



**ESTANDARES E INDICADORES DE  
CALIDAD DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE CIENCIA  
NEUROLOGICAS**

**Lic. María del Rosario Palacios Zevallos  
Mg. Aldo Carrillo y Espinoza**

**2012**

# ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS

## 1. PROPOSITOS Y PRINCIPIOS

### PROPOSITO DE LOS ESTANDARES DE CALIDAD

Garantizar el derecho de los usuarios a recibir atención de calidad y seguridad con los menores riesgos, obtención de mayores beneficios para su salud y satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud.

### OBJETIVOS

1. Definir un conjunto de indicadores que se instituyan como elementos de análisis y permitan alertar oportunamente la toma de decisiones.
2. Definir un conjunto de estándares que permitan garantizar los niveles de calidad de atención salud con relación a su estructura, procesos y resultados.
3. Medir y evaluar permanente y sistemáticamente la prestación de servicios de salud, desde sus componentes (recursos financieros, humanos, de infraestructura y tecnologías, entre otros)
4. Proporcionar insumos para las autoevaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios en el instituto.

### PRINCIPIOS

1. **Sencillez:** La sencillez debe guiar la definición de los estándares, y los procedimientos de medición y verificación, que sean entendibles y aplicables por el personal de salud.
2. **Validez:** Los estándares y sus indicadores de medición deben ser realmente esenciales, su definición debe estar soportada en evidencia de una relación directa entre su presencia y la prevención de un riesgo prioritario para la vida y la salud en la prestación del servicio.
3. **Confiabledad:** La forma de aplicación y verificación del estándar debe ser explícita y clara, que permita una aplicación homogénea por los verificadores.

## 2. ASPECTOS METODOLOGICOS

### 2.1 MODELO DE EVALUACION

La presente formulación de los estándares de calidad se sustenta en lo desarrollado por Avedis Donabedian, que propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones, la **dimensión humana**, la **dimensión técnica** y la **dimensión del entorno**. En cada dimensión se puede establecer atributos o requisitos de calidad que caracterizaran al servicio de salud. Los estándares así formulados expresan los niveles de calidad deseada y alcanzable por los servicios del instituto; en tanto, los atributos de calidad expresan las cualidades de toda buena atención en salud y que debe ser percibida luego por los usuarios externos e internos.

Para efectos del análisis y evaluación de la calidad se utiliza el enfoque sistémico que considera tres elementos, a saber:

***La estructura, los procesos y los resultados.***

**La estructura** se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.

**Los procesos** corresponden al contenido de la atención, la forma como es ejecutada, incluyen las actividades y tareas que transforman. Utilizan como insumos la estructura.

**Los resultados** representan los productos generados por los procesos, el impacto logrado en la calidad de la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones. Minimización de los riesgos, la satisfacción de quienes reciben el servicio y quienes lo otorgan.

## **2.2 ATRIBUTOS DE LA CALIDAD**

Los atributos de la calidad establecidos para el Instituto:

1. **Respeto al usuario**: Consideración a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
2. **Información integral y segura**: Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles, permite a las personas tomar decisiones sobre su salud.
3. **Eficiencia**: Logro de objetivos y cumplimiento de metas haciendo uso racional de recursos.
4. **Eficacia**: Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.
5. **Continuidad**: Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.
6. **Oportunidad**: Disponibilidad de los servicios cuando el usuario lo requiera acorde a las características y severidad de cada caso.
7. **Integralidad**: Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espiritual, familia y entorno mediante actividades de vigilancia, promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación. Articulación inter e intra sectorial para el abordaje de la salud neurológica bajo asesoría especializada del Instituto.

8. **Participación Social:** Participación activa de los usuarios externos organizados en los procesos de control social.
9. **Trabajo en Equipo:** Personas con visión compartida, asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.
10. **Privacidad:** Respeto a la privacidad de los usuarios, ambientes que garanticen atención personalizada y la confidencialidad de su información médica.
11. **Accesibilidad:** Condiciones de la organización y los servicios que facilitan el acceso de los usuarios a oferta de servicios neurológicos y neuroquirúrgicos.
12. **Satisfacción del usuario externo:** Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida en los diferentes servicios.
13. **Clima Organizacional:** Son las percepciones compartidas por los miembros de la organización respecto al trabajo, ambiente físico, relaciones interpersonales, su cultura que afectan su trabajo.

### **2.3 ESTANDARES DE CALIDAD**

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado, deseado y factible de alcanzar. La organización cuando obtiene un nivel deseado de desempeño, crea un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Los estándares cumplen con los lineamientos definidos.

#### **Estructura interna de los estándares**

1. **Descripción del estándar:** Formula el estándar de cumplimiento obligatorio.
2. **Propósito:** Logro que se desea alcanzar para el cumplimiento del estándar.
3. **Ámbito:** Alcance a los diferentes servicios y áreas del sistema institucional.
4. **Proactividad:** Grado en que el estándar es preventivo, impulsa a la organización a realización de actividades para la mejora continua de la calidad de los servicios.
5. **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Forma y período en que se evalúa y mejora el indicador de un estándar.
6. **Impacto:** Grado de influencia en la implementación y los resultados. Sensación de cambio.
7. **Despliegue en la institución:** Grado de implementación del estándar en las distintas áreas del sistema institucional.
8. **Despliegue hacia el usuario.** Grado de implementación del estándar y es percibido por los usuarios internos y/o externos.

## **2.4 INDICADORES DE LA CALIDAD**

Conjunto de variables susceptibles de ser medidas, permiten identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada.

Sus resultados son insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con los servicios de salud.

Son base objetiva para la evaluación de actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones y tomar decisiones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

**Tipo:** Los indicadores definidos en correspondencia a los estándares son de ***estructura, procesos y resultado***.

### **Estructura de los indicadores**

- **Nombre:** Descripción puntual que mejor identifica al indicador.
- **Categoría del indicador:** Define el ámbito al que aplica (estructura, proceso o resultado).
- **Justificación:** Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el aspecto, área o componente.
- **Objetivo del indicador:** Aspecto que se busca medir con el indicador.
- **Tipo de medida:** Describe la unidad de medición. (ejemplo: porcentaje, tasa).
- **Numerador:** Describe la unidad exacta de la situación o caso en evaluación, lo que se desea comparar considerando las unidades de tiempo y espacio.
- **Denominador:** Describe la unidad exacta del patrón global de referencia o totalidad de casos. Se compara el numerador en función del tiempo y del espacio.
- **Umbral:** Denota el nivel deseado de calidad.
- **Fuente de datos:** Describe la fuente de donde deberán ser obtenidos.
- **Técnica:** Describe la metodología de recolección de los datos (encuestas, registros, etc).
- **Muestra:** Conjunto de unidades representativas del universo a evaluar.
- **Periodicidad del indicador:** Establece la frecuencia o períodos de medición del indicador.
- **Unidad responsable:** Ente responsable de alimentar con información para el monitoreo del indicador.

