



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"



Dra. Carmen Cifuentes G.

Resolución Directoral

Bellavista, 03 de ENERO del 2011.

Visto el expediente N°000033 e informe N°013-2011-OEPE-INR, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

CONSIDERANDO:

Que, es misión del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" lograr el liderazgo a nivel nacional e internacional en el desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud; así como en la asistencia altamente especializada a los pacientes que la requieran e incrementar y sistematizar la interrelación científica internacional en el campo de la rehabilitación;

Que, los objetivos estratégicos institucionales, están encausados a lograr, entre otros aspectos el desarrollo de una gestión institucional eficiente y eficaz que permita la coordinación multi e intra sectorial, orientada al desarrollo integral de las personas con discapacidad; así mismo a fomentar la participación comunitaria promoviendo programas de prevención y ampliar la cobertura de atención con énfasis a los pacientes de mediana y alta complejidad de la especialidad;

Que, es interés de la gestión contar con un sistema o instrumento de medición de las actividades administrativas y asistenciales; para evaluar la marcha institucional a efectos de lograr las metas y objetivos programados en función de la visión, misión y estrategias establecidas;

Que, en tal sentido, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, con la finalidad de contar con una herramienta de gestión que permita establecer el diagnóstico, análisis de las desviaciones; para lograr las metas y objetivos propuestos y facilitar la toma de decisiones de la Alta Dirección, ha elaborado el documento técnico denominado "Tablero de Mando III-2 Nivel Táctico Operativo";

Que, el citado documento técnico, ha sido revisado por la Sub Dirección General del Instituto Nacional de Rehabilitación; por lo que resulta pertinente oficializar su aprobación e implementación;

De conformidad con la Ley N°26842, Ley General de Salud, Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N°826-2005/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las atribuciones conferidas;

Estando a lo informado; y

Con la visación de la Sub Dirección General, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento técnico denominado "TABLERO DE MANDO III-2 NIVEL TÁCTICO OPERATIVO" del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", que consta de Treinta (30) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.

..//



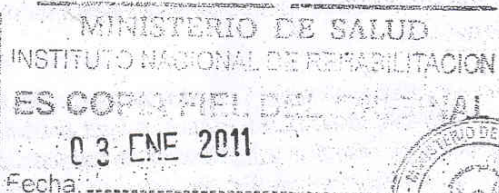


Dra. Carmen Cárdenas G. /

Artículo 2º.- Disponer la implementación del documento técnico aprobado, en el ámbito institucional, bajo el monitoreo y control de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".

Artículo 3º.- Comprometer el involucramiento corporativo de los responsables de las diferentes unidades orgánicas y el personal que las integran; para la labor de ejecución de las actividades programadas, seguimiento de las metas establecidas y la correspondiente evaluación; para impulsar el desarrollo institucional.

Artículo 4º.- Notificar la presente resolución a las instancias administrativas y asistenciales; para los fines correspondiente.



Regístrese y Comuníquese,

Dr. FERNANDO URCIA FERNANDEZ
Director General
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
CMP N° 16500 RNE N° 6819

FAUF/EC.
R.D.075-2011
c.c. Unidades orgánicas
Responsable de la Pag. Web



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"Dra. Adriana Rebaza Flores"

TABLERO DE MANDO III - 2

NIVEL TÁCTICO OPERATIVO

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

ENERO 2011

PRESENTACION



Dr. Fernando Urcia F.

El Cuadro de Mando Integral tiene sus inicios por el año 1990, a raíz de los estudios realizados por Kaplan & Norton en un grupo de empresas en la década de los años '80, buscando nuevas formas de evaluar el desempeño empresarial, para ello tomaron las perspectivas financiera, del cliente, de procesos y de aprendizaje. Desde este enfoque; en salud se han realizado aproximaciones, las cuales se pueden apreciar de mejor manera si tomamos en cuenta el enfoque sistémico, el cual se caracteriza por contar con la secuencia de entradas, procesos y salidas o resultados.

En este escenario encontramos en las entradas los siguientes componentes: insumos, recursos, datos, indicadores. En los procesos nos hallamos frente a los procedimientos o actividades. En las salidas contamos con el Tablero de Mando o el Plan de Acción, también conocido como Plan Operativo Anual.

En la perspectiva de salud se ha considerado conveniente que las áreas e indicadores que se monitorean el Tablero de Mando se encuentre conformado por:

- 1.- Conducción; necesario para monitorizar la organización y capacidad de gestión institucional, asimismo para garantizar el trabajo en un sistema integrado de información.
- 2.- Eficiencia para la gestión de recursos humanos, tecnológicos, financieros y administrativos.
- 3.- Calidad de atención, priorizando estrategias para la satisfacción del usuario interno y externo.
- 4.- Equidad en el acceso a la atención, promoviendo un sistema de referencia y contrarreferencia.
- 5.- Eficacia de la atención, garantizando el cumplimiento de estándares en los indicadores hospitalarios y la cobertura de medicamentos.
- 6.- Acciones según objetivos funcionales, como es el desarrollo de acciones de enseñanza e investigación.

