

Resolución Directoral

Lima, ... 30 de Abril de 2025

VISTOS:

El Informe Técnico N° 14-2025-JRMP/UFGC/OGC/INO, Nota Informativa N° 081-2025-OGC/INO, Memorando N° 272-2025-DG/INO, Informe N° 40-2025-UFOM-OEPE/INO, Informe N° 023-2025-UFPI-OEPE/INO, Nota Informativa N° 084-2025-OEPE/INO e Informe N° 081-2025-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, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 - "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, por Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, incorporan el anexo 4: "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2", a la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", considera macroprocesos que enmarcan los procesos establecidos oficialmente para el desarrollo de las funciones generales y específicas que le son asignadas a cada establecimiento de salud de este nivel; y, estableciéndolo como instrumento de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del Sector que pertenecen a la Categoría III-2 en el ámbito nacional;

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 312-2022/MINSA de fecha 27 de abril de 2022, se otorga la acreditación al Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos", con Categoría III-2, con una vigencia de tres (3) años, encargando a la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de servicios de Salud, en el marco de sus competencias, las acciones para las visitas de seguimiento a la Institución, durante la vigencia de la acreditación;



Que, conforme al Decreto Supremo N° 022-2024/MINSA Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, establece en el compromiso de Mejora de Ficha N° 46: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de Salud para el cumplimiento de estándares de calidad en atención de salud indica la aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación institucional 2025;



Que, mediante 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 de la Nota Informativa N° 081-2025-OGC/INO en atención al Informe Técnico N° 14-2025-JRMP/UFGC/OGC/INO remitió a la Dirección General el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para la acreditación Institucional 2025 Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", el cual tiene por objetivo fortalecer los procesos estratégicos, funcionales, y de apoyo para seguir brindando un servicio de calidad establecidos en el marco de la acreditación, solicitando su aprobación;



Que, de acuerdo a la Nota Informativa N° 084-2025-OEPE/INO, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en atención a los Informes N° 040-2025-UFOM-OEPE/INO, N° 023-2025-UFPI-OEPE/INO formuladas por las Unidades Funcionales de Organización y Modernización, Planeamiento Institucional, 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., recomendando su aprobación mediante Resolución Directoral;



Que, con Informe N° 081-2025-OAJ/INO la Oficina de Asesoría Jurídica, emitió opinión favorable respecto a la aprobación del Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para la Acreditación Institucional 2025 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.

Resolución Directoral

Lima, ...30..... de.....Ariel..... de 2025

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para la Acreditación Institucional 2025 Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, que consta de cinco (05) folios, que incluye cuatro (04) anexos, 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 de Autoevaluación para la acreditación Institucional 2025 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.

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 OFTALMOLOGIA
M.O. FELIX ANTONIO TORRES COTRINA
Director de Instituto Especializado
CMP. 38356 VNE. 17309

FATC/VESS/TLZO/SPQV/jlcr.

Distribución:

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para
la Acreditación Institucional 2025 del Instituto
Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras
Campos".**

LIMA-PERÚ

2025

Contenido

I.	INTRODUCCION	2
II.	JUSTIFICACION.....	2
III.	OBJETIVOS.....	2
3.1	Objetivo general	3
3.2	Objetivos específicos	3
IV.	ALCANCE	3
V.	BASE LEGAL:	3
VI.	DEFINICIONES OPERATIVAS	4
VII.	METODOLOGIA DE EVALUACION	5
7.1	Metodología de Macro procesos	5
7.2	Distribución de los Macroprocesos y criterios.....	5
7.3	Selección de criterios que están excluidos (Es decir no en la Auditoria).....	5
7.4	Técnicas de Evaluación 341.....	6
7.5	Aplicativo de Autoevaluación.....	6
	Fases de la Acreditación.....	6
7.7	Instrumentos a utilizar.....	6
	Resultados de la Evaluación.....	6
7.9	Visita de seguimiento a los Establecimientos de Salud Acreditados	7
VIII.	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI DEL MINSA.....	7
IX.	PRESUPUESTO	8
X.	RESPONSABILIDADES.....	8
XI.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION (ANEXO A Y B):9	
XII.	CRONOGRAMA DE REUNIONES CON LAS UNIDADES DE ORGANIZACIÓN11	
	11	
XIII.	EQUIPO DE EVALUACION:	11
XIV.	ANEXOS:	12
XV.	BIBLIOGRAFIA.....	17