## ESTANDARES DE CALIDAD PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
RESPECTO AL USUARIO EXTERNO	Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales	1. El Instituto cuenta con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias	RESULTADO	1. Porcentaje de quejas resueltas por la organización.	<u>N° de quejas resueltas x 100</u> Total de quejas recibidas en la atención personalizada
		2. Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad respeto y empatía	RESULTADO	2. Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la dimensión trato del personal.	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones (P) y las Expectativas (E) de los Usuarios con respecto a la dimensión trato del personal.  (Aplicación de la metodología SERVQUAL)
INFORMACION INTEGRAL Y SEGURA	Difusión de contenidos veraces y oportunos, entendibles por las personas, transmiten confianza, seguridad y permitan a los usuarios tomar decisiones sobre su salud.	3. El usuario externo recibe, comprende y acepta la información acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso en un clima de confianza y seguridad	RESULTADO	3. Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la dimensión información al usuario.	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones(P) y las Expectativas (E) de los Usuarios en relación a la información médica (Aplicación de la metodología SERVQUAL)
EFICIENCIA	Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos	4. La Institución optimiza las competencias de su potencial humano a través de un plan de capacitación sujeto a Norma Técnica	PROCESO	4. Porcentaje de potencial humano capacitado según Norma Técnica.	<u>N° de personal capacitado x grupo ocupacional y/o especialidad x 100</u> N° total de personal a capacitarse según plan de capacitación ajustado a norma técnica
		5. La organización constituye y formaliza equipos de MCC en las unidades orgánicas	ESTRUCTURA	5. Porcentaje de unidades orgánicas que cuentan con equipos de MCC	<u>N° de unidades orgánicas que cuentan con equipos de MCC x 100</u> Total de unidades orgánicas

ATRIBUTO	DEFINICION OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTANDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCION
EFICIENCIA	Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos	6. La organización evalúa la implementación de proyectos de mejora continua de la calidad	RESULTADO	6. Porcentaje de Proyectos de MCC terminados.	<u>N° de proyectos de MCC terminados x 100</u> N° de proyectos de MCC aprobados
		7. La Institución evalúa los gastos administrativos	RESULTADO	7. Porcentaje de gastos administrativos	<u>Total de gastos administrativos en el periodo correspondiente x 100</u> Gasto total en el mismo período
		8. La organización cuenta con ayudas diagnósticas para satisfacer la demanda de los usuarios	RESULTADO	8. Porcentaje de fichas de prescripción de ayuda diagnóstica dispensadas totalmente.	<u>N° de fichas de prescripción de ayuda diagnóstica atendidas x 100</u> N° total de fichas de ayuda diagnóstica prescritas
		9. La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios		9. Porcentaje de medicamentos de la especialidad incorporados al petitorio nacional de medicamentos PNM	<u>N° de medicamentos de la especialidad incorporados a PNM x 100</u> Total de medicamentos de la especialidad no contemplados en el PNM
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos	10. La organización incorpora en el PEI y el POI un objetivo y actividades de calidad respectivamente	ESTRUCTURA	10. Incorporación de un objetivo de calidad en el PEI	Objetivo de calidad incorporado en el PEI
				11. Incorporación de actividades de calidad en el POI	Actividades de calidad incorporadas en el POI
		11. El Instituto asegura la aplicación de normas y procedimientos para el control de riesgos sanitarios y de infecciones intrahospitalarias.	ESTRUCTURA	12. Incorporación de actividades del plan de seguridad del paciente en el POI.	Actividades del plan de seguridad del paciente incorporadas en el POI
				13. Porcentaje de personal que usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad y de salud ocupacional.	<u>N° de personal que usa indumentaria de protección que cumple normas de bioseguridad en sus labores acorde a riesgos existentes en su área de trabajo según normas institucionales x 100</u> N° total de personal ubicados en áreas de riesgo potencial según normas institucionales

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos		RESULTADO	14. Densidad de Incidencia de ITU asociado a catéter urinario permanente.	<u>N° de ITU en pacientes con catéter urinario mas de 24 horas x 1000</u> N° de días de cateterización urinaria
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos	12. La institución cuenta con guías de práctica clínica, manuales de procedimientos aprobados y actualizados, conocidos por el personal y disponibles para la atención.	ESTRUCTURA	15. Disponibilidad de guías de práctica clínica para los procesos de atención por Departamento para las causas de morbilidad priorizadas	<u>N° de Departamentos que cuentan con guías de practica clínica aprobados para sus causas de morbilidad priorizadas x 100</u> Total de Departamentos evaluados
				16. Disponibilidad de manuales de procedimientos de prevención de riesgos y control de daños a la salud relacionados al tipo de trabajo realizado.	<u>N° de Servicios que cuentan con manuales de procedimientos de prevención de riesgos y control de los daños a la salud relacionados al tipo de trabajo realizado x 100</u> N° de servicios con riesgos potenciales de daños a la salud ocupacional.
		13. Se implementan procesos de auditorias de salud y administrativas de manera periódica y preventiva	ESTRUCTURA	17. Comité de Auditoria de la Calidad en salud implementado.	Comité de Auditoria de la Calidad en Salud existente y formalizado
			PROCESO	18. Porcentaje de Historias Clínicas auditadas aceptables.	<u>N° de Historias Clínicas auditadas aceptables x 100</u> Total de Historias Clínicas auditadas
		14. La institución toma decisiones con base en procesos de Inteligencia Sanitaria.	ESTRUCTURA	19. Análisis Situacional de Salud terminado.	Análisis Situacional de Salud (ASIS) publicado y difundido
			PROCESO	20. Actualización de Sala Situacional.	Sala Situacional implementada y actualizada al mes anterior

