



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

Nº 153 -2012-SA-DG-INR

Resolución Directoral

Bellavista, 02 de Julio del 2012

Visto el expediente N°004923-2012 e Informe N°0117-OGC-INR-2012, de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

CONSIDERANDO:

Que, con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de los Servicios de Salud en las diferentes dependencias del Ministerio de Salud, dicha instancia ha establecido el Sistema de Gestión de la Calidad, que establece el uso de herramientas y técnicas; para su implementación;

Que, en tal sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad, con la finalidad de direccionar, articular e integrar los esfuerzos que se desarrollan en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN; para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud de la especialidad, a través de los órganos de línea y otros comprendidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad y lograr la integración o reintegración de las personas con discapacidad a la sociedad, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios, ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad 2012;

Que, el citado documento ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, órgano asesor en aspectos normativo, emitiendo opinión favorable, a través de los informes N°045-2012-PLANES-OEPE-INR y N°053-2012-OEPE-INR; por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente;

De conformidad con la Ley N°26842, Ley General de Salud, Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad, Resolución Ministerial N°676-2006-SA/DM, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", Resolución Ministerial N°596-2007-SA "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA "Manual de Mejora Continua de la Calidad", Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de sus facultades conferidas;

Estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad;

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el **PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2012** del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de Treintiuno (31) folios, Siete (07) títulos y Cuatro (04) anexos que forman parte integrante de la presente resolución.

..//

Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad ejecutará el Plan aprobado y efectuará el seguimiento y monitoreo de las actividades contenidas en el citado documento; para lograr las metas y objetivos programados.

Regístrese y Comuníquese



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



FAUF/EC

R.D 113-2012

c.c. Oficina de Gestión de la Calidad

Unidades Orgánicas

Responsable del Portal Web

Equipo de Apoyo- Portal Web.

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

“ADRIANA REBAZA FLORES”



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2012



Dr. Fernando Urcia F.

INDICE

I INTRODUCCION	3
II FINALIDAD	4
III OBJETIVOS	4
IV BASE LEGAL	4 - 6
V AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI CONTENIDO	6 -16
i. DEFINICIONES OPERACIONALES	6 - 7
ii. CONCEPTOS BASICOS	8 - 9
iii. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	9 -13
iv. COMPROMISOS INSTITUCIONALES	14
v. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	14 -15
vi. ACTIVIDADES	15 -16
VII ANEXOS	11-21
ANEXO N° 01	17-22
ANEXO N° 02	23-24
ANEXO N° 03	25-27
ANEXO N° 04	28-30
VII BIBLIOGRAFIA	31





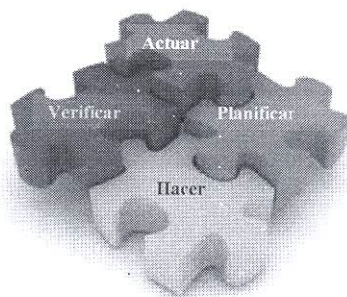
Dr. Fernando Urcia F.

I. INTRODUCCION:

El Plan Anual de Gestión de la Calidad 2012, ha sido formulado teniendo en cuenta el análisis situacional del Sistema de Gestión de la Calidad institucional y siguiendo los Lineamientos Generales promulgados por la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, que dentro del marco del **Sistema de Gestión de la Calidad¹** y **Política Nacional de Calidad en Salud²** ha establecido los conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes, niveles y directrices que han de servir de marco para el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención de salud en las entidades prestadoras del Sector del nivel nacional, regional y local, con el propósito de satisfacer a los usuarios, aumentando la eficiencia y la eficacia de los procesos en corto, mediano y largo plazo.

En este marco, el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" que presta servicios de atención integral de salud de alta y mediana complejidad a personas con discapacidad de funciones motoras y mentales, desarrolla actividades de docencia e investigación, formula propuestas técnico normativas y de tecnologías sanitarias con relación a la especialidad, en cumplimiento de su objetivo funcional general de **"Lograr eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en el campo de la Rehabilitación"**³ viene definiendo y estableciendo acciones para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención del paciente, siendo la Oficina de Gestión de la Calidad, como órgano de asesoramiento, la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad institucional mediante un proceso planificado de cambios que permitan conducir y regular dicho sistema.

Es merito de estas consideraciones, el presente documento busca garantizar la continuidad en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad institucional iniciada desde el 2006, en base a una gestión clínica que integra la buena práctica médica (medicina basada en la evidencia) y la buena gestión de los servicios (gestión basada en los servicios), representando una herramienta de innovación y rediseño organizativo, para ayudar a consolidar la **Cultura de la Calidad** en la práctica diaria, mediante la participación activa, en la toma de decisiones, del grupo multidisciplinario que participa en la prevención, promoción, atención y rehabilitación de los pacientes con discapacidad.



¹ MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2006.

² MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. 2009.

³ MINSA. Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores". 2006





Dr. Fernando Urcia F.