I. INTRODUCCION

Mediante, Decreto Supremo N°042-2023- PCM, se aprueba la Política General de Gobierno, en dicho documento considera como ejes de la política General de Gobierno, entre otros el eje N° 8, que ve sobre la salud como derecho humano y mediante Resolución Ministerial 519-2006-MINSA; aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" cuya finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, tiene un componente de Garantía y Mejora de la Calidad, en ese contexto; mediante Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 establece una línea de acción y como fase de inicio fija la Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

En ese contexto; el Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", es un Instituto especializado del tercer nivel de atención y órgano desconcentrado del MINSA, dependiente de la Dirección General de Operaciones en Salud DGOS del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Brinda atención especializada y altamente especializada a fin de disminuir las tasas de prevalencia de las enfermedades que causan discapacidad por ceguera evitable, realizando acciones de protección, recuperación de la salud ocular y rehabilitación, así como para la prevención de patologías y daños oculares de la población. Tiene como principales actividades la atención por consulta externa, la atención por emergencia y la atención de cirugías ambulatorias; a parte de las actividades de docencia e investigación propias del nivel del establecimiento de salud.

La institución se encuentra acreditada desde el 2022 según la RM N°312-2022/MINSA, dentro del cual el INO ha recibido 2 visitas de seguimiento hasta la actualidad y culmina la vigencia de la Acreditación en el presente mes de abril 2025, lo que motiva iniciar la fase de autoevaluación para acceder a una nueva acreditación que permita al Instituto constituirse en un modelo de gestión institucional con servicios oftalmológicos eficiente, eficaces y de calidad en los próximos 3 años.

II. JUSTIFICACION

Desarrollar la autoevaluación para lograr la Acreditación por los próximos 3 años y seguir mejorando el nivel de cumplimiento de los Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud Categoría III-2 y constituirnos en un modelo de gestión en salud oftalmológica del país.

III. OBJETIVOS



3.1 Objetivo general

Fortalecer los procesos estratégicos, misionales y de apoyo para seguir brindando un servicio de calidad bajo los estándares de calidad establecidos en el marco de la Acreditación.

3.2 Objetivos específicos

- Promover la cultura de la calidad a fin de mantener el cumplimiento de los estándares de acreditación mediante capacitaciones y evaluaciones internas.
- Validar los criterios de los estándares de calidad en el proceso de la autoevaluación 2025 y fortalecer la sostenibilidad de la Acreditación lograda en el 2023.
- Socializar el Informe Técnico de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de los Servicios de Salud para fomentar trabajo colaborativo y lograr indicadores de calidad de servicio.

IV. ALCANCE

El presente documento es de aplicación y cumplimiento de todas las unidades de organización que constituye el Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos".

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias
- Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA que aprueba el "Listado de Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud Categoría III-2.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 312-2022/MINSA que otorga la acreditación al Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos".
- Resolución Ministerial N° 064-2025/MINSA que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-INO/OEPE-2023 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos



Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos".

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

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **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 la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicio de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de acreditación se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan 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 mejoramiento.
- **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinen el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva
- **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la constancia para la Acreditación como la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado
- **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
- **Informe Técnico de la Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
- **Informe Técnico de la Evaluación Externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por los evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, comisión nacional, comisión regional, DIRESA O Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.
- **Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe técnico de la Evaluación Externa.
- **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.



VII. METODOLOGIA DE EVALUACION

7.1 Metodología de Macro procesos

La agrupación de procesos en MACROPROCESOS, contribuye a facilitar el mejor desarrollo de los mismos, con eficacia y eficiencia de los equipos de trabajo de las organizaciones de salud. Para la medición de cada macroproceso, le corresponde una serie de Estándares de Acreditación, estos a su vez se desagregan en criterios de evaluación, en los que se solicitarán las fuentes de verificación o fuentes auditables, a fin de conseguir y recoger los datos e información correspondiente a cada aspecto, que permita al evaluador contar con la evidencia necesaria y suficiente para analizarla en forma concienzuda y finalmente calificar cada criterio según opciones de calificación preestablecidas.

Cuadro 1: Composición del Listado de Estándares para Institutos

Categoría	Macroprocesos	Estándares	Criterios
III-2	22	73	346

7.2 Distribución de los Macro procesos y criterios

Los macros procesos estarán a cargo por las diferentes unidades de organización de la institucional, es decir por la unidad organización que mayores criterios tenga será la responsable por el reporte del Macro proceso, sin embargo, como se sabe hay actividades que el encargado del Macro proceso no lo realiza. Por ende, se ha establecido responsables por cada criterio que reportaran a los responsables de los Macro procesos.