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
		15. La Institución evalúa el cumplimiento de la programación del PAAC	PROCESO	21. Tasa de suspensión de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas.	<u>N° de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas suspendidos x 100</u> Total de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas en el PAAC
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos	16. La organización evalúa el cumplimiento de la programación de proyectos de investigación	RESULTADO	22. Porcentaje de proyectos de investigación ejecutados según programación.	<u>N° de proyectos de investigación ejecutados x 100</u> N° total de proyectos de investigación aprobados
		17. La organización evalúa el cumplimiento en la ejecución de gastos según metas programadas en el POA por departamentos y oficinas	PROCESO	23. Porcentaje de gastos ejecutados según meta programada en el POA.	<u>Total d gastos ejecutados de acuerdo a meta programada en el POA por departamento y oficina x 100</u> Total de gastos programados por metas en el POA
		18. La organización evalúa el avance trimestral de la ejecución presupuestal		24. Porcentaje de notas modificatorias presupuestales según ejecución trimestral.	<u>N° de notas modificatorias presupuestales por trimestre x 100</u> N° total de cadenas de estructura funcional programática trimestral
		19. La organización evalúa el cumplimiento de la programación de cirugías por la Dirección de Neurocirugía.	PROCESO	25. Tasa de suspensión de cirugías programadas.	<u>N° de cirugías programadas suspendidas por la Dirección de Neurocirugía x 100</u> N° total de sesiones de terapia programadas por el departamento de neurocirugía.
		20. La institución evalúa la neurorehabilitación y reinserción de sus pacientes luego de terapias recibidas.	RESULTADO	26. Porcentaje de pacientes aptos para una reinserción social efectiva.	<u>N° pacientes aptos para una reinserción social efectiva x 100</u> N° total de pacientes aptos

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
CONTINUIDAD	Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios a los servicios de salud neurológica.	21. El Instituto se organiza y articula funcionalmente con los demás establecimientos del sector salud.	ESTRUCTURA	27. Disponibilidad de medios de transporte y comunicación para operativizar la conectividad del sistema de referencias y Contrarreferencias.	<u>N° de medios de transporte operativos para la conectividad del sistema de referencias y contrarreferencias x 100</u> N° total de medios de comunicación y transporte necesarios para el sistema.
				28. Disponibilidad de guía de atención acorde a la NT de Referencias y Contrarreferencias.	Guía aprobada de Referencias y Contrarreferencias para la atención a la demanda de pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos.
OPORTUNIDAD	Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso	22. El usuario recibe la atención necesaria en el momento oportuno	PROCESO	29. Tiempo de espera para la atención en los servicios del instituto	Tiempo promedio de espera en minutos del usuario para su atención en los servicios del instituto
				30. Promedio de días de espera de pacientes continuadores para acceder a una cita de atención en consulta externa.	<u>N° total de días de espera del paciente continuador para acceder a una cita de atención en consulta externa en un periodo</u> N° de pacientes citados en el mismo periodo
				31. Promedio de días de espera para hospitalización en Neurocirugía	<u>N° total de días de espera hospitalización en Neurocirugía en un periodo</u> N° de pacientes con orden de hospitalización en Neurocirugía en el mismo periodo

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
<b>INTEGRALIDAD</b>	Atención especializada, oportuna y con inclusión social. Trato adecuado para el abordaje de la salud neurológica en el país.	23. La institución cuenta con procedimientos administrativos normados para la gestión de historias clínicas.	PROCESO	32. Porcentaje de historias clínicas extraviadas en consultorios externos.	<u>N° de Historias Clínicas extraviadas por departamento x 100</u> N° total de Historias Clínicas extraviada en todos los departamentos.
<b>PRIVACIDAD</b>	Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.	26. Los usuarios perciben privacidad durante la atención	RESULTADO	33. Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la variable privacidad de la atención en consulta externa	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones (P) y las Expectativas (E) de los Usuarios en relación a la variable privacidad de la atención en consulta externa (calculado automático del SERVQUAL)
<b>ACCESIBILIDAD</b>	Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios de menores recursos a la atención que oferta	27. La Institución garantiza el acceso a servicios de neurología, neurocirugía y ayuda diagnóstica a los usuarios pobres y extrema pobreza	RESULTADO	34. Porcentaje de exoneración eficaz a usuarios externos pobres y en extrema pobreza por todo tipo de atención.	<u>N° de pacientes que calificaron y fueron exonerados según evaluación socioeconómica x 100</u> N° total de pacientes exonerados
<b>SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO</b>	Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.	28. Usuario externo satisfecho con la atención recibida en los servicios de salud	RESULTADO	35. Porcentaje de insatisfacción a nivel global de la atención en consulta externa.	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones (P) y las Expectativas (E) de los Usuarios en relación a la atención en consulta externa (calculado automático del SERVQUAL)
<b>CLIMA ORGANIZACIONAL</b>	Es la percepción de los usuarios internos acerca del desempeño de la organización y que condiciona conductas y comportamientos.	29. El Instituto cuenta con un clima organizacional favorable	RESULTADO	36. Categoría según medición de Clima Organizacional. (Prueba de clima organizacional )	Puntuación de escala por todo tipo de variables de análisis

