



N° 411 -2015-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Chorrillos, 28 de 12 del 2015

Visto, el expediente N° 15-INR-005824-001, el cual contiene los Informes N°0444 y O424-OGC-INR-2015; y el Memorándum N° 200-2015-OEPE/INR, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Planeamiento Estratégico, del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°26842, Ley General de Salud establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de establecer 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 calidad de atención en los servicios de salud, el cual contiene uno de los principales procesos la acreditación que tiene por finalidad garantizar a los usuarios, que los establecimientos de salud, según el nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades de brindar prestaciones de calidad, en base a estándares previamente definidos;

Que, en cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Anual de Calidad y Mejora Continua 2015, aprobado por Resolución Directoral N°080-2015-SA-DG-INR, la Oficina de Gestión de la Calidad ha evaluado los estándares e indicadores de calidad del INR, aprobados por Resolución Directoral N° 144-2008-SA-DG-INR, con la finalidad de contar con nueva herramientas que resulten útiles en la toma de decisiones y así poder contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

Que, en ese sentido la Oficina de Gestión de la Calidad, ha elaborado el proyecto de Directiva Administrativa que establece los Estándares e Indicadores de Calidad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

Que, la citada Directiva, ha sido revisada por la Oficina de Planeamiento Estratégico, órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través del Memorándum N° 200-2015-OEPE/INR, de fecha 16 de Diciembre del 2015;

Que, en tal sentido, es pertinente aprobar la Directiva Administrativa propuesta, con la correspondiente resolución directoral; para su aplicación en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; y la Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, y sus modificatorias;



MC. Luis Farro U



Estando a lo propuesto e informado, y con la visación del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 001-INR/OGC-V.01, "Directiva Administrativa que establece los Estándares e Indicadores de Calidad en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de veintisiete (27) folios, nueve (9) títulos y el Anexo 1 "Fichas de Indicador", que forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 144-2008-SA-DG-INR, que aprobó el Documento Estándares e Indicadores de Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión e implementación de la Directiva aprobada con la presente resolución

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el Portal Internet Institucional

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON
MR JULIA HONORATA MENDEZ CAMPOS
Directora General(e)
CMP 15706 / RNE 7393

JHMC/PWC.

Cc. Of. Calidad
Of. OEPE
Of. OAJ
Resp. Pág. Web



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

I. FINALIDAD

La presente Directiva tiene por finalidad contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, a través del fortalecimiento del Sistema de Información Gerencial.

II. OBJETIVO

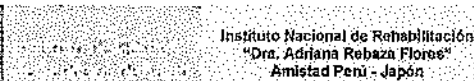
- Institucionalizar un Sistema de Información Gerencial que permita la oportuna toma de decisiones para la Calidad.
- Establecer los Estándares de Calidad Institucionales que permitan garantizar la mejora de la calidad de los servicios.
- Definir los Indicadores de Calidad para la medición de los estándares establecidos en la institución.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones establecidas en la presente Directiva Administrativa son de observancia, aplicación y cumplimiento obligatorio por todos los órganos dependientes del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842- Ley General de Salud y sus modificatorias Ley N°29712 y Ley N° 29737.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161-Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud" y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N°007-2008-MIMDES "Plan de igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad 2009-2018"
- Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba "Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud"
- Decreto Supremo N° 005-2014-SA, que define las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual a que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153.



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

- Decreto Supremo N° 016-2014-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
- Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, que aprueba la "Política Nacional para la Calidad"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA, que aprueba NTS N° 079-MINSA/DGSP-INR-V.01 "Norma Técnica de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación"
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Directoral N° 252-2012-SA-DG-INR que aprueba el Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Unidades Orgánicas del INR: 1. Oficina de Gestión de la Calidad, que consta de trece (13) folios.
- Resolución Directoral N° 080-2015-SA-DG-INR, que aprueba el "PLAN ANUAL DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA 2015", del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaiza Flores" AMISTAD PERU-JAPÓN, que consta de cuarenta (40) folios..

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Para fines de la presente Directiva Administrativa, se aplica las siguientes definiciones:

- **Acciones de mejora:** conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización y que agregan valor a los productos.
- **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 armónico de las UPS de un establecimiento de salud. La condición de acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- **Atención de salud:** conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, familia y comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo del cumplimiento de estándares de calidad en salud que tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones de salud.
- **Auditoría en Salud:** Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.