7.3 Selección de criterios que están excluidos (Es decir no en la Auditoria)

Según el Informe N°014-2021-RDZA-UFGCS-DVMPAS/MINSA, se resuelve aprobar la exclusión de los criterios propuestos por el INO, quedando con trecientos treinta y cinco (335) criterios de evaluación de los 341 registrados en el listado de estándares.

Criterios que se excluyeron mediante informe N°014-2021-RDZA-UFGCS-DVMPAS/MINSA

- ADA 3-2
- ATH 7-5
- MRA 1-6
- MRA 2-6
- MRA 2-7
- MRA 3-1

Criterios que no están incluidos en la evaluación, según el listado de estándares de acreditación

- ATH 6-2
- MRA 2-1
- MRA 2-2



- MRA 2-5
- ATQ 3-7

7.4 Técnicas de Evaluación 341

- a) Verificación/revisión
- b) Observación
- c) Entrevista
- d) Muestreo
- e) Encuesta
- f) Auditoria

7.5 Aplicativo de Autoevaluación

El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pone a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

7.6 Fases de la Acreditación

1. **Fase 1 Autoevaluación:** fase que da inicio al proceso de acreditación, el cual se encuentra a cargo de un equipo de evaluadores internos del establecimiento de salud.
 - a. La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
 - b. El establecimiento de salud debe realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación del año anterior y lograr el nivel aprobatorio mínimo de 85% para someterse a una evaluación externa.
2. **Fase 2 Evaluación externa:** Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados del MINSA.
 - a. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.
 - b. Conforme a los resultados de la evaluación se establecerá si el establecimiento de salud resulta acreditado.



7.7 Instrumentos a utilizar

- a) Listado de estándares de acreditación que se van a aplicar.
- b) Hoja de registro de datos de la autoevaluación.
- c) Hojas de recomendaciones.
- d) Aplicativo informático para el registro y procesamiento de los resultados.

7.8 Resultados de la Evaluación

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:

- a. Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
- b. No acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.

7.9 Visita de seguimiento a los Establecimientos de Salud Acreditados

La vigilancia del mantenimiento y mejora en el cumplimiento de los estándares que permitieron la acreditación deberá realizarse mediante visitas anuales de carácter obligatorio. Durante la vigencia de la Acreditación se realizarán dos visitas de seguimiento y el tercer año se realiza la re acreditación del instituto.

7.10 Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación

La Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, establece la conformación del Equipo de Acreditación, que tiene como responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación.

De acuerdo a lo indicado en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, se detalla la conformación de los evaluadores internos quienes realizan la evaluación interna, o autoevaluación en los límites del establecimiento de salud, aplicando los estándares de acreditación.

Asimismo, según el Decreto Supremo N°036-2023-SA, que establece los Convenios de Gestión, en el Compromiso de Mejora "Ficha N° 30: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de estándares de Calidad en la atención de salud"; mediante el criterio 1 se indica que deberá designar los Evaluadores Internos aprobado con acto resolutivo

Los establecimientos de salud deben contar con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente, con Acto Resolutivo o documento Oficial vigente y son publicados en la Web Institucional.

En ese sentido se emite con Resolución Directoral N° 099-2023-INO-D la Lista de Evaluadores internos 2023(Anexo2),



VIII. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI DEL MINSA

El presente documento está alineado al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud, aprobado con la Resolución Ministerial N° 064-2025/MINSA

Cuadro 2: Objetivos y Acciones Estratégicas del PEI 2025-2030 ampliado por el MINSA

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL DEL POI INO 2025	ACTIVIDAD OPERATIVA POI INO 2025	UM	ID POI	META FÍSICA ANUAL	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 del 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 para la garantía de la calidad	Informe	AOI 000124 00095	26	OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	Oficina de Gestión de la Calidad

IX. PRESUPUESTO

El presente plan se ejecutará con los recursos del centro de costos de la Oficina de Gestión de la calidad, lo cual no requiere recursos adicionales.