Como se puede apreciar las áreas abarcan las acciones tácticas a monitorizarse durante el presente año, asimismo existen herramientas que ayudan a mejorar este seguimiento a través de unos check list descritos al final del presente documento.

Asimismo cabe resaltar que cada una de las actividades son asignadas a las respectivas Unidades Orgánicas, las cuales son responsables de su estricto cumplimiento, asimismo estarán a cargo del seguimiento y/o en el periodo que corresponda y se indique en el presente documento. Para fortalecer el mencionado monitoreo las Unidades Orgánicas reportarán los logros alcanzados de manera semestral (o según corresponda) a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

LA DIRECCIÓN GENERAL



TABLERO DE MANDO III -2 NIVEL TACTICO OPERATIVO

N°	ACCION TACTICA	EVIDENCIA	INDICADOR	ESTANDAR	Criterios	Puntaje
1.- CONDUCCION						
1.1 DESARROLLA CAPACIDAD DE GESTION INSTITUCIONAL						
1.1.1	El Instituto cuenta con el ASIS del año 2009	ASIS del año 2009, difundido y con Resolución Directoral	ASIS con R.D.	1 vez / año	Cuenta con el Asis del año 2009, difundido y con Resolución Directoral	2
1.1.2	El ASIS identifica las principales necesidades de salud del Instituto por etapas de vida según las prioridades de la demanda	ASIS con necesidades identificadas	ASIS con R.D.	1 vez / año	ASIS 2009 en elaboración. No tiene el ASIS 2009	1 0
1.1.3	El Instituto cuenta con Plan Estratégico vigente, aprobado y enmarcado en las Políticas Nacionales	Plan Estratégico y documento de verificación de la distribución a las Unidades Orgánicas	Plan Estratégico aprobado con Resolución Directoral	1 vez / 4 años	Identifica las necesidades según prioridades de demanda y por etapas de vida Sólo se han identificado algunas necesidades No se identifica	2 1 0
1.1.4	El Instituto cuenta con Plan Operativo, demuestra su difusión a sus Oficinas y UPS, cuenta con la evaluación e informe del último trimestre	Plan Operativo difundido a sus Oficinas y UPS	Plan Operativo aprobado con Resolución Directoral	1 vez / año	Plan Estratégico aprobado con RD y demuestra su distribución a sus Oficinas y UPS Plan Estratégico que no cuenta con RD, No cuenta con Plan Estratégico	2 1 0
1.1.5	El Instituto cuenta con Plan Operativo ejecutado a la fecha.	Plan Operativo Institucional, informes de Unidades Orgánicas	Actividades ejecutadas / actividades programadas X 100	Más del 80%	Plan Operativo, demuestra su distribución a sus Oficinas y UPS y cuenta con la evaluación del último trimestre Plan Operativo elaborado, sin distribución a Oficinas y UPS pero cuenta con la evaluación presupuestal del último trimestre Plan Operativo, sin distribución a sus UPS y sin evaluación presupuestal del último trimestre POI con un cumplimiento de metas programadas a la fecha mayor a 80 % POI con un cumplimiento de metas programadas a la fecha entre 60 a 80% POI con cumplimiento de metas programadas a la fecha en menos del 60 %	2 1 0 2 1



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

1.2 ESTÁ ORGANIZADO PARA LA CONDUCCIÓN INSTITUCIONAL

1.2.1	El Instituto cuenta con equipo de gestión formalmente constituido y funcionando	RD de Equipo de Gestión y libro de Actas	Equipo de Gestión y N° de reuniones	2 reuniones / mes	RD de Equipo de Gestión, cuenta con el libro de Actas y en el mismo se constata 2 reuniones al mes	2
1.2.2	El Instituto cuenta con ROF actualizado y difundido	ROF con R.M.	Documento actualizado y difundido	Más del 80% de difusión	RD de Equipo de Gestión, cuenta con el libro de Actas y se reúnen 1 sola vez al mes No cuenta con RD así se constata las reuniones Cuentan con ROF aprobado con R.M., difundido y actualizado en los últimos 5 años	1 0 2
1.2.3	El Instituto cuenta con CAP actualizado y difundido	CAP con R.M.	Documento actualizado y difundido	Más del 80% de difusión	Cuentan con ROF aprobado con R.M., actualizado en los últimos 5 años No cuentan con ROF aprobado con R.M. Cuentan con CAP aprobado con R.M., difundido y actualizado en los últimos 5 años	1 0 2
1.2.4	El Instituto cuenta con MOF actualizado y difundido	MOF con R.D.	Documento actualizado y difundido	Más del 80% de difusión	Cuentan con CAP aprobado con R.M., actualizado en los últimos 5 años No cuentan con CAP aprobado con R.M. Más del 80% de Unidades Orgánicas cuentan con MOF aprobado con R.D., difundido y actualizado en los últimos 5 años	1 0 2
1.2.5	El Instituto cuenta con MAPRO actualizado y difundido	MAPRO con R.D.	Documento actualizado y difundido	Más del 80% de difusión	Entre el 50% y el 80% de Unidades Orgánicas cuentan con MOF aprobado con R.D., difundido y actualizado en los últimos 5 años Menos del 50% de Unidades Orgánicas cuentan con MOF aprobado con R.D., difundido y actualizado en los últimos 5 años Más del 80% de Unidades Orgánicas cuentan con MAPRO aprobado con R.D., difundido y actualizado en los últimos 5 años	1 0 2
1.2.6	El Instituto cuenta con comités instalados y operativos	Libros de actas Check list N° 01	Comités realizan acuerdos y lo cumplen	Actas de reunión	Entre el 50% y el 80% de Unidades Orgánicas cuentan con MAPRO aprobado con R.D., difundido y actualizado en los últimos 5 años Menos del 50% de Unidades Orgánicas cuentan con MAPRO aprobado con R.D., difundido y actualizado en los últimos 5 años El 80% de Comités se reúnen y cumplen actividades acordadas	0 2 1



Dra. PEREZ



Dr. Fernando Urcia F.

1.2.7	El Instituto cuenta con un Instrumento de monitoreo y evaluación de la gestión implementado	Resolución Directoral e informes	Instrumento de monitoreo	4 / año	El Instituto cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación implementado con RD y cumple su plan de trabajo en más del 80%	2
					El Instituto cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación implementado con RD, y cumple su plan de trabajo en menos del 80%	1
					No cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación	0



Dra. PEREZ



Dr. Fernando Urcia F.

1.3 ESTÁ ORGANIZADO PARA ENFRENTAR EMERGENCIAS Y DESASTRES

1.3.1	El Instituto cuenta con plan de emergencias y desastres de acuerdo a lo dispuesto por la OGDN	Plan de emergencias y desastres aprobado con Resolución Directoral	Plan aprobado y difundido	1 / año	Cuentan con el plan aprobado y se ha distribuido a las UPS Cuenta con el Plan no aprobado y sin distribución. No cuentan con Plan de emergencias y desastres	2 1 0
1.3.2	El Instituto cuenta con brigadistas preparados y organizados con indumentaria apropiada.	Brigadas constituidas y acreditadas según normas vigentes Check List N° 02 A	Resolución Directoral	1 / año	Cuenta con los 4 requisitos Cuenta con tres de los requisitos Cuenta dos o menos de los requisitos	2 1 0
1.3.3	El Instituto cuenta con diagnóstico de vulnerabilidad según la norma vigente.	Informe	Dx Vulnerabilidad	1 / año	Cuenta con el informe del diagnóstico de vulnerabilidad El Diagnóstico está en proceso No tiene diagnóstico	2 1 0
1.3.4	El Instituto cuenta con señalización de áreas de seguridad y escape	Visita Check List N° 02 B	N° de ítems que se cumplen	5 -6 ítems	Cuenta con los 5 o 6 requisitos Cuenta con 4 de los requisitos Cuenta con menos de 3 requisitos	2 1 0
1.3.5	El Instituto dispone de sistema o equipos contra incendios operativos	Visita Check List N° 02 C	N° de ítems que se cumplen	5 -6 ítems	Cuenta con los 5 o 6 requisitos Cuenta con 4 de los requisitos Cuenta con menos de 3 requisitos	2 1 0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

1.4 TRABAJA EN UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN

1.4.1	El Instituto cuenta con un sistema de información integrado y automatizado	Check List N° 03	N° de ítems que se cumplen		Cuenta con 7 u 8 requisitos	2
					Cuenta entre 5 a 6 de los requisitos	1
					Cuenta con menos de 4 de los requisitos	0
1.4.2	La institución realiza difusión de la información	Check List N° 04	N° de ítems que se cumplen	7-8 ítems	Cuenta con 7 u 8 requisitos	2
					Cuenta entre 5 a 6 de los requisitos	1
					Cuenta con menos de 4 de los requisitos	0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcía F.

2. EFICIENCIA DE LA GESTION

2.1 DESARROLLA EFICIENTEMENTE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

2.1.1	Cuenta con un plan anual de incentivos laborales y lo implementa	Plan RD Informes	Plan	1 / año	Cuenta con el plan y esta desarrollandose de acuerdo a lo programado	2
					Cuenta con el plan, pero no esta desarrollandose de acuerdo a lo programado	1
					No cuenta con plan	0
2.1.2	Cuenta con el registro de evaluación de personal del hospital de cada UPS	Registro Informes	Evaluacion del registro	1 / año	Informe de evaluación de todo el personal (nombrado y contratado) del hospital por cada UPS	2
					Evaluacion desactualizada	1
					No realiza la evaluacion	0
2.1.3	Cuenta con Plan anual de capacitaciones y lo ejecuta.	Plan e Informe de avances	capacitaciones realizadas / capacitaciones programadas X 100	mas del 80 %	Cumple con mas del 80% de lo establecido en su plan	2
					Cumple 60 y el 80% de lo establecido	1
					Cumple con menos del 60%	0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

2.2 DESARROLLA EFICIENTEMENTE LA GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

2.2.1	El Instituto a realizado el inventario y diagnostico tecnologico de sus UPS	Informe Inventario por UPS Diagnostico del equipo medico	Inventario y Dx de equipos	1 / año	Cuenta con inventario del 2007 por UPS y con el diagnostico de los equipo medicos	2
					Cuenta con el inventario del 2007 pero sin diagnostico de los equipos medicos	1
					No cuenta con inventario 2007	0
2.2.2	El Instituto cuenta con un plan de reemplazo, reposicion y desarrollo tecnologico y se ejecuta.	Plan Informe	metas ejecutadas del plan / metas programadas del plan X 100	mas del 80%	Plan de reemplazo, reposicion y desarrollo tecnologico aprobado y ejecutado mas del 80% de las metas programadas.	2
					Plan de reemplazo, reposicion y desarrollo tecnologico aprobado y ejecutado entre el 50 y 80% de las metas programadas.	1
					No cuenta con plan de reemplazo o esta ejecutado en menos del 50% de las metas programadas.	0
2.2.3	El Instituto cuenta con plan de baja de equipamiento tecnologico	Plan Informe	metas ejecutadas del plan / metas programadas del plan X 100	mas del 80%	Plan de baja de equipamiento tecnologico aprobado y ejecutado en mas del 80% de sus actividades programadas.	2
					Plan de baja de equipamiento tecnologico aprobado y ejecutado entre el 50 y 80% de las metas programadas.	1
					No cuenta con plan de baja o esta ejecutado en menos del 50% de las metas programadas.	0
2.2.4	El Instituto cuenta con plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos medicos	Plan e Informe	metas ejecutadas del plan / metas programadas del plan X 100	mas del 80%	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos medicos y ejecutado en mas del 80% de las actividades	2
					Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos medicos y esta ejecutado entre 50 y 80% de las actividades	1
					No cuenta con Plan o esta ejecutado en menos del 50% de las actividades programadas.	0



Dr. Fernando Urcia F.



Dra. PEREZ

2.3 DESARROLLA EFICIENTEMENTE LA GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

2.3.1	El Instituto cuenta con unidad o equipo de costos	RD MOF de la Oficina de Planeamiento	unidad o equipo de costos	1	Existe una unidad o equipo de costos y presenta documentación de su trabajo	2
					Existe una unidad o equipo de costos pero no presenta documentación de sus intervenciones	1
					No tiene centro de costos	0
2.3.2	Ejecución presupuestal	Reporte (SIS, RO, RDR, encargos)	Porcentaje de ejecución presupuestal	mas del 80%	Ejecucion presupuestal en mas del 80%.	2
					Ejecucion presupuestal entre el 50 a 80%	1
					Ejecucion presupuestal en menos del 50%.	0
2.3.3	Eficiencia del Gasto	Informe	gasto por meta programada durante un periodo / cantidad de meta obtenida durante un periodo	1 / 3 meses	Cuenta con informes mensuales que se han presentado en las reuniones del Equipo de Gestion	2
					No se presentan mensuales	1
					No realiza evaluacion en el equipo de gestion	0
2.3.4	El Instituto cuenta con tarifario actualizado de acuerdo a politica tarifaria nacional	Informe RD Tarifario	Tarifario	1 / año	Tarifario actualizado de acuerdo a la normatividad nacional aprobado por RD y difundido en un lugar visible	2
					Tarifario actualizado de acuerdo a la normatividad nacional aprobado por RD pero no difundido en un lugar visible	1
					No cuenta con Tarifario	0



Dra. PEREZ



Dr. Fernando Urcia F.

2.4 DESARROLLA EFICIENTEMENTE LA GESTIÓN LOGÍSTICA

2.4.1	El Instituto cuenta con cuadro de necesidades elaborado en base a metas de producción basadas en la demanda y lo ejecuta.	RD PAAC	metas ejecutadas del plan / metas programadas del plan X 100	mas del 80%	Cuenta con PAAC y de acuerdo al POI ejecutado en mas del 80% de las actividades programadas.	2
2.4.2	El Instituto cuenta con almacenos generales que cumplen las normas de BPA	Check List N° 05	N° de items que se cumplen	mas del 80%	Cuenta con el PAAC y su ejecucion esta entre el 50 a 80% de las metas programadas. Cuenta con el PAAC y su ejecucion es menos del 50 de las metas programadas.	1 0
2.4.3	El Instituto cuenta con el informe de procesos de adquisición y contratación ejecutados	Informe - Reporte SEACE	informe	1 / mes	Cumple en mas del 80% de la hoja de Check list Cumple entre el 50 al 80% de la hoja de Check list Cumple en menos del 50%	2 1 0
2.4.4	El Instituto cuenta con stock de seguridad de los 15 insumos mas usados	Informe	N° de stocks de insumos	14	Informe de procesos de adquisición y contratación ejecutados elaborado Informe de procesos de adquisición y contratación ejecutados en elaboracion No tiene un informe de procesos de adquisición y contratación ejecutados Cuenta con stock de seguridad entre 14 y 15 insumos mas usados Cuenta con stock de seguridad entre 12 y 11 y 13 insumos mas usados Cuenta con stock con menos de 10 de los insumos	2 1 0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

3. CALIDAD DE ATENCION

3.1 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

	El Instituto cuenta con el comité de Infecciones intrahospitalarias y ejecuta su plan de trabajo	Resolución Directoral, Plan de trabajo y Libro de Actas	metas ejecutadas del plan / metas programadas del plan X 100	mas del 80%	El comité esta oficializado y se reúne mensualmente y cumple su plan de trabajo en mas del 80%	2
3.1.1					Se reúne mensualmente y cumple su plan de trabajo entre el 60 y 80%	1
					No se reúnen mensualmente o cumple menos del 60% de su plan de trabajo	0
3.1.2	El Instituto realiza vigilancia activa de IIH y notifica frecuentemente	Notificación de la vigilancia de IIH	N° notificaciones / mes	4 / mes	Realiza las notificaciones en forma semanal y presenta el informe de la ultima semana	2
					Realiza las notificaciones en forma mensual y presenta el informe de la ultima semana	1
					No Realiza las notificaciones en forma semanal ni mensual	0
3.1.3	El Instituto maneja los residuos sólidos en forma apropiada	Check List N° 06	N° de items que se cumplen	mas del 80%	Cumple con mas del 80% de la hoja de Check list	2
					Cumple entre 60 y 80% de lo establecido	1
					Cumple con menos del 60%	0
3.1.4	El Instituto realiza procedimientos de desinfección de acuerdo a norma	Check List N° 07	N° de items que se cumplen	mas del 80%	Cumple con mas del 80% de la hoja de Check list	2
					Cumple entre 60 y 80% de lo establecido	1
					Cumple con menos del 60%	0
3.1.5	El Instituto realiza procedimientos de esterilización de acuerdo a norma	Check List N° 08	N° de items que se cumplen	mas del 80%	Cumple con mas del 80% de la hoja de Check list	2
					Cumple entre 60 y 80% de lo establecido	1
					Cumple con menos del 60%	0



Dra. PEREZ



Dr. Fernando Urcia F.

3.2 LA INSTITUCION DESARROLLA PROCESOS DE ACREDITACION

3.2.1	El Instituto cuenta con equipo evaluador interno y Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral, Libro de Actas o informes	equipo, plan de autoevaluación	1	El equipo esta conformado oficialmente y demuestran avances de su trabajo	2
3.2.2	El Instituto ha desarrollado la autoevaluación de acuerdo a estándares establecidos en NT y al Plan de Trabajo	Informe de avances	informe de autoevaluación	1	El equipo evaluador esta conformado oficialmente, pero no muestra avances de su trabajo	1
					El equipo evaluador no esta conformado oficialmente	0
					Presenta el informe final de la autoevaluación	2
					La autoevaluación está en proceso	1
					No ha realizado la autoevaluación	0

3.3 LA INSTITUCION DESARROLLA ESTRATEGIAS PARA LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS

3.3.1	Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.	Informe	N° de usuarios internos encuestados satisfechos x 100 / Total de usuarios internos encuestados	mas del 80%	Satisfacción mas del 80%	2
3.3.2	Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.	SEEUS	Índice Global de Insatisfacción de las personas con discapacidad	Menor a 0,08	Satisfacción entre el 50 al 80%	1
3.3.3	Los establecimientos cuentan con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias	Visita, rol de trabajo, informes	N° de quejas resueltas x 100 / N° de quejas recibidas	Más del 70%	Satisfacción menos del 50% o no cuenta con encuesta de satisfacción	0
3.3.4	El Instituto cuenta con hojas de consentimiento informado para procedimientos especiales o pruebas riesgosas que puedan afectar su salud física o mental	informe y formatos	Consentimiento informados	1 por c/ procedimiento	Índice de insatisfacción de valor alto: < 0,20	2
					Índice de insatisfacción de valor medio: $0,08 < x < 0,20$	1
					Índice de insatisfacción de valor bajo: < 0,08	0
					El Instituto resuelve mas del 70% de las quejas recibidas	2
					El Instituto resuelve entre el 50% y 70% de las quejas recibidas	1
					El Instituto resuelve menos del 50% de las quejas recibidas	0
					El Instituto cuenta con formatos de consentimientos informados para todos los procedimientos especiales.	2
					El Instituto cuenta con formatos de consentimientos informados pero no para todos los procedimientos especiales.	1
					El Instituto NO cuenta con formatos de consentimientos informados.	0



Dra. PÉREZ

Dr. Fernando Urcia F.

3.4 VERIFICA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

3.4.1	Cuenta con Plan de Gestión de la Calidad y lo ejecuta	Resolución Directoral	Plan aprobado y difundido	Más del 80%	Cuenta con el plan y muestra evidencias de su implementación, ejecución mayor al 80% de las metas programadas.	2
3.4.2	Cuenta con Plan de Auditoría Clínica y lo ejecuta.	Resolución Directoral Libro de Actas, informes	Porcentaje de ejecución del plan de auditoría clínica.	Más del 80%	Cuenta con el plan y muestra evidencias de su implementación, ejecución mayor al 80% de las metas programadas.	2
3.4.3	El Instituto constituye y formaliza Comités de Gestión de la Calidad en las Unidades Orgánicas	Informe de avances	N° de Unidades Orgánicas que cuentan con Comités implementados / Total de Unidades Orgánicas	Más del 80%	Cuenta con el plan y muestra evidencias de su implementación, ejecución entre el 50 al 80% de las metas programadas.	1
3.4.4	El Instituto cuenta con Procesos de Mejora Continua implementados	Resolución Directoral	N° de Unidades Orgánicas que cuentan con Procesos de Mejora Continua implementados / Total de Unidades Orgánicas programadas para la implementación de Procesos de Mejora Continua	Más del 80%	No cuenta con el plan o ejecución menor al 50% de las metas programadas.	0
3.4.5	El Instituto cuenta con mejora de tiempos y movimientos	Informe	N° de Unidades Orgánicas con mejora de tiempos y movimientos / Total de Unidades Orgánicas	Más del 70%	El Instituto cuenta con más del 75% de Comités implementados	2
					El Instituto cuenta entre el 50% y el 75% de Comités implementados	1
					El Instituto cuenta con menos del 50% de Comités implementados	0
					Cuenta con más del 80% de PMC implementados	2
					Cuenta entre el 50% y 80% de PMC implementados	1
					Cuenta con menos del 50% de PMC implementados	0
					Más del 70% de de Unidades con mejora de tiempos y movimientos	2
					Entre el 40% y 70% de Unidades con mejora de tiempos y movimientos	1
					Menos del 40% de Unidades con mejora de tiempos y movimientos	0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

3.5 DESARROLLA CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DE SUS UPS

	Las Unidades Orgánicas implementan su Plan de actividades y los ejecuta	Plan Operativo por Unidades Orgánicas	Actividades del plan ejecutadas / Actividades del plan programadas	Más del 80%	Más del 80% de ejecución de actividades respecto a las metas programadas.	2
3.5.1					Entre el 50% y el 80% de ejecución de actividades respecto a las metas programadas.	1
					Menos del 80% de ejecución de actividades respecto a las metas programadas.	0
					Más del 80% de guías de práctica clínica elaboradas	2
3.5.2	El Instituto cuenta con guías de práctica clínica de los daños trazadores aprobados en R.D. 092-2009-SA-DG-INR	Guías	N° de guías de práctica clínica elaboradas / N° de guías de práctica clínica programadas según los daños trazadores	Más del 80%	Entre el 50% y 80% de guías de práctica clínica elaboradas	1
					Menos del 50% de guías de práctica clínica elaboradas	0
					El Instituto cuenta con más del 80% de las Unidades Orgánicas con manuales realizados	2
3.5.3	Las Unidades Orgánicas se organizan normalizando los procesos de atención a través de manuales de procesos y procedimientos	Informe de identificación, manuales de procedimientos	N° de Unidades Orgánicas con manuales realizados / N° de Unidades Orgánicas programadas con manuales necesarios	Más del 80%	El Instituto cuenta entre el 50% y el 80% de las Unidades Orgánicas con manuales realizados	1
					El Instituto cuenta con menos del 50% de las Unidades Orgánicas con manuales realizados	0
					Más del 80% de aprobación de guías de procedimientos médicos en el Instituto	2
3.5.4	Los Departamentos cuentan con guías de los procedimientos médicos más frecuentes	Guías	N° de guías de procedimientos médicos aprobados / N° de guías de procedimientos médicos programados	mas del 80%	Entre el 50% y el 80% de aprobación de guías de procedimientos médicos en el Instituto	1
					Menos del 50% de aprobación de guías de procedimientos médicos en el Instituto	0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

4. EQUIDAD EN EL ACCESO A LA ATENCION

4.1 DESARROLLA CAPACIDADES PARA ATENCION DE POBLACION EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA

4.1.1	Cuenta con Servicio Social y personal específico para apoyar a los pacientes en situación de pobreza y extrema pobreza	Fichas de Evaluación Socio Económica	N° de pacientes evaluados con Ficha Socio Económica / N° de pacientes que tienen alguna exoneración en Servicio Social	Más del 80%	Más del 80% de pacientes evaluados con Ficha Socio Económica	2
4.1.2	El Instituto está organizada para brindar prestaciones de salud a pacientes referidos de acuerdo a su capacidad resolutive	Flujogramas, Horarios, Requisitos y Coberturas de Atención Visibles y en lugar adecuado	N° de Documentos de verificación	4 doc.	Cuenta con todos los documentos mencionados	2
4.1.2					Cuenta con solo tres de los documentos	1
4.1.2					Cuenta con solo dos o menos de los documentos	0

4.2 TRABAJA EN LA CONSOLIDACION DE UN SRCR IMPLEMENTADO

4.2.1	El Instituto cuenta con un área u oficina responsable de referencia y contrarreferencia implementada	Visita y RD	Área de referencias y contrarreferencias implementadas	1	Cuenta con responsable de SRCR y se encuentra implementado	2
4.2.2	El Instituto cuenta con información para el funcionamiento del SRCR	Check List N° 09	N° de items que se cumplen	7 a 10	Cuenta con responsable de SRCR pero no está implementado	1
4.2.3	El Instituto evalua el funcionamiento del SRCR	Informe y Reporte de Indicadores de RCR	N° de contrarreferencias / N° referencias	mas del 80%	No cuenta con lugar	0
4.2.3					Cumple más de 7 items de la hoja de Check list	2
4.2.3					Cumple más entre 5 y 6 items de la hoja de Check list	1
4.2.3					Cumple con menos de 5 items de la hoja de Check list	0
4.2.3					Porcentaje de contrarreferencias y referencias mas del 80%.	2
4.2.3					Porcentaje de contrarreferencias y referencias entre 50 y 80%.	1
4.2.3					Porcentaje de contrarreferencias y referencias menos del 50%.	0



Dr. Fernando Urcia F.



Dra. PÉREZ

5. EFICACIA DE LA ATENCION

5.1 DESARROLLA LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONTAR CON LOS MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

	Utiliza tarjeta de control visible y actualizada	Tarjeta de Control Visible, visita	Tarjeta de control	1	Cumple con la utilización adecuada y actualizada de la Tarjeta de Control visible	
					Cumple con algunos requisitos de la utilización adecuada de la Tarjeta de Control visible	2
5.1.2					No Cuenta / No se encuentra actualizada la Tarjeta de Control visible	0
5.1.3	El Instituto cuenta con Inventario físico actualizado de los medicamentos	Acta de Inventario	Inventario	1	Inventario de medicamentos actualizado	2
					Inventario de medicamentos no actualizado	1
					No cuenta con Inventario de medicamentos	0
5.1.4	El Instituto cuenta con los Informes mensuales de movimientos de productos	Informe de Consumo Integrado (ICI)	Archivo vigente	1	Cuenta con Archivo vigente de ICI	2
					Cuenta con Archivo incompleto de ICI	1
					No cuenta con Archivo de ICI	0
5.1.5	El Instituto realiza el monitoreo del uso de receta única estandarizada (RUE) y el uso de la denominación genérica	Archivo de RUE (Servicio de Farmacia)	N° de recetas únicas estandarizadas	N° de recetas	Cuenta con Archivo vigente de RUE	2
					Cuenta con Archivo incompleto de RUE	1
					No cuenta con Archivo de RUE	0
5.1.6	El Instituto verifica que el stock de medicamentos que son adquiridos directamente, este en los rangos normales	Informe SISMED	Porcentaje de medicamentos	mas del 80%	El Mas del 80% de sus medicamentos se encuentran en stock normal	2
					Entre el 60 al 80% de medicamentos se encuentran en stock normal	1
					Menos del 60% de medicamentos se encuentran en stock normal	0
5.1.7	El Instituto cuenta con un registro de medicamentos vencidos o deteriorados	Verificación de stock físico, Registro	Medicamentos vencidos o deteriorados / Medicamentos en total. X 100	menos 5%	Porcentaje de medicamentos vencidos o deteriorados en menos del 5%.	2
					Porcentaje de medicamentos vencidos o deteriorados entre el 5 a 10%.	1
					Porcentaje de medicamentos vencidos o deteriorados en más del 10%.	0



5.2 INDICADORES HOSPITALARIOS

5.2.1	Rendimiento horas medico	Informes	N° de Consultas Medicas / Total de Horas Medicas Efectivas	1.5	1.0 a 2.0	2
					0.5 a 1.0	1
					Fuera de los dos rangos	0
					0.8 a 1.2	2
					0.5 a 0.7	1
					Fuera de los dos rangos	0
5.2.2	Ex laboratorio / Consultas	Informes	N° de Exámenes Laboratorio realizados / N° Total de Consultas Medicas	1		
					Menos a 2%	2
					Entre 2% a 4%	1
					Más del 4%	0
5.2.3	Tasa de prevalencia puntual de IIH	Informes	N° de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias / N° de Egresos en el mismo periodo X 100	4%		



Dra. PEREZ



Dr. Fernando Urcia F.

6. ACCIONES SEGÚN OBJETIVOS FUNCIONALES

6.1 DESARROLLA ACCIONES DE ENSEÑANZA EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA

6.1.1	El Instituto realiza actualización y capacitación de los Profesionales de la Salud en el área de competencia según lo programado.	Plan de actualización y capacitación	Plan	1	Los profesionales de la salud cumplen el Plan de Actualización y Capacitación según lo programado	2
					Los profesionales de la salud cumplen el Plan de Actualización y Capacitación pero no según lo programado	1
					Los profesionales de la salud NO cumplen el Plan de Actualización y Capacitación	0
6.1.2	El Instituto cuenta con Convenios actualizados para la docencia en post grado	Convenios	Convenios actualizados y vigentes	1	El Instituto cuenta con Convenios vigentes y actualizados en los últimos 3 años	2
					El Instituto cuenta con Convenios vigentes pero no actualizados en los últimos 3 años	1
					El Instituto no cuenta con Convenios vigentes y actualizados en los últimos 3 años	0
6.1.3	El Instituto cuenta con un centro de documentación y es accesible a los usuarios	Centro de Documentación	Centro de Documentación adecuado y accesible	1	Cuenta con centro de documentación y es accesible	2
					Cuenta con centro de documentación y NO es accesible	1
					No cuenta con centro de documentación	0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.

6.2 DESARROLLO INVESTIGACIONES QUE INNOVAN LAS TECNOLOGIAS SANITARIAS

6.2.1	Ha definido sus politicas de Investigacion, prioridades de Investigacion, los articula con las prioridades nacionales y los plasma en un Plan de Investigacion Anual.	Plan de investigaciones Informes de avances	Plan, Informe	1 de c/u por año	El Instituto presenta su Plan anual de investigaciones y demuestra su cumplimiento según lo programado	2
					El Instituto presenta su Plan anual de investigaciones y demuestra su cumplimiento pero no según lo programado.	1
					El Instituto NO presenta su plan anual de investigaciones	0
					Cumple con mas del 80% de la lista	2
6.2.2	El Instituto cuenta con una estructura orgánica, tecnologica, financiamiento y marco normativo necesarios para el desarrollo de investigaciones.	Check List N° 11	N° de items que se cumplen	mas del 80 %	Cumple entre el 50 y 80% de la lista	1
					Cumple con menos del 50% de la lista	0
					Proyectos de Investigación aprobados en más del 70% de lo programado	2
6.2.3	El Instituto desarrolla Investigaciones en el ámbito de su especialidad	Proyectos de Investigación aprobados	N° de Proyectos de Investigación aprobados / N° de Proyectos de Investigación programados	mas del 80 %	Proyectos de Investigación aprobados en entre el 50% y el 70% de lo programado	1
					Proyectos de Investigación aprobados en menos del 50% de lo programado	0



Dra. PÉREZ



Dr. Fernando Urcia F.