- **Auditoría Médica:** Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercuten en desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente, es realizada solamente por personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos.
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria 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.
- **Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **Calidad de la atención:** conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención y que cumplen las mejores prácticas y estándares desde el punto de vista técnico, humano y del entorno, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- **Categoría:** Tipo de establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- **Clima Organizacional:** son las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, al ambiente físico en que este se da, las relaciones interpersonales que tiene lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo.
- **Cultura de Seguridad:** Es el conjunto de valores, principios, normas, comportamiento y conocimiento que comparten los miembros de una organización, con respecto a la prevención de incidentes, accidentes, enfermedades ocupacionales, daños a la propiedad y pérdidas asociadas sobre los cuales se resuelve la gestión empresarial.
- **Cultura Organizacional:** Es el conjunto de valores, creencias, normas y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común.
- **Dimensión del Entorno de la Calidad:** referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario, costos razonables y sostenidos.
- **Dimensión Humana de la Calidad:** referida al aspecto interpersonal de la atención, sus características son: ética, amabilidad, información completa, respeto a los derechos, a la cultura y características individuales de la persona.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

- **Dimensión Técnico-Científica de la Calidad:** referida a los aspectos técnico-científicos de la atención, sus características son: efectividad, eficiencia, eficacia, continuidad, seguridad e integralidad.
- **Estándar:** nivel de desempeño deseado, factible de alcanzar.
- **Estandarización:** acciones realizadas para ajustar los conceptos y métodos disponibles, a un modelo, norma o patrón que sirve como referencia y que es factible de alcanzar.
- **Evaluación de la satisfacción del usuario externo:** procesos referidos a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de encuesta que evalúa la expectativa y percepción del usuario respecto a las principales actividades del proceso de atención y servicios que el establecimiento de salud le ofrece.
- **Gestión de la Calidad:** conjunto de actividades de la función institucional que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Gestión de riesgos:** Actividad destinada a la mejora de la calidad de atención en salud mediante la disminución de las circunstancias que pueden ocasionar daño al paciente en relación con los servicios prestados.
- **Indicador:** constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medida, que permiten identificar y comparar el nivel o el estado de un aspecto determinado. Unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes internos y externos.
- **Logro:** es la obtención o consecución de aquello que la dependencia se ha comprometido a alcanzar en apoyo y sustento a los objetivos institucionales a los cuales se adscribe, y a lo cual también se le destinaron recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos organizados a través de las acciones operativas y productos.
- **Macroproceso:** es la agrupación de procesos en una organización. Por ejemplo el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros el abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.
- **Mejoramiento Continuo de la Calidad:** acciones emprendidas en la organización con el fin de incrementar la eficacia y eficiencia de las actividades con carácter permanente y gradual.
- **Proceso:** conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que transforman insumos y generan un bien o servicio de valor para los usuarios internos o externos de la organización.
- **Proyecto:** conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **Proyecto de mejora:** son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

- **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita mediante la cual el usuario afectado o que potencialmente pudiera verse afectado o tercero legitimado se dirige a la institución ante la insatisfacción del servicio recibido o por aspectos relacionados a la cobertura de atención.
- **Riesgo:** Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, "uso de mejores prácticas", que contribuyen a la reducción y mitigación de actos inseguros, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **SERVQUAL:** la metodología SERVQUAL se usa para evaluar la satisfacción del usuario externo y define la calidad del servicio como la brecha o diferencia entre la percepción (calidad recibida) y las expectativas (calidad esperada) de los usuarios externos que acuden a recibir atención en el establecimiento de salud. Se constituye como una medida de la calidad del servicio a través de aplicación de encuestas.

5.2. MARCO ESTRATEGICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDA EN SALUD

5.2.1. MISION - VISION

El ministerio de Salud, con RM N° 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que establece el marco para el desarrollo de las acciones de mejora de la calidad de atención de salud en las entidades prestadoras a nivel nacional:

VISION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

"La Calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los establecimientos de salud, cuando se aplican metodologías y herramientas de la calidad, desarrolladas en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general, existiendo evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, percibida con satisfacción por los actores"

MISION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

"Impulsar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y los procesos de garantía y mejora de la calidad, a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos y aplicables a la realidad de las organizaciones de salud del país para mejorar la calidad de atención que se brinda y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población".