X. RESPONSABILIDADES

Autoridad Institucional: dispone la conformación de un equipo de acreditación y selecciona a los evaluadores internos

Equipo de Acreditación: promueve la difusión y el conocimiento del Listado de Estándares de Acreditación entre el personal del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, monitoreo del cumplimiento del Plan de Autoevaluación

Evaluadores Internos: formulan el plan de autoevaluación, desarrollan la autoevaluación y emiten informe técnico de la autoevaluación



XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION (ANEXO A Y B):

Cuadro 3: Cronograma de Actividades de Autoevaluación A – INO 2025

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
		1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Designacion de responsble por cada Macroproceso	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Aprobacion con Resolucion de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditacion	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Reunion de coordinacion,Planificacion y socializacion de resultados a los evaluadores internos y responsbales de macroprocesos	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Realizar reuniones técnicas con el equipo de acreditacion y los responsable de los Macroproceso para la revisión de los criterios de acreditación	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Gestionar la capacitación de los evaluadores internos para el proceso de Autoevaluacion	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Levantamiento de observaciones y recopilacion de evidencias	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Revison general de los sustento de cada criterios de evaluacion	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Inicio de Autoevaluacion	Evaluadores Internos /Equipo de Acreditacion / OGC																												
Macroprocesos	Responsable Del Macroproceso																												
DIRECCIONAMIENTO (DIR)	Abog.Ricardo Muñoz Gonzalez																												
GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS (GRH)	Bach.Renato Palomino Leguia																												
GESTION DE LA CALIDAD (GCA)	Ing.Jose Mendoza Paredes																												
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION (MRA)	M.C.Raul Magno Chang Vera																												
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	Lic.Cecilia Elizabeth Olivos Ramirez																												
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)	Lic. Daniel Gutierrez Herrera																												
ATENCION AMBULATORIA (ATA)	Dr.Almanza Cano Ronal Atilio																												
ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)	Lic. Sifuentes Espinal Jocelyne																												
ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)	Lic.Mirtha Ibarra Yancan																												
ATENCION QUIRURGICA (ATQ)	M.A.Mantilla Huertas Annette																												
INVESTIGACION (INV)	Lic.Raquel Ruth Huamani Ayala																												
DOCENCIA (DOC)																													
ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (ADT)	Dr. Jorge Villalobos Espinoza																												
ADMISION Y ALTA (ADA)	Lic.Yuri Yrving Molina Ozejo																												
TECNOLOGIA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION(TCA)	Tasayco Ruiz Mabel Victoria																												
GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)	Q.F.Cesar Beltran																												
GESTION DE INFORMACION(GIN)	Lic.Yuri Yrving Molina Ozejo																												
DESCONTAMINACION, LIMPIEZA,DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)	Lic. Luci Quiroz torres																												
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)	Lic.Edy Delia Chuque Huaman																												
MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES (MNP)	Lic. Luigui Melendez Pajuelo																												
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)	Bach.Daniel Joel Mamani Añamuro																												
GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (GEIF)	Lic.Teresa Ramos Rocha																												
Procesamiento de datos	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Analisis de resultados	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Elaboracion de Informe Preliminar	Evaluadores Internos /Equipo de Acreditacion / OGC																												
Presentacion de Informe Preliminar	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Revison y correccion del Informe	Equipo de Acreditacion / OGC																												
Entrega del Informe Tecnico	OGC																												

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Cuadro 4: Cronograma de Actividades de Autoevaluación B – INO 2025