## **INDICADORES DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS**

1. Porcentaje de quejas resueltas por la organización.
2. Índice de insatisfacción del usuario externo con respecto a la dimensión trato del personal.
3. Índice de insatisfacción del usuario externo con respecto a la información médica.
4. Porcentaje de potencial humano capacitado según Norma Técnica.
5. Porcentaje de unidades orgánicas que cuentan con equipos de MCC
6. Porcentaje de proyectos de mejora continua de la calidad terminados.
7. Porcentaje de gastos administrativos.
8. Porcentaje de fichas de prescripción atendidas totalmente.
9. Porcentaje de medicamentos de la especialidad incorporados al peticorio nacional.
10. Incorporación de un objetivo de calidad en el PEI.
11. Incorporación de actividades de calidad en el POI.
12. Incorporación de actividades del plan de seguridad del paciente en el POI.
13. Porcentaje de personal que usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad y de salud ocupacional.
14. Densidad de incidencia de ITU asociado a catéter urinario permanente.
15. Disponibilidad de guías de práctica clínica para los procesos de atención por Departamento para las causas de morbilidad priorizadas.
16. Disponibilidad de manuales de procedimientos de prevención de riesgos y control de daños a la salud relacionados al tipo de trabajo realizado.
17. Comités de auditoría de la calidad en salud implementados.
18. Porcentaje de Historias Clínicas auditadas y aceptables.
19. Análisis Situacional de Salud terminado.
20. Actualización de Sala Situacional.
21. Tasa de suspensión de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas.
22. Porcentaje de proyectos de investigación ejecutados según programación.
23. Porcentaje de gastos ejecutados según meta programada en el POA.
24. Porcentaje de notas modificatorias presupuestales según ejecución trimestral.
25. Tasa de suspensión de cirugías programadas.
26. Porcentaje de pacientes de neurorehabilitación aptos para una reinserción social efectiva.
27. Disponibilidad de medios de transporte y comunicación para operativizar la conectividad del sistema de referencias y contrarreferencias.
28. Disponibilidad de Guía de Atención acorde a la NT de Referencias y Contrarreferencias.
29. Tiempo de espera para la atención en consulta externa.
30. Promedio de días de espera de pacientes continuadores para acceder a una cita de atención en consulta externa.
31. Promedio de días de espera para la hospitalización en los servicios de Neurocirugía.
32. Porcentaje de Historias Clínicas extraviadas en consultorios externos.
33. Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la variable privacidad de la atención en consulta externa.
34. Porcentaje de exoneración eficaz a usuarios externos pobres y en extrema pobreza por todo tipo de atención.
35. Porcentaje global de insatisfacción del usuario externo en consulta externa.
36. Categoría de Clima Organizacional (Prueba de Clima Organizacional).

**INDICADOR 1**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de quejas resueltas por la organización</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad contempla la generación permanente y organizada de evidencias de la calidad de la atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos. Por tal motivo se requiere que el Instituto cuente con un sistema eficaz de gestión de quejas y sugerencias de los usuarios a fin de incrementar su satisfacción.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Establecer capacidades para resolver las quejas de sus usuarios.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje.
<b>6.- NUMERADOR</b>	Número de quejas resueltas
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de quejas recibidas en la atención personalizada
<b>8.- UMBRAL</b>	80%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registros de la Oficina de gestión de la Calidad Atención al Usuario
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Formularios de quejas y sugerencias.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Deberá hacerse en forma trimestral.
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto.

## INDICADOR 2

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la dimensión trato del personal.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El trato adecuado a los usuarios externos es un aspecto clave de la atención en los establecimientos de salud, es parte importante para la satisfacción de los usuarios, contribuye a una atención personalizada.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar la percepción del trato recibido, por los usuarios externos que acuden a los servicio de consulta externa.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones(P) y las Expectativas (E) de los Usuarios externos con respecto a la dimensión trato del personal (calculado automático del SERVQUAL)
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones(P) y las Expectativas (E) de los Usuarios Externos (calculado automático del SERVQUAL)
<b>8.- UMBRAL</b>	80%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Base de datos de encuestas de satisfacción del usuario externo.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Encuesta de satisfacción del usuario externo.
<b>11.- MUESTRA</b>	Aleatoria en el servicio consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto

### INDICADOR 3

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la dimensión información al usuario.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	En la evaluación de satisfacción al usuario es importante determinar la comprensión y aceptación de los contenidos entregados por el personal de salud. Se puede medir por medio de encuestas, el logro de el cumplimiento de estándares e indicadores. Se constituyen en fuente de cambio sostenido de las actitudes del personal, quienes velarán por brindar contenidos comprensibles por el usuario externo.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar la percepción del usuario externo respecto a la comprensión de información proporcionada por el personal de salud.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones(P) y las Expectativas (E) de los Usuarios externos en relación a la información médica (calculo automático del SERVQUAL)
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones(P) y las Expectativas (E) de los Usuarios externos (calculo automático del SERVQUAL)
<b>8.- UMBRAL</b>	80% (valor válido solo para el INCN)
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Base de datos de encuestas de satisfacción del usuario externo.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Encuesta de satisfacción del usuario externo.
<b>11.- MUESTRA</b>	Aleatoria en el servicio consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 4**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de potencial humano capacitado según Norma Técnica</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El factor clave de toda organización es su potencial humano. Los procesos inherentes a optimizar las dimensiones técnico normativo y humano del enfoque de calidad institucional encuentran en el mejoramiento continuo de las competencias, máxime si este se desarrolla en el marco de la norma técnica vigente basada en análisis de problematización institucional.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el nivel de cumplimiento del plan anual de capacitación formulado según norma técnica
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de personal capacitado x grupo ocupacional y/o especialidad
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de personal a capacitarse según plan de capacitación ajustado a norma técnica
<b>8.- UMBRAL</b>	60%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Informe de avance de ejecución de metas físicas de la unidad responsable. Plan de capacitación aprobado con Resolución Directoral.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de fuentes de datos
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

**INDICADOR 5**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de unidades orgánicas que cuentan con equipos de MCC.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La conformación de equipos de MCC permite optimizar el desempeño de los recursos humanos en la organización. Hay experiencias beneficiosas para la gestión de la calidad.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Establecer la cantidad de unidades orgánicas del Instituto que cuentan con equipos de MCC
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de unidades orgánicas que cuentan con equipos de MCC
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de unidades orgánicas del Instituto
<b>8.- UMBRAL</b>	15 % de unidades orgánicas cuentan con equipo de MCC
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Documentos de formalización de equipos de mejora de la calidad.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuentes secundarias: proyecto, cronograma, evaluación
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Direcciones Ejecutivas del Órgano de Línea, Apoyo y Asesoría.

**INDICADOR 6**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de proyectos de MCC terminados.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad contempla la generación permanente y organizada de evidencias de mejoras de los diferentes procesos organizacionales. Por tal motivo se requiere que el instituto cuenta con un sistema de control gerencial de los proyectos de mejora continua de la calidad.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Evaluar el nivel de cumplimiento en la ejecución de los proyectos de MCC aprobados institucionalmente.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de proyectos de MCC terminados
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° de proyectos de MCC aprobados
<b>8.- UMBRAL</b>	60%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registro de proyectos de MCC de la Oficina de Gestión de la Calidad
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuentes secundarias: proyecto, cronograma, evaluación
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Direcciones Ejecutivas del Órgano de Línea, Apoyo y Asesoría.

**INDICADOR 7**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de gastos administrativos</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La participación del gasto administrativo en el gasto total de la organización es un indicador que refleja el uso racional de los recursos y la participación de los costos fijos dentro de la organización.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Conocer el nivel de gasto administrativo en el que incurre la organización
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Total de gastos administrativos en el periodo correspondiente
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Gasto total en el mismo periodo
<b>8.- UMBRAL</b>	20%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registros contables y administrativos
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Directa de los registros
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Administración.

## INDICADOR 8

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de ordenes de prescripción de ayuda diagnóstica atendidas totalmente.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Mide la capacidad del Instituto para satisfacer las necesidades de sus usuarios con relación a las ayudas diagnosticas. También es una medida de abastecimiento de materiales e insumos en el Departamento de Investigación, Docencia y Ayuda Diagnostica. En forma indirecta, también del nivel de racionalidad de la prescripción y del acceso económico.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el nivel de cobertura del Departamento de Investigación, Docencia y Ayuda Diagnostica con relación a las órdenes de prescripción de exámenes auxiliares de los Departamentos.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de fichas de prescripción de ayuda diagnóstica totalmente dispensadas.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de fichas de ayuda diagnostica prescritas.
<b>8.- UMBRAL</b>	90%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Fichas de prescripción emitidas y dispensadas por el Instituto.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Registro de datos recogidos de las prescripciones
<b>11.- MUESTRA</b>	100%
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Direcciones Ejecutivas del Órgano de Línea, Departamento de Investigación, Docencia y Ayuda Diagnóstica.

**INDICADOR 9**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de medicamentos de la especialidad incorporados al peticorio nacional de medicamentos.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Mide la capacidad del Instituto para satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto a productos farmacéuticos se refiere. También es una medida de abastecimiento de medicamentos en el Servicio de Farmacia.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el nivel de compromiso institucional para la incorporación de nuevos medicamentos de especialidad, necesarios, y no contemplados en el peticorio nacional de medicamentos
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de medicamentos de especialidade incorporados al peticorio nacional de medicamentos
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de medicamentos de la especialidad no contemplados en el peticorio nacional de medicamentos.
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Informes del comité farmacológico, documentos de sustentación, peticorio nacional de medicamentos
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de documentación
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Servicio de Farmacia. Comité Farmacológico

## INDICADOR 10

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Incorporación de un objetivo de calidad en el PEI .</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El Instituto debe incorporar en su Plan Estratégico Institucional un indicador de calidad a fin de formalizar su compromiso institucional con la gestión de la calidad. De esta manera, se puede iniciar la adopción de una cultura de la calidad que pasa por los valores institucionales del Plan Estratégico, debiendo difundirse en toda la organización.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Incorporar a la calidad en la cultura organizacional del Instituto
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	Objetivo de calidad incorporado en el PEI
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	El Plan Estratégico Institucional incorpora un objetivo en su estructura.
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Documento del Plan Estratégico Institucional del Instituto.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuentes primarias: Plan Estratégico Institucional del Instituto
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Este indicador deberá medirse con la frecuencia de renovación del Plan Estratégico Institucional que determine la organización.
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 11**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Incorporación de actividades de calidad en el POI</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El Instituto debe incorporar en su Plan Operativo Institucional actividades de calidad como expresión de su compromiso de desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad
<b>4.- OBJETIVO</b>	Incorporar actividades de calidad en el desempeño habitual de la organización para corresponder y garantizar el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	Actividades de calidad incorporadas en el POI
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	El Plan Operativo Institucional incorpora por lo menos cuatro actividades de calidad en su estructura.
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Documento del Plan Operativo Institucional del Instituto.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuentes primarias: Plan Operativo Institucional del Instituto
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad.

## INDICADOR 12

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Incorporación de actividades del plan de seguridad del paciente en el POI</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El Instituto debe incorporar en su Plan Operativo Institucional actividades del plan de seguridad del paciente como expresión de su compromiso de desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad
<b>4.- OBJETIVO</b>	Incorporar actividades del plan de seguridad del paciente en el desempeño habitual de la organización para corresponder y garantizar el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	Actividades del plan de seguridad del paciente incorporadas en el POI
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	El Plan Operativo Institucional incorpora por lo menos dos actividades del plan de seguridad del paciente en su estructura.
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Documento del Plan Operativo Institucional del Instituto.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuentes primarias: Plan Operativo Institucional del Instituto
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 13**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de personal que usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad y de salud ocupacional.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Los cuidados de protección del personal durante la atención a los pacientes o actividades sanitarias de riesgo se ven reflejados en el control y el manejo de las infecciones intra hospitalarias y de enfermedades ocupacionales, el cual representa un indicador de la organización del nivel de eficacia de los servicios para minimizar los riesgos de infección en los usuarios externos e internos como resultado de una adecuada vigilancia y control de sus procedimientos.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Prevenir los riesgos sanitarios ocupacionales y de las infecciones intrahospitalarias.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de personal que usa indumentaria de protección que cumple normas de bioseguridad y de salud ocupacional en sus labores acorde a riesgos existentes en su área de trabajo según normas institucionales.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de personal ubicados en áreas o funciones de riesgo potencial sanitario según normas institucionales.
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registros de vigilancia epidemiológica
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Directa, Vigilancia epidemiológica activa y selectiva.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Mensual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Epidemiología.

**INDICADOR 14**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Densidad de incidencia de ITU asociado a catéter urinario permanente.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Los cuidados durante la atención se ven reflejados en el control y el manejo de las infecciones intrahospitalarias, el cual representa un indicador de la organización y del nivel de eficacia de los servicios para minimizar los riesgos de infección en los usuarios como resultado de una adecuada vigilancia y control de sus procedimientos.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Prevenir las complicaciones de las infecciones intrahospitalarias
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Densidad de Incidencia
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de ITU en pacientes con catéter urinario mas de 24 horas
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° de dias de cateterización urinaria
<b>8.- UMBRAL</b>	Por determinar
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Epicrisis, registros de monitoreo, reportes de vigilancia.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Directa, Vigilancia epidemiológica activa y selectiva.
<b>11.- MUESTRA</b>	Total de pacientes vigilados
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Mensual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Epidemiología

**INDICADOR 15**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Disponibilidad de guías de práctica clínica para los procesos de atención por Departamento para las causas de morbilidad priorizadas.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La tendencia a la estandarización en los servicios de salud es cada vez mayor, debido el 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.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar la proporción de Departamentos que cuentan con guías de practica clínica aprobados por la dirección del Instituto reconocida por el nivel central y que priorice sus principales causas de morbilidad.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Nº de Departamentos que cuentan con guías de práctica clínica aprobados para sus causas de morbilidad priorizadas.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de Departamentos evaluados
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Instrumentos disponibles en los Departamentos
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Lista de verificación de las guías de practica clínica existentes por Departamentos.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Direcciones Ejecutivas, Departamentos del Órgano de Línea, Oficina de Gestión de la Calidad

## INDICADOR 16

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Disponibilidad de manuales de procedimientos de prevención de riesgos y control de daños a la salud relacionados al tipo de trabajo realizado.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Los cuidados de protección del personal durante la atención a los pacientes o actividades sanitarias de riesgo se ven reflejados en el control y el manejo de las infecciones intra hospitalarias y de enfermedades ocupacionales; representa un indicador de la organización del nivel de eficacia de los servicios para minimizar los riesgos de infección en los usuarios externos e internos como resultado de una adecuada vigilancia y control de sus procedimientos.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Disminución del riesgo y de la prevalencia de enfermedades ocupacionales a nivel institucional.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de servicios que cuentan con manuales de procedimientos de prevención de riesgos y control de los daños a la salud relacionados al tipo de trabajo realizado.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° de servicios con riesgos potenciales de daños a la salud ocupacional.
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Instrumentos disponibles en los departamentos
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Lista de verificación de los manuales existente en los servicios preseleccionados
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de epidemiología. Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 17**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Comité de Auditoría de la Calidad en Salud implementado.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Para garantizar el desarrollo sistemático de procesos de Auditoría en el Instituto, la existencia de Comité de Auditoría de la Calidad en Salud es necesidad con singular importancia. Integración al personal en un equipo de trabajo dedicado a promover, aplicar y supervisar los procesos de Auditoría como parte de la mejora continua de la calidad en los servicios de salud.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Evidenciar la existencia del Comité de Auditoría de la Calidad en salud.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	Comité de Auditoría de la Calidad en Salud existente y formalizado
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Resolución Directoral
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Verificación de existencia de Resolución Directoral para su creación.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 18**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de Historias Clínicas auditadas aceptables.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El proceso de mejora continua de la calidad dentro del Instituto requiere la evaluación minuciosa de las Historias Clínicas. Entendiéndose a las auditorías en salud como una oportunidad de mejora de la calidad, la revisión de Historias Clínicas debe permitir al comité designado, establecer las acciones de mejora dentro del Instituto.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el porcentaje de Historias Clínicas que son auditadas y que son aceptables en base a la Norma Técnica de Historia Clínica, N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 y las guías de práctica clínica de cada Departamento del Instituto.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Nº de Historias Clínicas auditadas aceptables
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de Historias Clínicas auditadas
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Historias Clínicas
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Selección aleatoria y auditoria de historias clínicas.
<b>11.- MUESTRA</b>	Obtenida mediante fórmula con un margen de error de 5% y 95% de nivel de confiabilidad.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Bimensual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Comité de Auditoria de la Calidad en Salud. Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 19**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Análisis Situacional de Salud ASIS terminado.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El sistema de inteligencia sanitaria tiene como principal fin orientar las estrategias interventivas a través del uso adecuado de las herramientas de control de gestión sanitaria. Optimiza el proceso de toma de decisiones articulando la epidemiología y el planeamiento y vinculando unidades orgánicas y funcionales según análisis de priorización y monitoreo de trazadores. En este contexto el Análisis Situacional de Salud es el documento estratégico para el cumplimiento de los objetivos del sistema.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Evidenciar la formulación del Análisis Situacional de Salud.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	ASIS publicado y difundido del año inmediato previo.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Documento ASIS, Informes y Oficios de la Oficina de Epidemiología y Dirección General
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de documentación
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual a partir del segundo trimestre de cada año
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Epidemiología.

**INDICADOR 20**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Actualización de Sala Situacional.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El sistema de inteligencia sanitaria tiene por finalidad orientar las estrategias interventivas por medio del uso adecuado de herramientas de control de gestión sanitaria. Optimiza la toma de decisiones articulando la epidemiología y el planeamiento, vinculando unidades orgánicas y funcionales según análisis de priorización y monitoreo de trazadores. En este contexto la sala situacional permite objetivar información estratégica actualizada al mes previo.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Monitorear la actualización oportuna de la sala situacional
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	Sala Situacional implementada y actualizada al mes anterior.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registros y reportes de información implementados
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de documentación
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Mensual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Epidemiología.

**INDICADOR 21**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Tasa de suspensión de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El proceso garantiza el cumplimiento de la programación anual de adquisiciones y contrataciones (PAAC). El PAAC es uno de los elementos de mayor sensibilidad en el manejo administrativo institucional, su control debe permitir establecer las acciones de mejora de los procesos administrativos pertinentes.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Establecer la tasa de suspensión de procesos de adquisiciones y contrataciones del Instituto.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Tasa
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas suspendidos
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de procesos de adquisiciones y contrataciones programadas en el PAAC
<b>8.- UMBRAL</b>	10%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Resolución Directoral que aprueba el PAAC del Instituto. Expedientes de procesos realizados.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Verificación de la existencia de la Resolución Directoral. Revisión de expedientes de procesos realizados.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Administración.

**INDICADOR 22**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de proyectos de investigación ejecutados según programación.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La misión institucional, nivel de complejidad y categorización como establecimiento especializado en el Sector lo emplaza organizacionalmente a desarrollar proyectos de investigación científica para la innovación y desarrollo de las neurociencias. El proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el INCN requiere evaluación de la ejecución y cumplimiento de los proyectos de investigación relevantes para el crecimiento institucional.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Institucionalizar el proceso de investigación
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de proyectos de investigación ejecutados
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de proyectos de investigación aprobados (supone cronograma y presupuesto disponible)
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Resoluciones Directorales que aprueban el desarrollo de proyectos de investigación. Informes de proyectos de investigación finalizados
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Verificación de la existencia de la Resolución Directoral. Revisión de informes de proyectos de investigación finalizados.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Docencia e Investigación Especializada.

**INDICADOR 23**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de gastos ejecutados según meta programada en el POA</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La óptima ejecución del gasto para el desarrollo de los procesos administrativos, posibilita el adecuado cumplimiento de la programación de actividades en cada uno de los servicios de la institución. Fundamentalmente de los órganos de línea. Los gastos ejecutados según metas, dan sostenibilidad a los procesos prestacionales y administrativos, así como el logro de las metas físicas programadas.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Optimizar la ejecución del gasto según programación por metas.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Gastos ejecutados de acuerdo a la meta programada en el POA por departamento y oficina
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de gastos programados por metas en el POA
<b>8.- UMBRAL</b>	90%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Reporte SIAF-MPP. Ejecución Presupuestal por Metas
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Directa de los registros SIAF_MPP
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Administración y Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

**INDICADOR 24**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de notas modificatorias presupuestales según ejecución trimestral.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El adecuado cumplimiento de metas físicas y presupuestales denota un óptimo proceso de formulación del plan operativo institucional; de su programación presupuestal, soporte técnico y administrativo para la ejecución. Por consiguiente, el proceso de garantía de la calidad en el Instituto evalúa el porcentaje de notas modificatorias según ejecución trimestral.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el nivel de manejo de la ejecución presupuestal
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de notas modificatorias presupuestales por trimestre
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de cadenas de estructura funcional programática trimestral
<b>8.- UMBRAL</b>	10%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Informes de ejecución presupuestal del Instituto
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de la información de ejecución presupuestal del Instituto
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

**INDICADOR 25**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Tasa de suspensión de cirugías programadas.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La eficacia organizacional supone planeamiento y previsión de la oferta de servicios de neurocirugía, de sus procesos en relación a la demanda analizada, se garantice el abordaje integral del paciente y el estricto cumplimiento de cirugías programadas.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el nivel de cumplimiento de las cirugías programadas.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Tasa
<b>6.- NUMERADOR</b>	Nº de cirugías programadas suspendidas por el departamento de Neurocirugía.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de cirugías programadas por el departamento neurocirugía.
<b>8.- UMBRAL</b>	5%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registros de programación y ejecución de cirugías por departamentos.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de la información de la programación y ejecución de cirugías.
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Dirección de Neurocirugía, Oficina de Gestión de la Calidad

**INDICADOR 26**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de pacientes aptos para una reinserción social efectiva.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La principal función del Instituto es contribuir eficazmente en el ámbito de su especialidad y responsabilidad con la rehabilitación neurológica y reinserción social efectiva de sus usuarios externos.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Garantizar el óptimo cumplimiento del plan de tratamiento integral del paciente neurológico y neuroquirúrgico.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	Nº de pacientes que terminan su Neuro rehabilitación integral.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Total de pacientes atendidos por departamento
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Historias clínicas, Informes del Departamento de Neuro Rehabilitación y los demás departamentos neurológicos.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Selección aleatoria y auditoria de historias clínicas.
<b>11.- MUESTRA</b>	Obtenida mediante fórmula con un margen de error de 10% y 95% de nivel de confiabilidad.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Dirección de Neurología Clínica, Departamento de Neurorehabilitación.

**INDICADOR 27**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Disponibilidad de medios de transporte y comunicación para operativizar la conectividad del sistema de referencias y contra referencias</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La conectividad es uno de los parámetros del sistema de referencias y Contrarreferencias. Consecuentemente en el INCN existe en condiciones de operatividad medios, equipos de transporte y comunicación, como soporte garantizando dinámica del sistema.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Conocer la operatividad y disponibilidad de los medios de transporte, además los equipos de comunicación requeridos en el sistema de referencias y Contrarreferencias.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de medios de comunicación y transporte operativos para garantizar el sistema de referencias y contrarreferencias
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de medios de comunicación y transporte necesarios para el sistema.
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registros de informes del área de mantenimiento y control patrimonial del Instituto
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de la información
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Dirección General, Dirección Administrativa

**INDICADOR 28**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Disponibilidad de guías de atención acorde a NT de Referencias y Contrarreferencias</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La continuidad en la atención a los usuarios neurológicos y neuroquirúrgicas, establece la articulación de los establecimientos de salud del sector a través de la formulación e implementación gradual y sostenida de la NTS de referencias y Contrarreferencias.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Desarrollar el componente de neuro rehabilitación en la NTS de Referencias y Contrarreferencias
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	No aplica
<b>6.- NUMERADOR</b>	Guía formulada de Referencias y Contrarreferencias para la atención a la demanda de pacientes neurológicos.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	El Ministerio de Salud incorpora oficialmente la guía de referencias y Contrarreferencias para atender la demanda de pacientes neurológicos formulada por el INCN.
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Documento oficial del Minsa que incorpora la guía a la NT de Referencias y Contrarreferencias
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de fuentes primarias
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Anual
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

**INDICADOR 29**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Tiempo de espera para la atención en los servicios del instituto.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El tiempo de espera es un factor influyente en la satisfacción del usuario externo y las expectativas del prestador de servicios. El tiempo de espera prolongado es una limitación para el uso de los servicios, es sinónimo de insatisfacción. Al evidenciar el tiempo promedio que espera el paciente en los diferentes servicios del instituto para recibir atención, podremos identificar oportunidades de mejora de la calidad del servicio.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el tiempo de espera para atención en los servicios del Instituto
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Medición del tiempo
<b>6.- NUMERADOR</b>	Tiempo promedio de espera del usuario para su atención en los servicios del instituto
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	< 30 minutos
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Informe final de evaluación de tiempo de espera (encuestas)
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuente secundaria: encuestas
<b>11.- MUESTRA</b>	Obtenida mediante fórmula con un margen de error de 10% y 95% de nivel de confiabilidad.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 30**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Promedio de días de espera de pacientes continuadores para acceder a una cita de atención en consulta externa.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Este indicador muestra el tiempo promedio que debe esperar un paciente desde que recibió su primera atención hasta solicitar su cita para recibir la atención de continuador. Permite obtener el tiempo promedio por subespecialidades, para identificar las restricciones de atención a la demanda que se presentan en algunos de ellos, generalmente obedecen a limitaciones de recursos
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el tiempo Promedio de espera de pacientes continuadores para acceder a una cita de atención en consulta externa del Instituto
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Medición del tiempo
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° total de días de espera del paciente continuador para acceder a una cita de atención en consulta externa en un periodo
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° de paciente citados en el mismo periodo.
<b>8.- UMBRAL</b>	< 15 días
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registro de citas. Registro de pacientes
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de fuentes
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 31**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Promedio de días de espera para la hospitalización en salas de Neurocirugía</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	Este indicador muestra el tiempo promedio que debe esperar un paciente desde que tiene la orden de internamiento hasta la hospitalización en la sala de neurocirugía, para identificar las restricciones de atención a la demanda que presentan algunos de ellos, que por lo general obedecen a limitaciones de recursos
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el tiempo de espera para la hospitalización en salas de Neurocirugía
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Medición del tiempo
<b>6.- NUMERADOR</b>	Nº total de días de espera para la hospitalización en salas de Neurocirugía en un periodo.
<b>7.- DENOMINADOR</b>	Nº de paciente con orden de internamiento en el mismo periodo.
<b>8.- UMBRAL</b>	< 2 días
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Registro de datos en sala de hospitalización Neurocirugía. Registro de pacientes
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de fuentes
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad.

**INDICADOR 32**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de Historias clínicas extraviadas en consultorios externos.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El acceso oportuno y transparente a las fuentes de información para la cabal atención de los pacientes, obliga a la organización y administración eficiente del acervo documental en el INCN. En ese contexto la oficina de Estadística e informática tiene que cumplir cabalmente sus funciones y responsabilidades acorde a los documentos de gestión internos, de no ser así, deviene en desprestigio institucional, deficiente atención médica a los usuarios y maltrato a los ciudadanos. También pueden ser considerados como determinantes y condicionantes de la salud de los pacientes neurológicos.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Respetar los principios disponibilidad y accesibilidad oportuna a las historias clínicas de los pacientes neurológicos.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de Historias Clínicas de pacientes nuevos, reevaluaciones e interconsultas por departamento
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de Historias Clínicas extraviadas por todos los departamentos
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Historias Clínicas
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión directa de historias clínicas
<b>11.- MUESTRA</b>	Aleatoria en el servicio consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Estadística e Informática, Oficina de Gestión d la Calidad.

**INDICADOR 33**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de insatisfacción del usuario externo con respecto a la variable privacidad de la atención en consulta externa</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La privacidad es un derecho de los usuarios externos, por tanto establecer los mecanismos necesarios para el cumplimiento de este principio denota el respeto a la persona. Es decir el INCN debe brindar a sus usuarios atención personalizada en ambientes apropiados.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar el porcentaje de insatisfacción de usuarios externos que perciben privacidad durante la atención recibida.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Índice
<b>6.- NUMERADOR</b>	Brecha o diferencia (P-E) entre las Percepciones(P) y las Expectativas (E) de los Usuarios en relación a la variable privacidad de la atención en consulta externa (calculado automáticamente del SERVQUAL)
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	80%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Base de datos de encuestas de satisfacción del usuario externo.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Encuesta de satisfacción de usuario externo
<b>11.- MUESTRA</b>	Aleatoria en el servicio consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad

**INDICADOR 34**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de exoneración eficaz a usuarios externos pobres y en extrema pobreza por todo tipo de atención.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	La accesibilidad económica es un factor que el INCN toma en cuenta en el desarrollo de la política tarifaria en el sector. El principal objetivo es garantizar la cobertura de las necesidades de salud de la población más vulnerable con un enfoque de derechos. Con instrumentos que evalúen eficazmente el nivel socioeconómico. La atención efectiva y el menor perjuicio económico para los usuarios con menores recursos; expresa la capacidad del establecimiento de garantizar el acceso sin menoscabo de la normatividad administrativa y presupuestal vigente.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Conocer si el Instituto contribuye en la disminución de las brechas de acceso económico a los servicios de salud dentro del marco normativo vigente respetando el principio de equidad.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Porcentaje
<b>6.- NUMERADOR</b>	N° de pacientes que calificaron y fueron exonerados según evaluación socioeconómica
<b>7.- DENOMINADOR</b>	N° total de pacientes exonerados
<b>8.- UMBRAL</b>	100%
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Informes de servicio social. Informe contable y presupuestal
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Revisión de fuentes de servicio social, contabilidad y presupuesto
<b>11.- MUESTRA</b>	No aplica
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Trimestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina del DAS, Servicio Social

## INDICADOR 35

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Porcentaje de insatisfacción del usuario externo en consulta externa.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	En el sector salud, la satisfacción del usuario externo es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención. Por ello es indispensable conocer la percepción de los usuarios externos en torno a los grados de satisfacción o insatisfacción en las encuestas.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar la insatisfacción del usuario externo con relación a la atención de consulta externa en el Instituto.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Índice
<b>6.- NUMERADOR</b>	Ponderación entre el porcentaje de usuarios externos insatisfechos, gravedad y brecha de insatisfacción en relación a la variable privacidad de la atención en consulta externa (calculado automáticamente del SERVQUAL)
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	< 0.08 (valor válido solo para el INR)
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Base de datos de encuestas de satisfacción del usuario externo.
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Encuesta de satisfacción de usuario externo
<b>11.- MUESTRA</b>	Aleatoria en el servicio consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad

**INDICADOR 36**

<b>1.- NOMBRE</b>	<b>Categoría de Clima Organizacional.</b>
<b>2.- CATEGORIA</b>	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>	El conocimiento de la percepción de los usuarios internos sobre la estructura y dinámica de desarrollo organizacional en el Instituto permiten entender patrones conductuales y orientar prioridades interventivas de mejora en el INCN.
<b>4.- OBJETIVO</b>	Determinar la categoría de clima organizacional del Instituto para el desarrollo de estrategias interventivas de mejora.
<b>5.- TIPO DE MEDIDA</b>	Percentil
<b>6.- NUMERADOR</b>	Puntuación de escala por todo tipo de variables de análisis
<b>7.- DENOMINADOR</b>	No aplica
<b>8.- UMBRAL</b>	Percentil 75%. Puntuación media > a 3 (Clima Saludable – Pulido)
<b>9.- FUENTE DE DATOS</b>	Base de datos de encuestas de clima organizacional
<b>10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b>	Encuestas de clima organizacional
<b>11.- MUESTRA</b>	Aleatoria simple
<b>12.- PERIODICIDAD DE MEDICION</b>	Semestral
<b>13.- UNIDAD RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad