los Institutos Nacionales	Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del procedimiento para el Registro, Notificación, Análisis y Gestión de la ocurrencia de Incidentes y/o Eventos Adversos en salud, en los Institutos Nacionales.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
	6	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los Institutos Nacionales.	Acciones realizadas para la implementación de la NTS de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los Institutos Nacionales.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
	7	Implementación de la metodología para el mejoramiento continuo de la calidad en salud	Documento que contiene las actividades para la elaboración e implementación de los proyectos y/o acciones de mejoramiento continuo en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales identificadas.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026



Componente	Nº	Criterios de programación	Definición Operacional	Plazo de remisión a la UFGCS
	8	Desarrollo del Encuentro Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.	Actividad de organización del Encuentro institucional para la difusión de experiencias de mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud de los diferentes equipos de mejora del Instituto Nacional.	Hasta el 31 de enero 2026
	9	Implementación del proceso de higiene de manos en los Institutos Nacionales.	Actividades desplegadas: Asistencia Técnica, acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento del proceso de Higiene de manos: técnica correcta y adherencia a los 5 momentos por grupo ocupacional, áreas críticas, servicios de hospitalización), en los Institutos Nacionales	I Semestre Hasta el 31 de julio. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
	10	Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de Higiene de Manos 5 de mayo	Actividad de organización de la actividad por el Día mundial de la Higiene de Manos 5 de mayo, actividades de capacitación, difusión, videos y otros en el Instituto Nacional	Hasta el 31 de julio 2026
	11	Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud, en los Institutos Nacionales	Acciones de gestión, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la implementación de las rondas de seguridad del paciente aplicadas en los Institutos Nacionales.	I Semestre: Hasta el 31 de julio 2025. Anual: Hasta el 31 de enero 2026
	12	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	Hasta el 31 de enero 2026
INFORMACIÓN	13	Implementación de la metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Institutos Nacionales.	Elaboración del Informe de resultados de Evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificada, en consulta externa, hospitalización y emergencia en los Institutos Nacionales.	Hasta el 31 de enero 2026



Anexo N° 02. Matriz de programación de metas físicas del Plan de Gestión de la Calidad 2025

Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
OE 1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del INO															
AC 00012400097 Información de la mejora continua															
1. Criterio de programación Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad															
Formulación del Plan de Gestión de la Calidad 2025	Informe			1										1	Oficina de Gestión de la Calidad
Operativización del PGCS 2025	Resolución Directoral			1										1	Oficina de Gestión de la Calidad/OEPE/Dirección
2. Criterio de programación Resultados de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud															
Resultados de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2024	Informe	1												1	Oficina de Gestión de la Calidad
Evaluación trimestral del PGCS 2025	Informe				1			1			1			3	Oficina de Gestión de la Calidad
OE 2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.															
AC 00012400096 Información de seguridad del paciente															
Criterio de programación Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el centro quirúrgico de los Institutos Nacionales															
Reunión de Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVCS) por turno quirúrgico designado mediante documento oficial.	Nota Informativa				1									1	Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología
Reconformar el Equipo conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Resolución Directoral			1										1	Oficina de Gestión de la Calidad/Dirección
Gestionar la Aplicación de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS.	Nota Informativa/Oficio						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad/Oficina de estadística/Jefatura Centro Quirúrgico



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
- INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Consolidado de las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS.	Informe						1						1	2	Equipo conductor de la Implementación de la LVCS
Monitoreo, visita de supervisión y evaluación de cumplimiento de la LVCS.	Informe						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad/Equipo conductor de la Implementación de la LVCS
Brindar capacitación y/o asistencia técnica sobre Implementación de la LVCS	Informe						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
4. Criterio de programación Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de Higiene de Manos 5 de mayo															
Ejecución de actividad para la promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial de la Higiene de Manos (5 de mayo)	Informe					1								1	Oficina de Gestión de la Calidad
5. Criterio de programación Desarrollo de Implementación del proceso de higiene de manos en los institutos															
Ejecución de actividad para la promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre)	Informe										1			1	Equipo conductor de higiene de manos
Informe de monitoreo o supervisión del cumplimiento de Higiene de Manos	Acta/Informe						1						1	2	Equipo conductor de higiene de manos
Gestionar la Capacitación mensual sobre los 5 momentos de la Higiene de manos y Técnicas de la Higiene de Manos	Nota Informativa			1			1			1			1	4	Equipo conductor de higiene de manos
6. Criterio de programación Implementación de la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud, en los Institutos Nacionales.															
Organización de la conformación del Equipo de Rondas Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1												1	Oficina de Gestión de la Calidad/Dirección



Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Oficialización del Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente 2024	Resolución Directoral	1												1	Oficina de Gestión de la Calidad/Dirección
Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Equipo de rondas de seguridad del paciente
Monitoreo de la implementación de las acciones de mejora en relación a los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad	Informe						1						1	2	Equipo de rondas de seguridad del paciente
Asistencia técnica/capacitación realizadas al personal de salud en la aplicación de rondas de seguridad del paciente.	Informe						1						1	2	Oficina de Calidad
Reporte de cumplimiento de Compromiso de Mejora del Convenio de gestión 2025, ficha técnica N° 45. "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente"	Informe							1					1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
7. Criterio de programación Desarrollo de Actividades por el Día Mundial de la seguridad del paciente 17 de setiembre.															
Ejecución de actividades por el Día Mundial de la seguridad del paciente 17 de setiembre.	Informe									1				1	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité de seguridad del paciente
8. Criterio de programación Implementación del Registro, Notificación, Análisis y gestión de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en los Institutos Nacionales.															
Conformación del Comité de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1												1	Oficina de Gestión de la Calidad/Dirección
Validación de monitoreo, visita de supervisión y ejecución del procedimiento para el registro, notificación, análisis y gestión de la ocurrencia de	Informe						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad



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

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
– INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
incidentes y/o eventos adversos en salud, de los servicios del INO.															
Consolidado de análisis y gestión de eventos adversos graves y/o centinelas (metodología causa raíz)	Informe						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
Asistencia técnica/ Capacitación sobre "Registro, notificación y análisis en incidentes y Eventos Adversos"	Informe						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité de seguridad del paciente
Formulación de la "Directiva Sanitaria del Sistema de Registro, Notificación, Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Instituto Nacional de Oftalmología".	Informe						1							1	Oficina de Gestión de la Calidad
OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.															
AOI 00012400095 Información para la garantía de la calidad															
9. Criterio de programación Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los Institutos Nacionales															
Formulación de Guía Técnica para evaluar la adherencia de GPC*	Informe								1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
Monitoreo de la operatividad del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.*	Informe		1				1						1	3	Oficina de Gestión de la Calidad
Formulación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.*	Informe				1									1	Comité de auditoría de Calidad de Atención en Salud/Oficina de Gestión de la Calidad



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

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
– INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Oficialización del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.*	Resolución Directoral				1									1	Oficina de Gestión de la Calidad/Dirección
Evaluación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (incluye consolidado auditorías realizadas y seguimiento de las oportunidades de mejora).*	Informe			1				1					1	3	Oficina de Gestión de la Calidad
Asistencia técnica para formulación de plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.*	Informe										1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
10. Criterio de programación Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional															
Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional.*	Informe			1										1	Oficina de Gestión de la Calidad
Monitoreo de la ejecución del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional a la Unidades Orgánicas y socialización de resultados.*	Informe				1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Oficina de Gestión de la Calidad
Socialización de los resultados de la Evaluación Externa para la re-acreditación MINSA.*	Informe												1	1	Oficina de Gestión de la Calidad
Asistencia técnica al equipo de acreditación y a los evaluadores internos.*	Informe						1							1	Oficina de Gestión de la Calidad/Equipo de Acreditación
11. Criterio de programación Implementación de la metodología para el mejoramiento continuo de la calidad en salud															
Consolidación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora	Informe						1						1	2	Oficina de Gestión de la Calidad



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

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
- INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Seguimiento de la ejecución de la Autoevaluación interna de acreditación ISO 9001/37001	Nota Informativa						1							1	Oficina de Gestión de la Calidad/Oficina Ejecutiva de Administración
Seguimiento de implementación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora	Informe / Memorando						1			1			1	3	Oficina de Gestión de la Calidad
Brindar asistencia técnica en la elaboración de PMCC a áreas del INO	Informe						1				1			2	Oficina de Gestión de la Calidad
1. Criterio de programación Desarrollo del Encuentro Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud															
Informe de ejecución de presentación de experiencias en mejora continua exitosas en la institución.	Informe											1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
Criterio 4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.															
A 00012400098 Información para la calidad															
1. Criterio de programación Implementación de la metodología de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Institutos Nacionales.															
Formular documento técnico (instructivo o guía) para la evaluación de la satisfacción del usuario externo con metodología de aplicación virtual.	Informe				1									1	Oficina de Gestión de la Calidad
Informe de ejecución y análisis de los resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia según plan de identificación de A/PMCC.	Informe				1		1			1				3	Oficina de Gestión de la Calidad/Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología
Informe anual de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en las UPSS e identificación de A/PMCC	Informe											1		1	Oficina de Gestión de la Calidad/DEAEO



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

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
- INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Tarea	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2025												Meta Física Anual	Responsable
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Informe de evaluación de los resultados de la Gestión de Reclamos e identificar oportunidades de mejora.*	Informe				1			1			1			3	Oficina de Gestión de la Calidad
Formular directiva de atención de consultas, reclamos y denuncias.*	Informe							1						1	Oficina de Gestión de la Calidad
Evaluación de los resultados de la Gestión de Consultas y sugerencias, e identificación de A/P MCC.*	Informe											1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
Monitoreo de la implementación de oportunidades de mejora identificadas en Gestión de reclamos y consultas.*	Informe							1					1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
Gestionar la autoevaluación según los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y la PAUS.*	Informe											1		1	Oficina de Gestión de la Calidad/PAUS
Actividad por el día de buen trato al paciente 13 de agosto.*	Informe								1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
Brindar la asistencia técnica sobre la Gestión de Atención de Reclamos en Salud.*	Informe					1								1	Oficina de Gestión de la Calidad/PAUS
Gestionar la asistencia técnica y/o capacitación sobre los Derechos y Deberes del Usuario Externo en Salud.*	Informe								1					1	Oficina de Gestión de la Calidad/PAUS
<i>Ejecución de la actividad es condicional a la obtención de presupuesto adicional durante el año 2025.</i>															



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

Anexo N° 03. Matriz de costeo por tareas del Plan de Gestión de la Calidad 2025

Actividad Operativa POI 2025	U.M.	Meta Física POI 2025	Tarea	Costeo por tarea
A 01 00012400097 Información de la mejora continua	Informe	2	Formulación del Plan de Gestión de la Calidad 2025	S/ 6,000.00
			Oficialización del PGCS 2025	
			Resultados de Evaluación del Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2024	S/ 3,000.00
			Evaluación trimestral del PGCS 2025	S/ 18,000.00
A 01 00012400096 Información de seguridad del paciente	Informe	2	Lista de Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVCS) por turno quirúrgico designado mediante documento oficial.	Corresponde a presupuesto de planilla, el que ya se encuentra incluido en POI 2025
			Reconformar el Equipo conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	
			Gestionar la Aplicación de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS.	
			Consolidado de las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS.	
			Monitoreo, visita de supervisión y evaluación de cumplimiento de la LVCS.	
			Brindar capacitación y/o asistencia técnica sobre Implementación de la LVCS	
			Ejecución de actividad para la promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial de la Higiene de Manos (5 de mayo)	



Actividad Operativa POI 2025	U.M.	Meta Física POI 2025	Tarea	Costeo por tarea
			Ejecución de actividad para la promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre)	
			Informe de monitoreo o supervisión del cumplimiento de Higiene de Manos	
			Gestionar la Capacitación mensual sobre los 5 momentos de la Higiene de manos y Técnicas de la Higiene de Manos	
			Actualización de la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	
			Oficialización del Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente 2024	
			Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente.	
			Monitoreo de la implementación de las acciones de mejora en relación a los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad	
			Asistencia técnica/capacitación realizadas al personal de salud en la aplicación de rondas de seguridad del paciente.	
			Reporte de cumplimiento de Compromiso de Mejora del Convenio de gestión 2025, ficha técnica N° 45. "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente "	
			Ejecución de actividades por el Día Mundial de la seguridad del paciente 17 de setiembre.	
			Conformación del Comité de Seguridad del Paciente	



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
- INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Actividad Operativa POI 2025	U.M.	Meta Física POI 2025	Tarea	Costeo por tarea	
			Consolidación de monitoreo, visita de supervisión y evaluación del procedimiento para el registro, notificación, análisis y gestión de la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud, de los servicios del INO.		
			Consolidado de análisis y gestión de eventos adversos graves y/o centinelas (metodología causa raíz)		
			Asistencia técnica/ Capacitación sobre "Registro, notificación y análisis en incidentes y Eventos Adversos"		
			Formulación de la "Directiva Sanitaria del Sistema de Registro, Notificación, Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Instituto Nacional de Oftalmología".	S/	12,000.00
A 01 00012400095 Información para la garantía de la calidad	Informe	2	Formulación de Guía Técnica para evaluar la adherencia de GPC	S/	6,000.00*
			Apoyo técnico para el desarrollo de auditorías médica de caso y/o auditorías de evaluación de adherencia.	S/	18,000.00*
			Monitoreo de la operatividad del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud	S/	15,000.00*
			Formulación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud		
			Oficialización del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud		
			Evaluación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (incluye consolidado auditorías realizadas y seguimiento de las oportunidades de mejora)		
			Asistencia técnica para formulación de plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.		