Macroprocesos	Evaluadores Internos		AGOSTO				Responsable Del Macroproceso
			1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	
DIRECCIONAMIENTO (DIR)	Bach. Chirinos Gómez Billy Joan	Lic. Enf. Erika Noteno Condori					DIRECTOR(A) DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS (GRH)	Lic. Com. Quevedo Saavedra Miguel	Lic. TMO. Ramos Meléndez Guillermo					JEFE DE LA OFICINA DE PERSONAL
GESTION DE LA CALIDAD (GCA)	ME. Touzett Valera Antonio Martin						JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION (MRA)	MA. Mantilla Huertas Annette	Lic. Enf. Paola Camacho Cubas					JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	Lic. Enf. Amelia Aideé Gabriel Barja	Lic. TMO. Sullón Cuchupoma José Luis					COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LA GESTION DE RIESGOS Y DESASTRES
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)	Lic. SS. Cruz Collantes Teresa de Jesús	Lic. Yuri Yirving Molina Ozejo					COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE INTEGRIDAD
ATENCION AMBULATORIA (ATA)	Lic. Enf. Amelia Aideé Gabriel Barja	Lic. TMO. Sullón Cuchupoma José Luis					JEFE(A) DEL DEPARTAMENTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN OFTALMOLOGIA Y REFRACCION
ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)	Lic. Karla Paino Cadillo	Lic. Enf. Mirtha Ibarra Yancan					SUPERVISORA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION
ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)	Lic. Com. Álvarez Valverde Shirley Yisella	Lic. Dulanto Andrade Sandro Jorge					JEFE(A) DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
ATENCION QUIRURGICA (ATQ)	Mg. Lipa Chancolla Carlos Alberto	Lic. Enf. Del Carmen Francia Rosa Marlene					JEFATURA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO
INVESTIGACION (INV)	M.C. Chan Vera Raul	Lic. Enf. Jocelyne Sifuentes Espinal					DIRECTOR DE INVESTIGACION Y DOCENCIA ESPECIALIZADA EN OFTALMOLOGIA Y DESARROLLO DE TECNOLOGIAS
DOCENCIA (DOC)							
ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (ADT)	ME. Touzett Valera Antonio Martin	Lic. Enf. Erika Noteno Condori					JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN APOYO AL DIAGNOSTICO
ADMISION Y ALTA (ADA)	Lic. Com. Quevedo Saavedra Miguel	Lic. TMO. Ramos Meléndez					JEFE DE LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
TECNOLOGIA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION(TCA)	Bach. Chirinos Gómez Billy Joan	Abog. Muñoz Gonzalez Ricardo					COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)	Lic. SS. Cruz Collantes Teresa de Jesús	Lic. Yuri Yirving Molina Ozejo					JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA
GESTION DE INFORMACION(GIN)	Ing Jose Mendoza Paredes	Lic. Enf. Mirtha Ibarra Yancan					JEFE DE LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
DESCONTAMINACION, LIMPIEZA,DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)	ME. Touzett Valera Antonio Martin	Lic. Enf. Ivette Garay Soto					SUPERVISORA DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)	Lic. Enf. Ivette Garay Soto	Bach. Chirinos Gómez Billy Joan					JEFATURA DE SERVICIO SOCIAL
MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES (MNP)	Ing Jose Mendoza Paredes	Lic. Karla Paino Cadillo					JEFATURA DE SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)	Ing Jose Mendoza Paredes						JEFE(A) DE LA OFICINA DE LOGISTICA
GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (GEIF)	Lic. Com. Álvarez Valverde Shirley Yisella	Lic. Dulanto Andrade Sandro Jorge					JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES

XII. CRONOGRAMA DE REUNIONES CON LAS UNIDADES DE ORGANIZACIÓN

Programación de reuniones para el monitoreo del cumplimiento de los criterios de Evaluación del Listado de Estándares de Acreditación MINSA.

Se adjunta los plazos donde se debería estar realizando las reuniones, se estará coordinando con las unidades correspondientes

Cuadro 5: Cuadro de reuniones con las áreas responsables de cada macro proceso

AREAS IMPLICADAS	Macroproceso	Marzo	Abril	Mayo
OFICINA DE PERSONAL	GRH			x
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	DIR			x
OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD	GCA/MRA/ADA			x
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	MRA		x	
UNIDAD FUNCIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA				
UNIDAD FUNCIONAL DE LA GESTION DE RIESGOS Y DESASTRES	GSD			x
DEAEQ	GCP	x		
CONSULTORIO GENERALES	ATA		x	
HOSPITALIZACIÓN	ATH		x	
SERVICIO DE EMERGENCIA.	EMG		x	
CENTRO QUIRÚRGICO	ATQ		x	
DEIDEODT	INV/DOC		x	
DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	ADT	x		
UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	TCA	x		
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	GIN/ADA	x		
DEDPSSOPSO	TCA	x		
SERVICIO DE FARMACIA	GMD			x
CENTRO DE ESTERILIZACIÓN	DLDE	x		
SERVICIO SOCIAL.	MRS			x
SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.	MNP			x
OFICINA DE LOGÍSTICA	GIM			x
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES	DLDE/GEIF	x		

XIII. EQUIPO DE EVALUACION:

El equipo de acreditación del Instituto Nacional de Oftalmología y el equipo de evaluadores internos serán los encargados de llevar cabo la



implementación del presente plan de autoevaluación, apoyado por la Dirección Adjunta de la Institución.

- El equipo de acreditación fue aprobado con resolución directoral N°070-2025-INO-D
- El equipo de evaluadores internos fue aprobado por resolución directoral N°069-2025-INO-D
- Evaluador líder: M.E. Antonio Touzett Valera
- Equipo técnico: Ing. José Mendoza Paredes

XIV. ANEXOS:

- Anexo 01: Acta de conformidad de la aprobación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación
- Anexo 02: Resolución de Equipo de Acreditación
- Anexo 03: Resolución de Evaluadores Internos
- Anexo 04: Informe N°014-2021-RDZA-UFGCS-DVMPAS/MINSA



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL 2025 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Anexo 01: Acta de conformidad de la aprobación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA		ACTA DE REUNIÓN-05		Oficina de Gestión de la Calidad - Unidad Funcional de Servicios de la Calidad	
DATOS DEL EVENTO					
TEMA / ASUNTO:	Plan de Autoevaluación para la Acreditación Institucional				
EQUIPO:	Equipo de Evaluadores Internos				
FECHA:	2024/2025	HORA DE INICIO:	10:00	HORA DE TERMINO:	11:00
LUGAR / SALA VIRTUAL:	Oficina de Calidad				
CONVOCADO POR:	Oficina de Calidad				
ELABORADO POR:	Oficina de Calidad				
DATOS DE LOS PARTICIPANTES					
Nº	APellidos y Nombres	ROC	Unidad organizativa a la que pertenece		
1	Lic. Toulzet Valera Antonio Martín	Evaluador Exter	Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular	[Firma]	
2	Lic. TMO Sullón Cuchupoma José Luis	Evaluador Interno	Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular	[Firma]	
3	Lic. Enf. Amelia Audee Gabriel Barja	Evaluador Interno	Oficina de Gestión de la Calidad	[Firma]	
4	Lic. Enf. Julia Palomino Ortiz	Evaluador Interno	Oficina de Gestión de la Calidad	[Firma]	
5	Lic. Com. Alvarez Valverde Shirley Ysela	Evaluador Interno	Oficina de Gestión de la Calidad		
6	Lic. Com. Quevedo Saavedra Miguel	Evaluador Interno	Oficina de Comunicaciones	[Firma]	
7	Lic. SS Cruz Colantes Teresa de Jesús	Evaluador Interno	Servicio Social	[Firma]	
8	Mg. Liza Chanco Carlos Alberto	Evaluador Interno	Oficina de Epidemiología		
9	M. C. Paul Magno Chang Vera	Evaluador Interno	Oficina de Epidemiología	[Firma]	
10	Lic. Enf. Del Carmen Franco Rosa Marlene	Evaluador Interno	Oficina de Epidemiología		
11	Lic. Enf. Ivette Garay Soto	Evaluador Interno	Departamento de Enfermería	[Firma]	
12	Lic. Enf. Paola Camacho Cubas	Evaluador Interno	Departamento de Enfermería		
13	Lic. Enf. Mirza Ibarra Yancan	Evaluador Interno	Departamento de Enfermería	[Firma]	
14	Lic. Enf. Jocelyne Sifuentes Espinal	Evaluador Interno	Departamento de Enfermería	[Firma]	
15	Lic. Enf. Enka Noteno Condori	Evaluador Interno	Departamento de Enfermería	[Firma]	
16	Lic. Enf. Karla Palino Cadillo	Evaluador Interno	Departamento de Enfermería		
17	Lic. Dulanto Andrade Sandro Jorge	Evaluador Interno	Oficina de Estadística e Informática		
18	Lic. Yun Yirving Molina Ozejo	Evaluador Interno	Oficina de Estadística e Informática		
19	Bach. Chirinos Gómez Billy Joan	Evaluador Interno	Oficina de Personal	[Firma]	
20	MA. Mantilla Huertas Annette	Evaluador Interno	Servicio de Centro Quirúrgico		
21	Abog. Muñoz Gonzales Ricardo	Evaluador Interno	Oficina Ejecutiva de Planificación Estratégica	[Firma]	
22	Lic. TMO. Ramos Meléndez Guillermo	Evaluador Interno	Unidad Funcional de Gestión del Riesgo del Desastre		
23	Ing. Mendoza Paredes Jose Rodrigo	Evaluador Interno	Oficina de Gestión de la Calidad	[Firma]	
AGENDA					
Nº	TEMA	RESPONSABLE			
1	Aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación Institucional	Evaluadores Internos			
ACUERDOS - TEMAS TRATADOS					
Tipos de acuerdos: D= Definido / P = Proceso de elaboración / T = Tarea pendiente					