5.2.2. PRINCIPIOS

Los principios en los que se fundamenta el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud según el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" son:

- **Enfoque al usuario:** las organizaciones deben entender las necesidades, satisfacer las demandas y esforzarse por exceder las expectativas del usuario.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

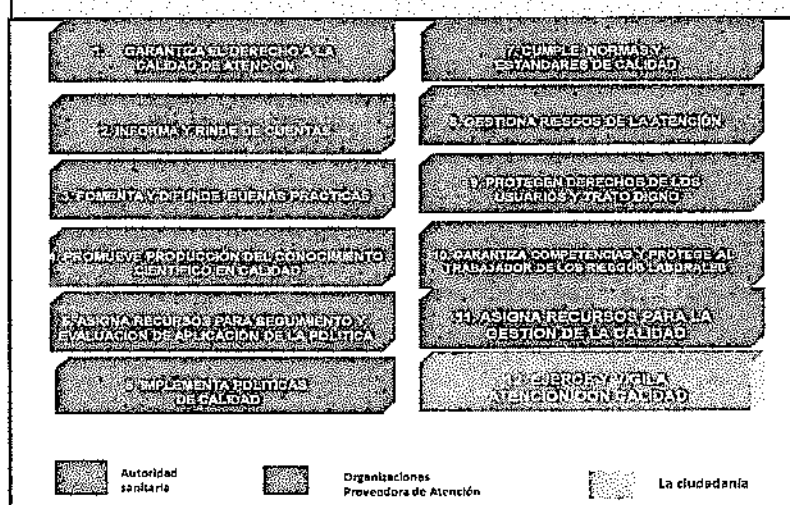
"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

- **Liderazgo:** se requiere de líderes que conduzcan a sus establecimientos a la mejora continua.
- **Participación del Personal:** es esencial la participación del personal en todos los niveles de la organización.
- **Enfoque basado en procesos:** gestionar las actividades y recursos relacionados como un proceso.
- **Enfoque sistémico de la gestión:** gestionar los procesos interrelacionados como un sistema.
- **Mejora Continua de la calidad:** necesidad permanente de elevar los estándares de calidad
- **Toma de decisiones basadas en evidencias:** análisis de datos e información para la toma de decisiones eficaces.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes en la generación del valor.

5.2.3. POLITICAS

En el año 2009, en el ejercicio de su función rectora, el Ministerio de Salud aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", que establece un conjunto de directrices que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud. La Política de Calidad en salud considera como referentes a la Autoridad Sanitaria, las Organizaciones de Salud y la Ciudadanía (Gráfica N° 01). Las Políticas con respecto a las Organizaciones de Salud y sus establecimientos, definen que estas "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". Así mismo, precisa, como una de las estrategias, la "Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud".

Gráfico N° 01: Las 12 Políticas Nacionales de Calidad en Salud





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

5.2.4. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

A la fecha y en base a las directrices propuestas por la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del IGSS, a través de los Criterios de programación 2015 del Plan de Calidad y Mejora continua, los mismos que están alineados a los criterios establecidos por la Dirección de Calidad del MINSA, se estableció la formulación de 06 Ejes de Trabajo, con sus respectivos objetivos estratégicos, los mismos que son:

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN y LA ACREDITACIÓN.

- O.E. 1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de evaluación integral de la calidad.
- O.E. 1.2 Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.

EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA.

- O.E. 2.1 Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.
- O.E. 2.2 Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad.
- O.E. 2.3 Optimizar y Mejorar Procesos Críticos.
- O.E. 2.4 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante.

EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO.

- O.E. 3.1 Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos.
- O.E. 3.2 Retroalimentar las intervenciones basado en los requerimientos del Paciente y su acompañante (Mediciones de la Satisfacción de Usuarios).
- O.E. 3.3 Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales).

EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- O.E. 4.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- O.E. 4.2 Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- O.E. 4.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del Error-Cultura de Seguridad.
- O.E. 4.4 Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
- O.E. 4.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del incidente y Evento Adverso)".
- O.E. 4.6 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

- O.E. 5.1 Fortalecer la Organización de la Calidad en el IGSS y la institución.
- O.E. 5.2 Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas.

EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

- O.E. 6.1 Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.
- O.E. 6.2 Fortalecer el Proceso de Atención de Eventos Centinela (Intervención Contingencial).
- O.E. 6.3 Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias (Intervención Programática).