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

Actividad Operativa POI 2025	U.M.	Meta Física POI 2025	Tarea	Costeo por tarea	
			Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional	S/	15,000.00*
			Monitoreo de la ejecución del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional a las Unidades Orgánicas y socialización de resultados		
			Socialización de los resultados de la Evaluación Externa para la re-acreditación MINSA.		
			Asistencia técnica al equipo de acreditación y a los evaluadores internos.		
			Consolidación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora	S/	15,000.00
			Seguimiento de la ejecución de la Autoevaluación interna de acreditación ISO 9001/37001		
			Seguimiento de implementación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora		
			Brindar asistencia técnica en la elaboración de PMCC a áreas del INO		
			Informe de ejecución de presentación de experiencias en mejora continua exitosas en la institución.		
A0100012400098 Información para la calidad	Informe	2	Formular documento técnico (instructivo o guía) para la evaluación de la satisfacción del usuario externo con metodología de aplicación virtual.	S/	8,000.00
			Informe de ejecución y análisis de los resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia según plan e identificación de A/PMCC.		
			Informe anual de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en las UPSS e identificación de A/PMCC		



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
- INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Actividad Operativa POI 2025	U.M.	Meta Física POI 2025	Tarea	Costeo por tarea
			Informe de evaluación de los resultados de la Gestión de reclamos e identificar oportunidades de mejora.	
			Formular directiva de atención de consultas, reclamos y denuncias.	
			Evaluación de los resultados de la Gestión de Consultas y sugerencias, e identificación de A/P MCC	
			Monitoreo de la implementación de oportunidades de mejora identificadas en gestión de reclamos y consultas.	
			Gestionar la autoevaluación según los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y la PAUS	S/ 7000.00*
			Actividad por el día de buen trato al paciente 13 de agosto.	
			Brindar la asistencia técnica sobre la Gestión de Atención de Reclamos en Salud	
			Gestionar la asistencia técnica y/o capacitación sobre los Derechos y Deberes del Usuario Externo en Salud	

* La ejecución de la actividad es condicional a la obtención de presupuesto adicional durante el año 2025.



Anexo N° 04: Matriz de indicadores para la medición, control y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas del Plan de Gestión de la Calidad 2025

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD						
N°	Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
1	Objetivo específico 1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado	Resolución Directoral	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad
2		Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de Calidad en Salud	Actividades programadas	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
3		Evaluación de los criterios de programación de actividades de institutos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud establecidos por la UFGCS MINSA	% de cumplimiento del total de los Criterios de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Objetivo específico 2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.	Evaluación del registro de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (LVCS)	Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	> 75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
5		Criterio de Programación MINSA: Implementación de la LVCS	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
6		Criterio de Programación MINSA: Implementación del proceso de Higiene de Manos en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
8		Criterio de Programación MINSA: Implementación de las Rondas de Seguridad para la gestión del riesgo en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
9		Cantidad de Eventos Adversos reportados	Eventos Adversos reportados	< 10	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
10		Investigación de Eventos Adversos Centinelas	Análisis de Eventos Centinelas reportados	100%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente

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



MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

N°	Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
11		Criterio de Programación MINSA Implementación de Mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
12		Porcentaje de implementación del Plan Anual de auditoría de la calidad de atención en salud	Actividades programadas	> 80%	Informe	CAM / CAS
13	Objetivo específico 3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	Criterio de Programación MINSA Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / CAM / CAS
14		Porcentaje de criterios implementados en el Seguimiento de la Acreditación	Criterios evaluados	>94%	Informe	Equipo de Acreditación
15		Porcentaje de implementación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional	Actividades programadas	> 80%	Informe	Equipo de Acreditación
16		Criterio de Programación MINSA Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Equipo de Acreditación
18		Criterio de Programación MINSA Implementación de la metodología para el mejoramiento continuo de la calidad en salud	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
19	Objetivo específico 4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y	Porcentaje promedio de la satisfacción de usuarios externos en consulta externa/ hospitalización / emergencia	Encuestas de satisfacción	>70%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
20		Criterio de Programación MINSA Implementación de la Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en el Instituto Nacional.	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD						
N°	Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
21.	deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.	Promedio mensual de Reclamos Fundados	Reclamos Fundados	< 10	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
22		Porcentaje de Reclamos atendidos en el plazo	Reclamos atendidos	> 75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Plataforma de Atención al Usuario