Anexo 02: Resolución de Equipo de Acreditación



Nº 070-2025-INO-D

Resolución Directoral

Lima, ... 10 de Abril del 2025

De conformidad con las normas contenidas en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, NTS Nº 050- MINSA/DGSP-V.02 - "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 447-2009/MINSA y modificado por Resolución Ministerial Nº 660-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- RECONFORMAR el Equipo de Acreditación 2025 para el proceso de Autoevaluación de la Acreditación MINSA del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos", quedando constituido de la siguiente manera:

Miembros	Cargo
Jefe(a) de la Oficina de Gestión de la Calidad	Presidente
Director (a) Ejecutivo (a) de la Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular	Secretario Técnico
Director (a) Ejecutivo (a) de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia Especializada en Oftalmología y Desarrollo de Tecnologías	Miembro
Director (a) Ejecutivo (a) de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología	Miembro
Director (a) Ejecutivo (a) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Miembro
Director (a) Ejecutivo (a) de la Oficina Ejecutiva de Administración	Miembro
Jefe(a) del Departamento de Enfermería	Miembro



Artículo 2º.- DISPONER que el Equipo de Acreditación 2025 cumpla con los compromisos de Mejora Ficha Nº 46 y los estándares de Calidad en la atención de Salud, y con la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Artículo 3º.- DEJAR sin efecto la Resolución Directoral Nº 066-2013-INO-D.

Artículo 4º.- DEJAR sin efecto la Resolución Directoral Nº 193-2022-INO-D.

Artículo 5º.- DISPONER que el área de Trámite Documentario proceda a notificar la presente Resolución Directoral a los miembros del Equipo de Acreditación 2025 y a los órganos o unidades orgánicas competentes, para conocimiento y cumplimiento.

Artículo 6º.- 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 cúmplase.

FATGVESS/SCV

Distribución:

- () Dirección General
- () Oficina de Gestión de la Calidad
- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () DEOSOPPSO
- () DEAEQ
- () Dpto. Enfermería
- () Oficina de Personal
- () DEI
- () Archivo

PERU
M.O. FELIX ANTONIO MARES COTRINA
Director de Instituto Especializado
C.M. 36355 RUC 11109

Anexo 03: Resolución de Evaluadores Internos



Nº 069-2025-INO-D

Resolución Directoral

Lima, 10 de Abril del 2025

Dirección Ejecutiva/ Departamento/ Oficina/Servicio/Unidad	Evaluadores Internos 2025 Apellidos y Nombres
Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular	M.E. Touzett Valera Antonio Martín (Evaluador Líder)
	Lic. TMO. Sullón Cuchupoma José Luis
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Abog. Muñoz Gonzales Ricardo Humberto
Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Gabriel Barja Amelia Alder
	Lic. Enf. Palomino Ortiz Julia
	Lic. Com. Álvarez Valverde Shirley Yissela
Oficina de Comunicaciones	Lic. Com. Quevedo Saavedra Miguel Humberto
Servicio Social	Lic. Trab. Social Cruz Collantes Teresa de Jesús
Oficina de Epidemiología	M.E. Lipa Chancolla Carlos Alberto
	M.C. Chang Vera Raúl Magno
	Lic. Enf. Del Carmen Francia Rosa Marlene
	Lic. Enf. Garay Soto Ivette Katherine
	Lic. Enf. Camacho Cubas Paola Lisbeth
	Lic. Enf. Ibarra Yancan de Villegas Mirtha
	Lic. Enf. Sifuentes Espinal Jocelyne Betsy
	Lic. Enf. Noteno Condori Erika Mercedes
Departamento de Enfermería	Lic. Enf. Paimo Cadillo Karla
	Lic. Dulanto Andrade Sandro Jorge
	Lic. Adm. Molina Ozejo Yuri Yrving
	Bach. Chirinos Gómez Billy Joan
	M.A. Mantilla Huertas Annette
	Lic. TMO. Ramos Meléndez Guillermo
Oficina de Estadística e Informática	
Oficina de Personal	
Servicio de Centro Quirúrgico	
Unidad Funcional de Gestión del Riesgo y Desastre	



Artículo 2°.- DISPONER que una vez que se encuentren debidamente notificados con la presente Resolución, el Evaluador Líder convoque a sesión de instalación del Equipo de Evaluadores Internos 2025, debiendo informar a esta Dirección General, del proceso, el monitoreo del grado de mantenimiento y mejora del cumplimiento de los criterios o estándares de acreditación.

Artículo 3°.- DEJAR sin efecto la Resolución Directoral N° 105-2024-INO-D.

Artículo 4°.- DISPONER que el área de Trámite Documentario proceda a notificar la presente Resolución Directoral a los profesionales mencionados en el Artículo 1° de la presente Resolución y a los órganos o unidades orgánicas competentes, para conocimiento y cumplimiento.

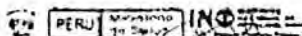
Artículo 5°.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia Estándar la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" www.ino.gob.pe

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

FATCN/ESS/SQV

Distribución:

- () Dirección General
- () Oficina de Gestión de la Calidad
- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () DEDSOPP50
- () DEAE0
- () Dpto. Enfermería



M.O. FELIX ANTONIO TORRES-COTRINA
Director de Instituto Especializado
CNP. 38356 HNL 17309

Anexo 04: Informe N°014-2021-RDZA-UFGCS-DVMPAS/MINSA



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Promoción y Atenciones en Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

La opinión técnica para la exclusión de criterios de evaluación fue procedente, en la medida que se concuerda con los sustentos presentados por el INO, para cada uno de los criterios.

Código	Sustento de exclusión de criterios - INO
AOA3-2	Las hospitalizaciones por patologías oftalmológicas son extremadamente raras y además no ameritanancias prolongadas (neuritis óptica, procedimientos especiales para confirmación de glaucoma, esotropías en casos excepcionales, entre otros pocos casos)
ATM7-3	Las complicaciones a eventos adversos derivados de hospitalizaciones por causas oftalmológicas son extremadamente raras, ya que no son prolongadas, como se menciona en el sustento de la anulación de criterio de evaluación ATM7-3. Podrían ocurrir caídas y sus respectivas consecuencias; a eventos no esperados como emergencias cardiológicas, convulsiones, complicaciones relacionadas a la diabetes y otro sinnúmero de condiciones las que serían atendidas por el médico de guardia en la emergencia del Instituto.
MRA1-4	La mortalidad por causas oftalmológicas es extremadamente rara en la actualidad, ya que condiciones como infecciones del globo ocular y sus anexos son controladas con antibióticoterapia a en casos extremos mediante la cirugía quirúrgica del globo ocular e incluso de sus anexos de ser necesario para evitar lapar y muerte. La mortalidad podría estar relacionada a los procedimientos anestésicos de tipo general, lo que ha ocurrido una vez en los últimos 20 años.
MRA2-4	Siendo las hospitalizaciones por causas oftalmológicas escasas y breves el riesgo de tromboembolismo pulmonar es extremadamente escaso
MRA2-7	Siendo las hospitalizaciones por causas oftalmológicas escasas y breves, el riesgo de exposición es extremadamente raro. Hasta la fecha no se ha registrado este tipo de evento adverso.
MRA3-1	Siendo las hospitalizaciones por causas oftalmológicas escasas, breves y en las que solo se usan catéteres venosos periféricos por periodos breves, el riesgo de infecciones asociadas al uso de catéteres es muy improbable

Fuente: Propuesta INO.

Según NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aprobada con RM N°456-2007/MINSA Pág.25 Responsabilidades, señala para la CNSA numeral 4. "Participa en la propuesta de nuevos estándares nacionales a solicitud de la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud" y para la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud numeral 5. "Define el enfoque, el alcance y el contenido de los estándares".

En tal sentido, se resuelve aprobar la exclusión de los criterios propuestos por el INO, quedando con treientos treinta y cinco (335) criterios de evaluación de los treientos cuarenta y uno (341) registrados en el Listado de Estándares.

III.- CONCLUSIONES

- 1) Se excluyen seis criterios de evaluación del Listado de Estándares para Acreditación del INO, por no corresponder a las funciones asignadas.
- 2) La exclusión de los seis criterios de evaluación del Listado de Estándares para Acreditación del INO, es procedente para garantizar una calificación efectiva del desempeño Institucional.

IV.- RECOMENDACIONES

Se sugiere a la Coordinación de la UFGCS:

- 1) Socializar a las Instancias Involucradas sobre la exclusión de seis criterios de evaluación y la nueva configuración de criterios de evaluación del Listado de Estándares del INO.



V. SANTOS S.

XV. BIBLIOGRAFIA

- NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada por Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA.
- "Listado de Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud Categoría III-2", aprobada por Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA