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. ESTÁNDARES

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Los estándares están definidos en el documento técnico "Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados" del Ministerio de Salud, del año 2003, considerando los elementos y requisitos recomendados por el documento "SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD", en ese entonces se definieron 24 estándares, estos son:

- **Estándar 1:** Los establecimientos cuentan con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias.
- **Estándar 2:** Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía.
- **Estándar 3:** El usuario externo recibe, comprende y acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso.
- **Estándar 4:** La organización de salud evalúa los gastos administrativos.
- **Estándar 5:** La organización constituye y formaliza equipos de mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios.
- **Estándar 6:** La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

- **Estándar 7:** La organización incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) y en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes.
- **Estándar 8:** El hospital asegura la aplicación de normas y procedimientos para el control de riesgos quirúrgicos y de infecciones intrahospitalarias.
- **Estándar 9:** La institución cuenta con protocolos, manuales y procedimientos aprobados y actualizados, conocidos por el personal y disponibles para la atención.
- **Estándar 10:** Se implementan procesos de auditorías de salud y administrativas de manera preventiva y periódica.
- **Estándar 11:** La organización supervisa la prescripción de medicamentos en DCI comprendidos dentro del PNME.
- **Estándar 12:** La organización supervisa el uso racional de medicamentos a través de las acciones de vigilancia y control del Comité Farmacológico.
- **Estándar 13:** La organización evalúa el cumplimiento de la programación de operaciones electivas.
- **Estándar 14:** La institución cuenta con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida de los servicios y la atención a sus referencias.
- **Estándar 15:** El hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de su red.
- **Estándar 16:** El usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según la severidad de su caso.
- **Estándar 17:** La institución cuenta con procesos que disminuyan las oportunidades pérdidas en el control de neoplasias cervico-uterinas.
- **Estándar 18:** La organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad.
- **Estándar 19:** Los equipos de calidad cumplen con los acuerdos tomados.
- **Estándar 20:** Los equipos de los servicios implementan proyectos de mejora de la calidad.
- **Estándar 21:** Los usuarios de consulta externa, hospitalización y emergencia perciben privacidad en la atención recibida.
- **Estándar 22:** La institución establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos.
- **Estándar 23:** Usuario externo satisfecho con la atención recibida en los servicios de salud.
- **Estándar 24:** Usuario interno satisfecho con su organización.

6.2. INDICADORES

Los indicadores constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permiten identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados son insumos para el análisis e



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Los indicadores son de estructura, proceso y resultado.

Así tenemos que la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaiza Flores" AMISTAD PERU – JAPON, plantea los estándares e indicadores de calidad, definidos en correspondencia a las prioridades institucionales para el presente año; tomando como insumos los estándares definidos en el año 2003 "Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados", así como los indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora del Convenio de Gestión firmado con el IGSS, los indicadores de Gestión Institucional del Plan Maestro y los Indicadores de Desempeño del "Plan de Calidad y Mejora Continua institucional 2015". Las fichas correspondientes a cada indicador seleccionado se adjuntan en los Anexo 1.

EJE 1: CERTIFICACION Y ACREDITACION

INDICADOR 1: Porcentaje de calificación alcanzado en la Autoevaluación de Estándares de Acreditación.

INDICADOR 2: Porcentaje de la Implementación del Plan de Mejora para la Acreditación.

EJE 2: CULTURA DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

INDICADOR 3: Tiempo de espera en la atención de consulta externa.

INDICADOR 4: Productividad hora-médico en consulta externa.

INDICADOR 5: Porcentaje de ocupación cama.

INDICADOR 6: Rendimiento cama.

INDICADOR 7: Promedio de permanencia cama.

INDICADOR 8: Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria

INDICADOR 9: Porcentaje de Unidades Orgánicas que implementan acciones de Mejora Continua de la Calidad.

EJE 3: RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

INDICADOR 10: Porcentaje de reclamos atendidos por la organización.

INDICADOR 11: Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.

EJE 4: RIESGO Y BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICADOR 12: Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

INDICADOR 13: Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con calificación de aceptable.

INDICADOR 14: Porcentaje de Guías de Práctica Clínica elaboradas para los principales daños trazadores.

EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS



Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
Amistad Perú - Japón

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 15: Puntaje del Estudio de Clima Organizacional.

EJE 6: INFORMACION SANITARIA E INVESTIGACION PARA LA CALIDAD

INDICADOR 16: Porcentaje de cumplimiento del Plan de Calidad y mejora Continua.

VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1 Todas los Órganos y Unidades Orgánicas que conforman el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON, en lo que corresponda, son responsables del cumplimiento de la presente directiva.
- 7.2 La Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON, es responsable del Monitoreo del cumplimiento de la presente directiva.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 La presente Directiva Administrativa entra en vigencia al día siguiente de su aprobación, mediante Resolución Directoral
- 8.2 La presente Directiva Administrativa será modificada, acorde a las normativas complementarias que sean emitidas.
- 8.3 La Oficina de Estadística e Informática será responsable de su difusión a través del Portal Institucional

IX. ANEXOS:

Anexo 1: Fichas de Indicador

JP



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

ANEXO 1 FICHAS DEL INDICADOR

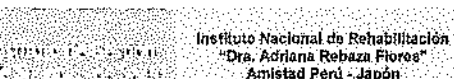
INDICADOR 1		
CONCEPTOS	DEFINICIÓN	
NOMBRE	Porcentaje de calificación alcanzado en la Autoevaluación de estándares de Acreditación	
TIPO	Indicador de resultado	
JUSTIFICACIÓN	La Autoevaluación permite evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejora continua en la atención en salud. Realizar este proceso periódicamente permite fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, convirtiéndose en una herramienta para la sostenibilidad, mediante la cual se obtiene un compromiso de las organizaciones de salud de mejorar la calidad de atención al usuario hasta lograr la Acreditación del establecimiento, que asegure una entrega estandarizada de servicios de salud, atención de calidad para todos, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.	
FORMA DE CÁLCULO	Porcentaje que arroja el Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados	
DATOS HISTÓRICOS	Año 2013	Año 2014
	46.44%	29.05%
	El anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2, se aprobó mediante RM N° 491-2012/MINSA.	
RESULTADO ESPERADO PARA EL PRESENTE AÑO	>60%	
PERIODICIDAD	Anual	
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Desarrollo del proceso de Autoevaluación: Oficina de Gestión de la Calidad, Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos.	
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad	
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Informe Técnico de Autoevaluación, Reporte de aplicativo de Acreditación	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 2	
CONCEPTOS	DEFINICIÓN
NOMBRE	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de mejora para la Acreditación
TIPO	Indicador del Proceso
JUSTIFICACIÓN	La Autoevaluación tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención, con el fin de cerrar brechas existentes en referencia con los criterios y estándares evaluados y el desarrollo armónico de los servicios de la institución. La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejoramiento, y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por la institución en general.
FORMA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N° Actividades del Plan de Mejora ejecutadas} \times 100}{\text{Total de actividades programadas en el Plan de mejora}}$
DATOS HISTÓRICOS	AÑO 2014: Sin datos históricos
	"Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad", se aprobó mediante RM N° 095-2012/MINSA.
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	>90%
PERIODICIDAD	Semestral
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	UO asistenciales y administrativas del INR.
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Plan de mejora para la Acreditación Informe de la evaluación del Plan de Mejora



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 3		
CONCEPTOS	DEFINICIÓN	
NOMBRE	Tiempos de Espera en la Atención de Consulta Externa	
TIPO	Indicador de proceso	
JUSTIFICACIÓN	El tiempo de espera es uno de los factores que influye en la satisfacción del usuario externo y en las expectativas del prestador de servicios. El tiempo de espera prolongado es una limitación para el uso de los servicios y a su vez es sinónimo de insatisfacción. Al evidenciar el tiempo promedio de espera del paciente para la atención en los servicios del Instituto, se podrán identificar oportunidades de mejora de la calidad del servicio	
FORMA DE CÁLCULO	Tiempo Estándar que arroja el Aplicativo Informático Excel del MINSA para el periodo de evaluación, según (nuevo o continuador)	
DATOS HISTÓRICOS	AÑO 2013	AÑO 2014
	Tiempo Estándar (nuevo): 3:29h	Tiempo Estándar (nuevo): 1:30h
	Tiempo Estándar(continuador): 0:43h	Tiempo Estándar (continuador): 0:33h
	Metodología para la Medición de Tiempos y Movimiento – Dirección Calidad en Salud/MINSA	
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	Tiempo Estándar Nuevo: 2:00h, Tiempo Estándar Continuador: 1h	
PERIODICIDAD	Anual	
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Desarrollar del Proceso de la Medición de Tiempo de Espera para la atención en CC.EE: Oficina de Gestión de la Calidad Fortalecer y mejorar la calidad de atención en base a resultados: UO asistenciales y administrativas del INR.	
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad	
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Informe Técnico de la medición de Tiempos de espera para la atención de los Usuarios de Consulta Externa	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 4	
CONCEPTOS	DEFINICIÓN
NOMBRE	Productividad hora-médico en consulta externa.
TIPO	Indicador de desempeño.
JUSTIFICACIÓN	La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas, problemas para la identificación de las atenciones registradas (por ejemplo, por no estar todos los médicos en el maestro de personal), o programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.
FÓRMA DE CALCULO	$\frac{\text{Número de atenciones de consulta médica en un periodo} \times 100}{\text{Número de horas de consulta externa programadas en el periodo}}$
DATOS HISTORICOS	No aplica.
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	Para INR: 1.6 a 2 consultas por hora.
PERIODICIDAD	Mensual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Dirección Ejecutivas de Línea.
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Estadística e Informática.
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	HIS (numerador), reporte de programación de consulta externa (denominador).



Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 5	
CONCEPTOS	DEFINICION
NOMBRE	Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)
TIPO	Indicador de Desempeño
JUSTIFICACIÓN	Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día. Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo. Este indicador evalúa la sub-utilización o la sobre-utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización. A medida que el hospital tiene mayor complejidad, el porcentaje de ocupación deberá analizarse por especialidades, ya que el indicador global puede ocultar insuficiencia de camas o camas sobrantes en las distintas especialidades.
FORMA DE CALCULO	$\frac{\text{N° pacientes-día (de un período)}}{\text{N° de días-cama-disponible (en el mismo período)}} \times 100$
DATOS HISTORICOS	No aplica
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	80-90%
PERIODICIDAD	Mensual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Dirección Ejecutivas y Departamento de Lesiones Medulares
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Estadística e Informática
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Censo Diario de la Enfermera Reporte de la Oficina de Estadística e Informática.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 6	
CONCEPTOS	DEFINICION
NOMBRE	Rendimiento cama
TIPO	Indicador de Desempeño
JUSTIFICACIÓN	Es la relación entre el número de egresos de una cama de la UPSS Hospitalización en un período y el N° de camas hospitalarias disponibles promedio en el mismo período por día. Permite medir el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un período determinado. Se le conoce también como índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el período medido si hay una mayor demanda efectiva. Este indicador es influenciado por el Promedio de Permanencia Cama y el Intervalo de Sustitución.
FORMA DE CALCULO	$\frac{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización de un período}}{\text{N° de camas disponibles promedio en el mismo período}}$
DATOS HISTORICOS	No aplica
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	0.25 a 0.30
PERIODICIDAD	Mensual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Dirección Ejecutivas y Departamento de Lesiones Medulares
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Estadística e Informática
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Libro de egresos hospitalarios Censo Diario de la Enfermera Reporte de la Oficina de Estadística e Informática.

GP.



Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"DÉCIMO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 7	
CONCEPTOS	DEFINICION
NOMBRE	Promedio de permanencia cama
TIPO	Indicador de Desempeño
JUSTIFICACIÓN	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado. Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (sub-utilización o sobre-utilización). Además indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causa, deficiencias técnicas.
FORMA DE CALCULO	N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período
DATOS HISTORICOS	No aplica
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	Menor a 90 días
PERIODICIDAD	Mensual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Dirección Ejecutivas y Departamento de Lesiones Medulares
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Estadística e Informática
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Libro de egresos hospitalarios Reporte de la Oficina de Estadística e Informática.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 8	
CONCEPTOS	DEFINICION
NOMBRE	Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria
TIPO	Indicador de Desempeño
JUSTIFICACIÓN	Es la relación entre el número de egresos por defunción que fallecieron después de 48 horas de admisión a la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud y el número de egresos de la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud en un período de tiempo. Permite evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención.
FORMA DE CALCULO	$\frac{\text{Nº de egresos por defunción (fallecidos de 48 horas a más de admisión a la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud) (en un período)}}{\text{Número de egresos de la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud (en el mismo período)}} \times 100$
DATOS HISTORICOS	No aplica
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	$\leq 3\%$
PERIODICIDAD	Anual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Organos de Línea
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Estadística e Informática
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Libro de egresos hospitalarios (numerador y denominador). Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

31.



Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

INDICADOR 9	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
NOMBRE	Porcentaje de Unidades orgánicas que implementan acciones de Mejora Continua de la Calidad.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
JUSTIFICACIÓN	Las acciones de Mejora son un conjunto de actividades preventivas, correctivas y de innovación de los procesos de la organización, que se implementan para la mejora continua de la atención, permitiendo consolidar una cultura de calidad basada en el usuario. El Mejoramiento Continuo de la Calidad es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
FÓRMA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N° de Unidades Orgánicas que implementan acciones de mejoramiento} \times 100}{\text{N° total de Unidades Orgánicas}}$
DATOS HISTORICOS	No aplica
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	Durante el 2013 el 70% de los CGC se encontraron operativos y/o participando en acciones de mejora de la calidad en sus procesos asistenciales o administrativos.
PERIODICIDAD	Trimestral.
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Unidades Orgánicas
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Informes de CGC.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 10	
CONCEPTO	DEFINICION
NOMBRE	Porcentaje de Reclamos Atendidos
TIPO DE INDICADOR	Proceso
JUSTIFICACIÓN	La atención a reclamos presentados por los usuarios del INR, nos muestra desde la óptica de éste, los problemas que se suscitan en los servicios brindados, favoreciendo la realización de acciones para la mejora en la calidad de los mismos. Este proceso es de aplicación a partir de las normas emitidas por SUSALUD (Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD, "Reglamento General para la Atención de Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS").
FÓRMA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N° de reclamos atendidos en un período de tiempo} \times 100}{\text{N° de reclamos presentados en el mismo período.}}$
DATOS HISTORICOS	94% (2014)
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	100%
PERIODICIDAD	Mensual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Unidades Orgánicas
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Comunicaciones.
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Plataforma de Atención al Usuario: Informes técnicos

34.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

INDICADOR 11			
CONCEPTO	DEFINICION		
NOMBRE	Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios del INR en consulta externa y hospitalización		
TIPO DE INDICADOR	Resultado		
JUSTIFICACIÓN	Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este le ofrece en el INR. La Evaluación de la Satisfacción del usuario externo se realiza según Encuesta de satisfacción del usuario externo SERVQUAL modificada y cumplimiento de Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud. RM N° 527-2011/MINSA. Esto permite desarrollar un espíritu competitivo en el equipo del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios.		
FÓRMA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N° usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios en consulta externa y hospitalización}}{\text{N° Total de usuarios encuestados de consulta externa y hospitalización}} \times 100$		
DATOS HISTORICOS	Servicio	2013	2014
	Consulta Externa	68.2	57.3
	Hospitalización	57.5	32.5
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	Consulta Externa: ≥ 60 , Hospitalización: ≥ 60		
PERIODICIDAD	Anual		
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Consulta externa y Hospitalización		
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad		
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Total de encuestas aplicadas (muestra) a usuarios externos en consulta externa y hospitalización del INR		

34.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 12	
CONCEPTO	DEFINICION
NOMBRE	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.
TIPO	Indicador de desempeño.
JUSTIFICACIÓN	Es el valor porcentual que se obtiene al medir el número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria presentada, dividido por el total de pacientes que ingresaron al estudio. Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública de actualidad mundial y un desafío para las autoridades de los hospitales. La tasa de prevalencia permite tener un conocimiento amplio en relación a las IIH que se presentan en el establecimiento, algunas de las cuales no son captadas a través de la vigilancia epidemiológica regular, siendo un insumo para que los comités de IIH puedan priorizar las acciones de control en su institución. También permite medir la sensibilidad del sistema de vigilancia regular y permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la seguridad del paciente.
FÓRMA DE CALCULO	$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria} \times 100}{\text{Número total de pacientes hospitalizados que ingresan al estudio}}$
DATOS HISTORICOS	2014: 0 (cero)
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	Menor o igual a 3
PERIODICIDAD	Anual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Direcciones Ejecutivas, Departamento de Lesiones Medulares
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Epidemiología.
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 13	
CONCEPTO	DEFINICION
NOMBRE	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con calificación de aceptable
TIPO	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	El proceso de mejora continua de la calidad dentro del Instituto requiere la evaluación minuciosa de las Historias Clínicas. Entendiendo a la auditoria en salud como una oportunidad de mejora de la calidad, la revisión de estas Historias Clínicas debe permitir al comité respectivo designado establecer las acciones de mejora dentro del Instituto. El objetivo es determinar el porcentaje de Historias Clínicas que son auditadas y que son conformes con la Norma Técnica de Historia Clínica, DS N° 013-2006/SA y con las guías de práctica clínica de los Departamentos del Instituto.
FORMA DE CALCULO	$\frac{\text{Nº de Historias Clínicas auditadas con Calificación de Aceptable} \times 100}{\text{Total de Historias Clínicas Auditadas}}$
DATOS HISTORICOS	No Aplica
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	100%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Trimestral
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Direcciones Ejecutivas de Línea
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Comité de Auditoría de la Calidad en Salud, Oficina de Gestión de la Calidad.
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Historias Clínicas, Informes Técnicos.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 14	
CONCEPTO	DEFINICION
NOMBRE	Porcentaje de Guías de Práctica Clínica elaboradas para los principales Daños Trazadores.
TIPO	Estructura
JUSTIFICACIÓN	Es importante fortalecer la formulación de guías de práctica clínica aprobados por la dirección del Instituto reconocida por el nivel central de acuerdo a las prioridades sanitarias definidas por la institución en relación a sus principales causas de morbilidad. La tendencia a la estandarización en los servicios de salud es cada vez mayor, debido al desarrollo de la medicina basada en evidencias; de ahí la importancia de adaptar la literatura y experiencia mundiales a los procedimientos que se realizan en los diferentes servicios del Instituto, considerando sus particularidades.
FORMA DE CALCULO	<u>N° de Guías de práctica clínica elaboradas y aprobadas para los principales Daños Trazadores x 100/</u> Total de GPC Priorizadas por la Institución
DATOS HISTORICOS	No Aplica
RESULTADOS PARA EL PRESENTE AÑO	100%
PERIODICIDAD	Semestral/Anual
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Direcciones Ejecutivas, Departamentos de los Órganos de Línea.
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Instrumentos disponibles en los Departamentos



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"

INDICADOR 15		
CONCEPTOS	DEFINICIÓN	
INDICADOR	Puntuación general de la Medición del Clima Organizacional	
TIPO	Indicador de resultado	
FUNDAMENTO	El estudio del Clima organizacional, permite conocer, en forma científica y sistemática, las opiniones de las personas acerca de su entorno laboral y condiciones de trabajo, permite conocer la percepción que el personal tiene de la situación actual de las relaciones de la organización, así como de las expectativas futuras, con el fin de elaborar planes y/o proyectos que permitan superar de manera priorizada los factores negativos que se detecten y afectan el compromiso y la productividad del potencial humano	
FORMA DE CÁLCULO	Puntuación general que arroja el Aplicativo informático Excel para el registro y procesamiento de resultados	
DATOS HISTÓRICOS	AÑO 2013	AÑO 2014
	71.07 POR MEJORAR	72.07 POR MEJORAR
	El Documento Técnico "Metodología para el estudio del clima Organizacional", se aprobó mediante RM N° 5468 -2011/MINSA.	
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	2015	
	>84%	
PERIODICIDAD	Anual	
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Desarrollar del Proceso de la Medición de Clima Organizacional: Oficina de Gestión de la Calidad	
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad	
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Informe Técnico de la Medición de Clima Organizacional, Reporte de Aplicativo Excel, encuestas aplicadas.	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-INR/OGC - V.01

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD,,
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN"**

INDICADOR 16		
CONCEPTOS	DEFINICIÓN	
INDICADOR	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Calidad y Mejora Continua	
TIPO	Indicador del Proceso	
FUNDAMENTO	La calidad en la Prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. Es por ello la importancia de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Atención. La Gestión de la Calidad es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de calidad, los objetivos y responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se lleva a cabo mediante la planificación, garantía, información y mejoramiento de la calidad.	
FORMA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N° Actividades del Plan de Calidad y Mejora Continua ejecutadas}}{\text{Total de Actividades programadas en el Plan de Calidad y Mejora Continua}} \times 100$	
DATOS HISTÓRICOS	AÑO 2013	AÑO 2014
	97.70 %	74%
	"El sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud", se aprobó mediante RM N° 519-2006/MINSA.	
RESULTADO PARA EL PRESENTE AÑO	2015	
	>90%	
PERIODICIDAD	Trimestral- Anual	
ÁREA RESPONSABLE DE PROVEER EL VALOR DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad	
ÁREA RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	Oficina de Gestión de la Calidad	
FUENTE DE INFORMACIÓN, MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado con Resolución Directoral Informe de Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad	