II. FINALIDAD

Mejorar la oferta de servicios de salud en Medicina de Rehabilitación de alta y mediana complejidad que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación, mediante el desarrollo de una Cultura de Calidad sensible a las necesidades y expectativas del usuario con discapacidad a fin de lograr su integración a la sociedad.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Institucionalizar el Sistema de Gestión de Calidad, mediante el desarrollo en una Cultura de Calidad y Mejora Continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer el diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrado al sistema institucional de salud.
2. Implementar procesos sistémicos de garantía y mejora de la calidad que garanticen la calidad de los servicios que se brindan a nivel institucional, en el marco de la normatividad vigente y con orientación en la satisfacción del usuario.
3. Implementar el proceso de información para la calidad que permitan contar de manera permanente y organizada con evidencias de la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.
4. Implementar mecanismos de participación ciudadana en la Vigilancia Ciudadana de la calidad de la atención de Salud que garanticen el ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud de la población.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
3. Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
4. Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
5. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
6. Ley N° 29124 "Ley de Congestión y Participación Ciudadana en Salud"
7. Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud"
8. Ley N° 29414 " Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud"
9. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
10. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba "Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo"
11. Decreto Supremo N°007-2008-MIMDES "Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad 2009-2018"





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F

12. Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba "Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud"
13. Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01
14. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"
15. Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
16. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
17. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba "Plan Nacional Concertado de Salud"
18. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud"
19. Resolución Ministerial 623-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan para el Estudio del Clima Organizacional 2008-2011"
20. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba "Guía Técnica del Evaluador para Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
21. 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"
22. Resolución Ministerial N° 317-2009/MINSA, que aprueba "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
23. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
24. Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Organización de los Institutos Especializados"
25. Resolución Ministerial N° 040-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud"
26. Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional - V.02"
27. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
28. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
29. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
30. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"
31. Resolución Directoral N° 202-2010-SA-DG-INR que Oficializa los "Comités de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación"
32. Resolución Directoral N° 225-2011-SA-DG-INR, que aprueba "Catalogo de Procedimientos Médicos y actividades Estandarizadas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores V.2.0"
33. Resolución Directoral N° 032-2012-SA-DG-INR, que aprueba el Documento Técnico "Plan Operativo Anual 2012 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"





V. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Rehabilitación (nivel III-2 de Categorización)

VI. CONTENIDO:

VI.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de organización que agregan valor a los productos.
- **Acreditación:** Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicio de un establecimiento de salud.
- **Atención de salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención:** 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.
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, para determinar el nivel de cumplimiento del Listado de Estándares, identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Calidad de la atención:** Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los objetivos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficiencia, eficacia y satisfacción del usuario.
- **Clima Organizacional:** Son las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan dicho trabajo.
- **Comités de Gestión de la Calidad institucional:** Equipos integrados por funcionarios, directivos profesionales y personal asistencial y administrativo, cuya labor es contribuir a la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en la institución, para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención del paciente en el instituto.
- **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.
- **Equipo de mejora:** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.
- **Evaluación de la Satisfacción del usuario externo:** Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.



Dr. Fernando Urcia F.





Dr. Fernando Urcia F.

- **Evento adverso:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante la atención de salud.
- **Expectativa del usuario:** Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud.
- **Gestión de la Calidad:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco de sistema de gestión de la calidad y se lleva 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.
- **Herramientas de la calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.
- **Investigación Operativa:** Es la investigación que identifica problemas en la prestación de servicios y prueba nuevas soluciones programáticas para estos problemas.
- **Mejora Continua:** Proceso ininterrumpido de cambio, con base en un ciclo que comprende 4 fases: Planificar, Hacer, Verificar y actuar.
- **Mejoramiento continuo de la calidad:** es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, 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.
- **Participación ciudadana:** Es la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre temas que le concierne, que contribuye al desarrollo de mejores prácticas democráticas, responsabilidad y control social, así como a la mejora de la calidad de vida de la población.
- **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.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **SERVQUAL:** Metodología utilizada para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario.
- **Sistema de Gestión de Calidad en Salud:** es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.
- **Usuario:** Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- **Vigilancia ciudadana:** Es una forma de participación a través de la cual los ciudadanos desarrollan acciones de seguimiento y observación del cumplimiento de las funciones, obligaciones y compromisos de la gestión pública en salud.





Dr. Fernando Urcia F.

VI.2 CONCEPTOS BASICOS:

- **Acciones correctivas:** Son acciones que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- **Acciones de innovación:** Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.
- **Acciones preventivas:** Son acciones que se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.
- **Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad que tiene la oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos cuantitativos y cualitativos.
- **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.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **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.
- **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.
- **Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- **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.
- **Historia Clínica:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- **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.
- **Nivel de Atención:** Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutiva cualitativa y cuantitativa de la oferta.
- **Nivel de Complejidad:** Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. guarda relación directa con las categorías del establecimiento.





Dr. Fernando Urcia F

- **Procedimiento:** Es el conjunto de actividades que describe un modo de operar, que va agregando valor en el logro de los resultados esperados (bienes o servicios producidos).
- **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.
- **Rehabilitación Integral:** es un proceso mediante el cual el sistema de Salud a través de planes, programas, servicios y acciones sectoriales e intersectoriales provee a las personas con discapacidad, igualdad de oportunidades que hagan posible el desarrollo y uso de sus capacidades, con el propósito de lograr el más alto nivel de autonomía funcional para facilitar el ejercicio de sus libertades fundamentales y derechos humanos, sociales, políticos y civiles, logrando así la participación e igualdad plena de ellos y de sus familias en la sociedad.
- **Unidad Productora de Servicios Medicina de Rehabilitación (UPS-MR):** Es la Unidad orgánica o funcional constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos organizados para la atención de las personas con discapacidad, con alteración del funcionamiento y/o en riesgo de ello, en establecimientos de salud y en ocasiones en servicios médico de apoyo.

VI.3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD:

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".

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"

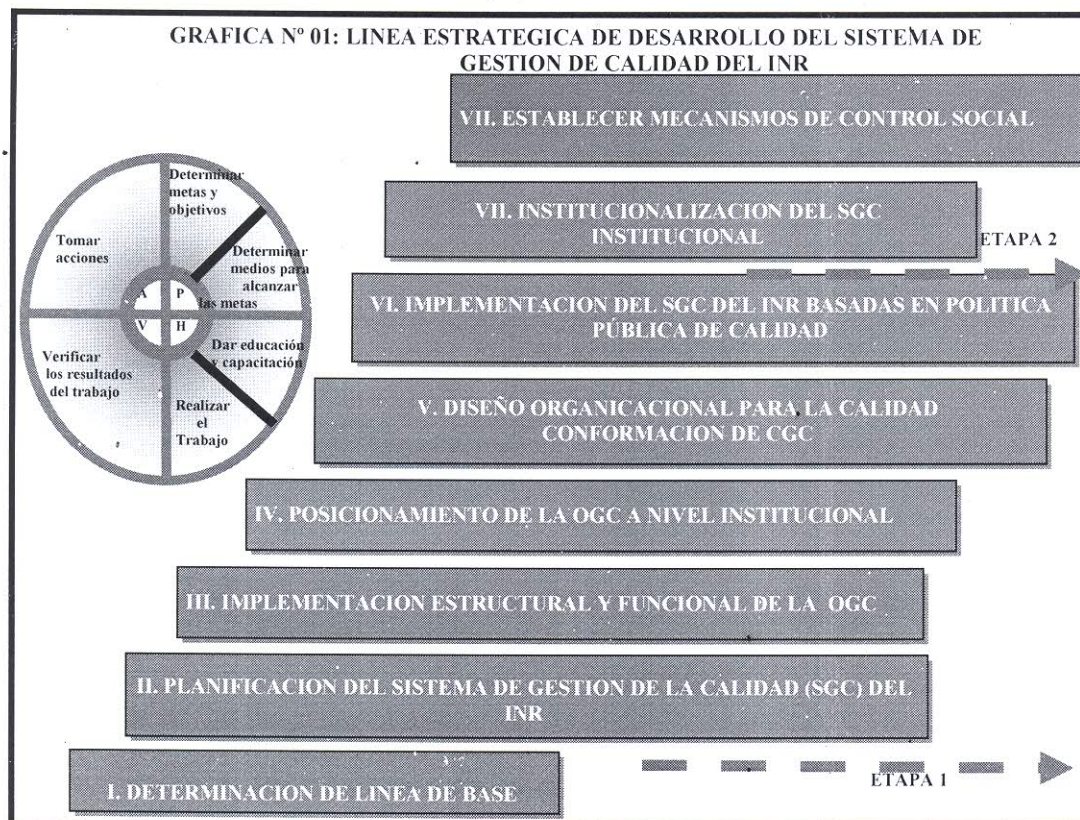
DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD AL 2011:

La Oficina de Gestión de la Calidad, desde su incorporación en la estructura orgánica del INR, como Órgano de Asesoramiento y Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente (*Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación aprobado con RM N° 715-2006/MINSA*) viene diseñando estrategias que permitan el cumplimiento de su objetivos funcionales, las mismas que se basan en el análisis estratégico sobre los elementos que facilitan o limitan el mejor desarrollo y consecución de las metas trazadas. (Grafica N° 01).





Dr. Fernando Urcia F



En la **determinación de la Línea de Base** se identificó como problemática central el Deficiente Desarrollo del Nivel de Calidad Institucional, sustentado en la presencia de tres nudos críticos fundamentales:

- Déficit en el Desarrollo de la Estrategia y Diseño Organizacional
- Débil Cultura Organizacional
- Débil Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad

Las mismas que sirvieron de base para la formulación durante el 2007- 2009 del **Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad del INR** que comprendió: Implementación estructural y funcional de la OGC, mediante la actualización de los Documentos de Gestión de la oficina: Manual de Organización y Funciones, Manual de Procedimientos de la Oficina, Conformación/reestructuración de los comités de Gestión de la Calidad y conformación del Comité de Quejas y sugerencias, Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Comité Técnico para la Seguridad del paciente y Comité Técnico para la Implementación del Clima Organizacional, Incorporación de una Cultura de Calidad en los procesos institucionales, con la integración del enfoque de calidad en el Plan Estratégico institucional, determinación del Índice anuales de Insatisfacción de los usuarios externos y Medición del Clima Organizacional y Fortalecimiento del desarrollo de los procesos de garantía y mejora de la calidad, mediante la implementación de los planes de Auditoría y Seguridad del paciente, desarrollo de los procesos de Acreditación e implementación del Documento Técnico Instrumentos y Estándares de la Calidad.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F

Durante el 2010, en el Plan Operativo Institucional (POA), se incorporo el Objetivo Especifico **"Implementar el Sistema Institucional de Gestión de la Calidad de las Unidades Orgánicas para mejorar continuamente la calidad de los procesos de dirección, apoyo administrativo y técnico asistencial"**, que permitió la Operativización de los Planes aprobados durante el 2009, que habían quedado pendientes de implementar. Así mismo, se inició la labor de posicionamiento de la OGC a nivel institucional, difundándose sus documentos de gestión y planes vigentes a la totalidad de Unidades Orgánicas, participación activa en los Comités, Comisiones y Equipos Técnicos institucionales y la implementación del Diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones de calidad, mediante la conformación con RD N° 202-2010-SA-DG-INR de los Comités de Gestión de la Calidad (CGC), correspondientes a las 30 Unidades Orgánicas de la institución, quienes, basados en sus conocimientos técnico científicos y su experiencia en el trabajo especializado, serán capaces de orientar los procesos decisorios hacia el mejoramiento continuo de las intervenciones profesionales con efectividad, eficiencia y eficacia, en la atención; para lo cual, inicialmente se empieza la labor de inducción y fortalecimiento de competencias técnicas del personal que conforman los CGC, con la finalidad de lograr el cumplimiento de la labor encomendada de contribuir con la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad institucional.

En el 2011, mediante la implementación de las directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional (Grafica N° 02): Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (RM N° 519-2006/MINSA), Plan Nacional concertado de Salud (RM N° 589-2007/MINSA) y la Política Nacional de Calidad en Salud (RM N° 727-2009/MINSA) se elaboró el Plan de Gestión de la Calidad, constituyéndose en una herramienta de innovación y rediseño organizativo para la consolidación de la **Cultura de Calidad en la práctica diaria**, contando para ello con la participación activa, en la toma de decisiones, del grupo multidisciplinario que participa en los procesos de atención en rehabilitación, siendo los CGC, correspondientes a las diferentes Unidades Orgánicas, los que promovieron las mejoras continuas de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención, previa evaluación de la problemática y priorización de necesidades.

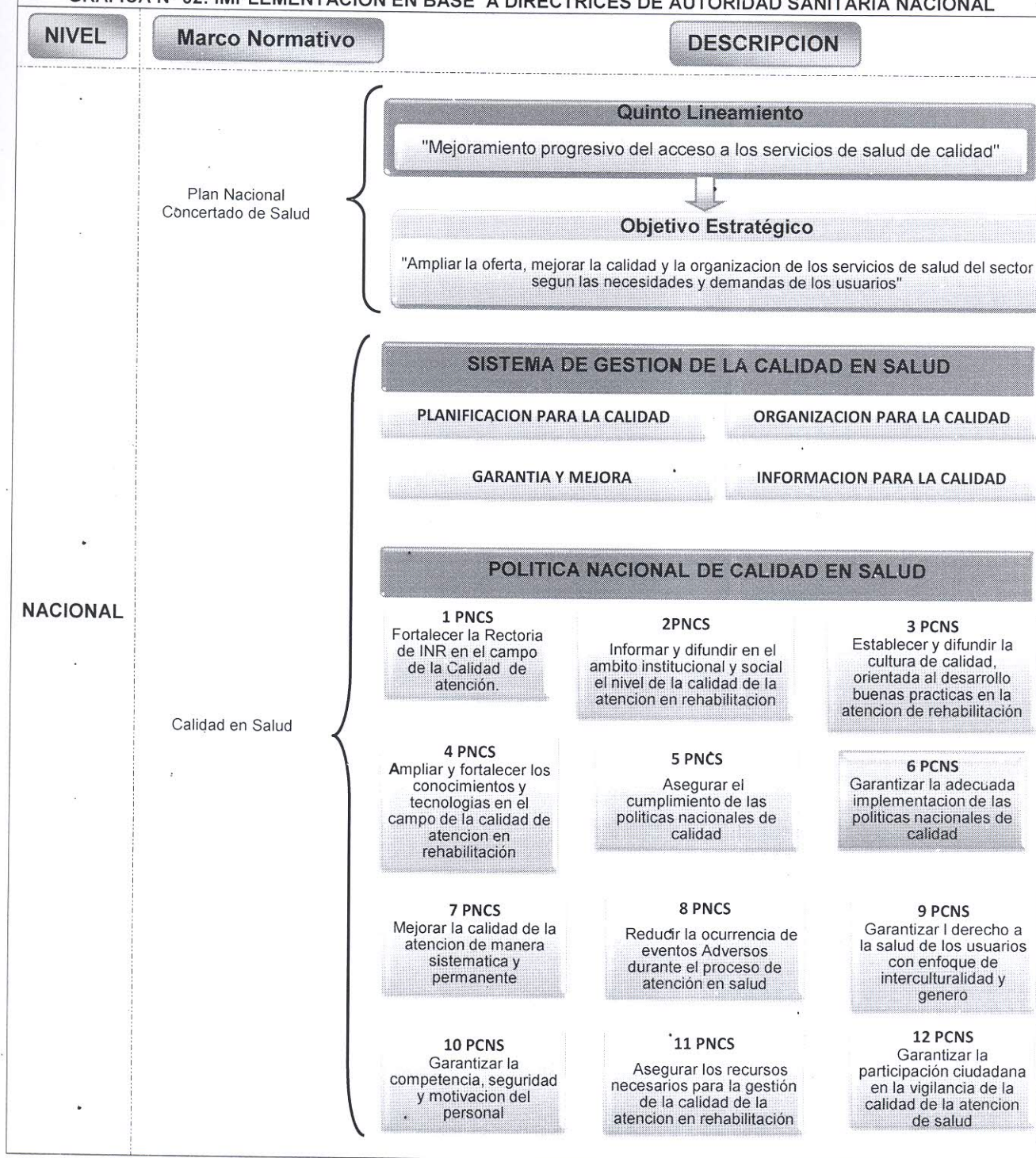
En base a los avances en la implementación del Sistema Institucional de Gestión de la Calidad que se ha realizado al 2011(Grafica N° 03), y los resultados de los Indicadores por líneas estratégicas alcanzados al 2011, correspondientes a los resultados de la Medición de la Cultura de Seguridad del INR, Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo, Estudio del Clima Organizacional y monitoreo de Estándares e Indicadores de la Calidad, se ha diseñado el Plan de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" 2012 definiéndose las estrategias de intervención y las actividades a ser implementadas durante el presente año, buscando dar continuidad a la labor iniciada, que permitan el cumplimiento de los objetivos trazados, para contribuir a la mejora continua de los procesos de atención de salud clínicos y de gestión mediante el establecimiento de buenas practicas de atención, impactando en las satisfacción del usuario externo e interno y en concordancia con los objetivos estratégicos nacionales, regionales e institucionales.





Dr. Fernando Urcia

GRAFICA Nº 02: IMPLEMENTACION EN BASE A DIRECTRICES DE AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÚ JAPÓN

Oficina de Gestión de la Calidad



GRAFICA N° 03: IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL AL 2011

OBJETIVO GENERAL

Implementar el sistema Institucional de Gestión de la Calidad, basado en una Cultura de Calidad y Mejora de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, así como las del personal que los brinda

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Fortalecer el diseño Organizacional que permita llevar a cabo las funciones de calidad

Comités de Gestión de la Calidad

El 55% de los CGC se han operativizado, con evidencia de reuniones periódicas y desarrollo de actividades de mejora de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos

Proceso de Capacitación continúa

- Normatividad relativa a la Gestión de la Calidad.
- Trato Digno del Usuario.
- Manejo de relaciones interpersonales.
- Gestión de Riesgos.
- Libro Reclamaciones.
- Auditoria en Salud.
- Metodología SERVQUAL modificada.
- Acreditación.

Planes y Programas de desarrollo de competencias laborales, prevención de riesgos ocupacionales e incentivos individuales y colectivos
Realización de Diagnostico Situacional

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Implementar procesos de Garantía de la calidad orientada a la satisfacción del usuario y en el marco de la normativa

Auditoria de la Calidad de atención en Salud

- Comité de Auditoria Institucional reestructurado.
- Acreditación de 37 profesionales médicos con perfil de auditor.
- Ejecución de auditorias de la Calidad de Registro CC.EE. Calidad de atención de hospitalización.

Cultura institucional Seguridad del paciente

- Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del paciente.
- Medición de la cultura de Seguridad del paciente del INR.
- Implementación del Sistema de Notificación de eventos adversos.
- Implementación estandarizada del consentimiento informado.
- Implementación de buenas practicas de atención en rehabilitación.
- Mejora de mecanismo de atención y Escucha al Usuario.

Proyectos de Mejora Continua

- Desarrollo de acciones de mejora continúa de la calidad en los CGC operativos.
- Liderazgo de CGC DIDRIDIAS, DIDRIDP y DIDRIA

Proceso Autoevaluación con fines de Categorización y Acreditación

- Conformación del Equipo de Acreditación Institucional
- Conformación del Equipo Institucional de evaluadores Internos.
- Evaluación de estado situacional de Evaluación de Estándares de acreditación.
- Capacitación del equipo de acreditación y evaluadores internos institucional.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Implementar el proceso de información para la calidad que permitan contar de manera permanente y organizada con evidencias de la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos

Sistema de Información usuario externo:

- Implementación del Sistema de Quejas y Sugerencias Institucional.
- Implementación de Libro de Reclamaciones.
- Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo de CC.EE.

Sistema de Información usuario interno:

- Medición del Clima Organizacional del INR.
- Sistematización de información de otras fuentes.

Estándares e Indicadores de Calidad:

- Evaluación de los Estándares e Indicadores de calidad del INR.
- Fundamentación de propuesta actualizada de Estándares e Indicadores de calidad

OBJETIVO ESPECIFICO 4

Garantizar la Participación Ciudadana en la Vigilancia de la Calidad de atención en salud.

Comité de Defensoría del Usuario:

- Participación en actividades de Escuela de padres.
- Implementación de Encuesta rápida sobre discapacidad en distrito de Chorrillos.
- Organización y participación en las Conmemoración del Día Internacional de la persona con discapacidad.
- Conformación del Comité Comunal de RBC.





Dr. Fernando Urcia

V.14 COMPROMISOS INSTITUCIONALES EN RELACION A LAS POLITICAS DE CALIDAD

- Por la **Primera Política**, con respecto al **Estado en su función de Autoridad Sanitaria**: Garantizar el derecho a la calidad de la atención de salud brindada por cada Unidad Orgánica del INR.
- Por la **Segunda Política**: Asumir la responsabilidad de informar y rendir cuentas socialmente sobre los logros correctivos de mejoras en los niveles de la calidad de atención en rehabilitación.
- Por la **Tercera Política**: Fomentar y difundir la Cultura de la Calidad, con su desarrollo de buenas prácticas de atención en rehabilitación y establecer incentivos a los profesionales y/o técnicos que logren mejoras en la calidad de la atención en su ámbito laboral.
- Por la **Cuarta Política**: Promover la producción y difusión del conocimiento científico y producción tecnológica lograda en el campo de la calidad de la Atención en rehabilitación.
- Por la **Quinta y Undécima Políticas**: Asignar los recursos para Gestión de la Calidad, con seguimiento y evaluación de los proyectos desarrollados en cumplimiento de las políticas nacionales de calidad.
- Por la **Sexta Política**: Impulsar que cada Unidad Orgánica adecue sus procesos organizacionales orientándolos al desarrollo de una cultura centrada en las personas y la mejora continua, como su tarea central.
- Por la **Séptima Política**: Cumplir con responsabilidad las Normas y Estándares de Infraestructura, de Equipamiento, de aprovisionamiento de Medicamentos, Insumos y Materiales para implementar planes, programas y procesos de mejora de la Calidad de la Atención en los Servicios brindados, que sustenten la Categorización y Acreditación del INR como Nivel III-2.
- Por la **Octava Política**: Implementar mecanismos para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención de salud.
- Por la **Novena Política**: Promover la protección de los derechos de las personas que necesitan nuestros servicios, velando por un trato digno, con prácticas de atención adecuadas a enfoques de interculturalidad y genero, y lograr una amplia coordinación ciudadana para dar información sobre servicios brindados y recibir sugerencias sobre mejoras de nuestros servicios prestacionales.
- Por la **Decima Política**: Impulsar mejoras en las competencias laborales, adecuadas condiciones de trabajo, protección frente a los riesgos laborales e incentivos a quienes brindan la mejor calidad de atención.
- Por la **Duodécima Política**: Garantizar que los ciudadanos ejerzan y vigilen el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y con corresponsabilidad del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para ello con nuestro apoyo de Autoridad Sanitaria Especializada.

VI.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

1. Sensibilización, difusión y capacitación al personal institucional, según corresponda, de las bases conceptuales de la gestión de la calidad, los procesos, herramientas y técnicas necesarias para la implementación de procesos de mejora continua de la calidad.





Dr. Fernando Urcia F.

2. Establecimiento de mecanismos de seguimiento, supervisión y evaluación de la implementación de las Políticas Nacionales de Calidad a nivel institucional.
3. Fortalecimiento de los CGC, como base funcional en cada Unidades Orgánicas, que promueven la Implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad a nivel institucional.
4. Involucrar y motivar a los usuarios internos en la nueva filosofía, procesos, herramientas y técnicas necesarias para el cambio y la mejora de la calidad en salud.
5. Involucrar a los usuarios externos en el proceso de mejora continua de la calidad de los servicios de salud y en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.
6. Fortalecimiento de los mecanismos de evaluación de la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios externos (Sistema de Quejas y Sugerencias, Libro de Reclamaciones y Encuesta metodología SERVQUAL).
7. Implementación de instancias y mecanismos de acceso a la información y protección de los derechos de los usuarios.
8. Implementación de planes y programas de desarrollo de competencias laborales y prevención de riesgos ocupacionales.
9. Implementación de programas de evaluación del desempeño laboral y otorgamiento de incentivos para el personal institucional que logren mejoras de la calidad y seguridad de la atención en sus respectivos estamentos.
10. Utilizar la Categorización y Acreditación como un instrumento que permita incentivar y reconocer el logro del nivel de Calidad Institucional, según estándares establecidos por el Ministerio de Salud y de nivel Internacional.
11. Promover la investigación operativa que apoye las mejores y óptimas decisiones asistenciales en los servicios, y la planificación de sus actividades para el mejoramiento continuo.

VI.5 ACTIVIDADES

OE1: Fortalecer el diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrado al sistema institucional de salud.

1. Consolidar la estructura funcional de los Comités de Gestión de la Calidad institucional.
2. Fortalecer y brindar apoyo técnico para el funcionamiento de los Comités de Gestión de la Calidad Institucional.
3. Implementar el **Proceso de Capacitación Continua** en el desarrollo de funciones para la calidad:
 - a. Dimensiones de la Calidad
 - b. Trato digno al usuario.
 - c. Manejo de relaciones interpersonales.
 - d. Derechos y Deberes del paciente.
 - e. Herramientas de Calidad.
 - f. Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
 - g. Gestión de Riesgos.
 - h. Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
 - i. Evaluación de Satisfacción del Usuario externo.
 - j. Escucha al Usuario.
 - k. Estudio de Clima Organizacional
 - l. Autoevaluación - Acreditación.
4. Establecimiento de mecanismos de seguimiento, supervisión y evaluación de la implementación de Planes y Programas de **desarrollo de competencias laborales**,





prevención de riesgos ocupacionales e incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad.

OE2: Implementar procesos sistémicos de garantía y mejora de la calidad que garanticen la calidad de los servicios que se brindan a nivel institucional, en el marco de la normatividad vigente y con orientación en lograr la satisfacción del usuario.

1. Institucionalizar la **Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**, como componente de la mejora continua de la atención en las prestaciones
2. Fortalecer la **Cultura Institucional de Seguridad del Paciente** orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención y reducción de riesgos
3. Conducir y monitorear el desarrollo de **Proyectos y/o Acciones de Mejora Continua de la Calidad** en los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de rehabilitación
4. Asesorar y monitorear el desarrollo de líneas de **Investigación Operativa** cuya aplicación de conocimientos y competencias organizados permitan innovaciones en la **Tecnología Sanitaria** correspondiente a la especialidad.
5. Promover y Asesorar en el desarrollo de los procesos de **Autoevaluación**, con fines de la Categorización Especializada (III-2) y Acreditación institucional.

OE3: Implementar el proceso de información para la calidad que permitan contar de manera permanente y organizada con evidencias de la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos

1. Fortalecimiento del proceso de Información sobre la atención institucional a través del **sistema de quejas y sugerencias institucional** y Libro de Reclamaciones.
2. Desarrollar la Evaluación de la Satisfacción **del usuario externo en consulta Externa y hospitalización**.
3. Desarrollar e implementar el Plan de intervención, acciones y/o proyectos de mejora relacionados al **Clima Organizacional**.
4. Fortalecer los mecanismos de toma de decisiones en base a la información que brinda la evaluación de los **estándares e indicadores de calidad** en las diferentes unidades orgánicas del instituto.

OE4: Implementar mecanismos de participación ciudadana en la Vigilancia Ciudadana de la calidad de la atención de Salud que garanticen el ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud de la población.

1. Implementar el Comité de Defensoría del usuario como instancia y mecanismo de protección de los derechos de los usuarios.
2. Propiciar la incorporación de mecanismos de gestión que proporcionen acceso a la información y comunicación sobre la atención y rehabilitación integral en salud.





VII. ANEXOS:

Anexo N° 01

RESPONSABLE DE CALIDAD EN SALUD:

Dr. José Gabriel Renán Alencastre Calderón.
Director de la Oficina de Gestión de la Calidad

Correo electrónico: ralencastre@hotmail.com

Número de Celular: 993203040

Número de teléfono fijo: (511) 429-9690/429-2377 Anexo 216



Dr. Fernando Urcia F.

COMITÉS INSTITUCIONALES:

Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:

Jefe: Dra. Carmen consuelo Cifuentes Granados

Coordinador: Dra. Liz Carín Mendoza Rebaza

Vocales:

- Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Mentales.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación.
- Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Motoras.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Medulares.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales.
- Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnostico.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Tratamiento.
- Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Biomecánica.

Comité Técnico para la Seguridad del paciente:

Presidente: Director de la Oficina de Gestión de la Calidad

Miembros:

- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Mentales.
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Motoras.
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.
- Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F.

- Oficina Ejecutiva de Administración.
- Oficina de Epidemiología.
- Departamento de Enfermería.
- Oficina de Estadística e Informática.
- Oficina de Comunicaciones.
- Oficina de Asesoría Jurídica.

Comité Técnico de Implementación del Plan para el Estudio de Clima Organizacional:

Presidente: Director de la Oficina de Gestión de la Calidad

Miembros:

- Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Mentales.
- Director de la Oficina de Personal
- Presidente de la Asociación de Médicos del INR.
- Secretario General del Sindicato Único de Trabajadores del INR.
- Secretario General del Sindicato de Tecnólogos Médicos del INR.

Equipo de Acreditación Institucional:

Presidente: Dirección General

Coordinador: Director de la Oficina de Gestión de la Calidad

Miembros:

- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Mentales.
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación en Funciones Motoras.
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.
- Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud.
- Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.
- Oficina Ejecutiva de Administración.
- Oficina ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Oficina de Epidemiología.
- Oficina de Estadística e Informática.

Comités de Gestión de la Calidad

Mediante RD N°124-2012-SA-DG-INR (26/05/2012) se oficializó los 30 Comités de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación, correspondientes a las diferentes Unidades Orgánicas de la institución. Dichos equipos quedan establecidos como sigue:

Dirección General:

Carmen Consuelo Cifuentes Granados	ccifuentes@inr.gob.pe
Víctor Manuel Rivas Díaz	victorivas18@yahoo.es
Elsa Angelita Castillo Montoya	ecastillo@inr.gob.pe
Yskra Lizet Gambarini Díaz	igambarini@inr.gob.pe

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Dr. Luis Martin Botton Estrada	martin_botton@yahoo.es
José Manuel Montero Romero	jmontero@inr.gob.pe
María Rosario Nuñez Capillo	mnuñez@inr.gob.pe
Luisa Hilda Vera Cárdenas	lvera@inr.gob.pe
Juana Rosa Sotelo Sánchez	rsotelo@inr.gob.pe
Maria Elena Bernal Lazo	mbernal@inr.gob.pe





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F.

Oficina Ejecutiva de Administración

Ricardo Begazo Cornejo
Celia Emperatriz Mercado Marrufo
María Rosario Nuñez Capillo

rbegazo@inr.gob.pe
cmercado@inr.gob.pe
delfinperu@hotmail.com

Oficina de Asesoría Jurídica

Martha Aida Rodríguez Vargas
Rubén Ramón Delgado Pimentel
Yesení Ruth Sánchez Diestra

marea62@gmail.com
rubendelgado01@gmail.com
ysanchez@inr.gob.pe

Oficina de Gestión de la Calidad

Liz Carín Mendoza Rebaza
Natalie Lorena Reyes Icaza

lmendoza@inr.gob.pe
natalielorena21@hotmail.com

Oficina De Cooperación Científica Internacional

Lily Pinguz Vergara

lpinguz@inr.gob.pe

Oficina de Epidemiología

Nelly Jacinta Socorro Roncal Velazco
Emma Lucia Castillo Perez
María Bety Siesquen Huamán

nelly_roncal@hotmail.com
ecastillo@inr.gob.pe
bsiesquen@inr.gob.pe

Oficina de Personal

Mario Antonio García Camacho
Lourdes Bonifacia Cuadros Medina
Tania María Beatriz Mejía Carbajal
Alcira Alonso Capcha

mgarcia@inr.gob.pe
lcuadros@inr.gob.pe
tmejia@inr.gob.pe
aalonso@inr.gob.pe

Oficina de Economía

Israel William Ruiz Gamarra
José Octavio Burgos Gallegos
Socorro Muñoz Sánchez

iruiz@inr.gob.pe
jburgos@inr.gob.pe
somu_sa@hotmail.com

Oficina de Logística

Gloria Meza Camargo
Pedro Antonio Rojas Tulich
Gabriela Denise Minchan Barrera
Norma Nelly Chávez Córdova
Pascuala Zenaida Navarro Juárez

gmeza@inr.gob.pe
arojas@inr.gob.pe
gminchan@inr.gob.pe
nchavez@inr.gob.pe
znavarro@inr.gob.pe

Oficina de Servicios Generales

Lucas Alvarado Isuiza
Tito Bravo Picón
David Moisés Cerruche Huerta

lalvarado@inr.gob.pe
lalvarado@inr.gob.pe
cerruche_h28@hotmail.com

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

Carmen Fabiana Tataje Contreras
Alicia Herminia Boluarte Carbajal
Claudina Díaz Panduro

ctataje@inr.gob.pe
aliciaboluarte@gmail.com
cdiazpanduro@yahoo.es





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÚ JAPÓN

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F.

Oficina de Comunicaciones

Elvira Luz Cano Postigo
Elsi Noili Perez Chung
Yanet Mercado Valera

ecano@inr.gob.pe
prensa@inr.gob.pe
jmercado@inr.gob.pe

Oficina de Estadística e Informática

Violeta Nery Dávila Peña
Ana Bertha Bernal Astudillo
Alejandro Carrasco Sullón
Delia Palomares Chávez
Juan Leoncio Chávez Sobrado
John Asto Lanazca
Renato Martínez Montes

vdávila@inr.gob.pe
bbernal@inr.gob.pe
jano_533@hotmail.com
dpalomares@inr.gob.pe
jchavez@inr.gob.pe
jasto@inr.gob.pe
rmartinez@inr.gob.pe

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral de las Funciones Mentales

Carlos Anibal Béjar Vargas
María Esther Araujo Bazán
Elsa Zavaleta de Flores
Rosa Leopoldina Zevallos Piedra
Roberto Jaime Alen Ayca

carbevar@yahoo.es
maraujobazan@gmail.com
desarrollo@inr.gob.pe
aprendizaje@inr.gob.pe
jalen@inr.gob.pe

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje

Alicia Carola Flores Cabrera
Gloria Esther Violeta Merino Villaizán
Yolanda Leonor Vilchez Pachas
Ernestina Normandis Bolívar Joo

jvera_raggio@hotmail.com
g.merino@hotmail.com
yoli_vil@hotmail.com
normatina@hotmail.com

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación

Maria Roxana Cock Huamán
Rocío Rodríguez Rubín
Luzmilá Nuñez Changana

roxana3112@yahoo.com
ruth0803@hotmail.com
luzmila_45@hotmail.com

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y Adaptación Social

María Esther Araujo Bazán
Ana María Pablo Mallqui
María Soledad Ostos Jara
Luz Angélica Espinoza Arellano
Rocío Milagros Cabrera Moreno
Carmen Marina Montejo Maldonado
Rossana Elizabeth Martell Bernal

maraujobazan@gmail.com
anamariapablo.t.o@hotmail.com
soledadostos@hotmail.com
luzdieju@hotmail.com
shio3110@hotmail.com
tarnerner@hotmail.com
rossmar2831@hotmail.com

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor

Luisa Mahali Bejar Paredes
Giannina Elianne Valdez Maguina
Fanny Matheus Berrocal
Paula Dominga Infantes Ramírez

luimaha@yahoo.es
gianny-sol@hotmail.com
chispitatita@hotmail.com
paolainfantes@yahoo.es





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F.

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras

Asencio Segundo Quintana Gonzales
Cesar Augusto Kuroki García
Luis Miguel Farro Uceda
Maria Teresa de Jesús Martínez Romero

motoras@inr.gob.pe
cesarkuroki10@hotmail.com
lufarro@yahoo.es
medulares@inr.gob.pe

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares

Enrique Eladio Rodríguez Guzmán
Lucy Mercedes Chapoñan Chapoñan
Adela Luzmila Martínez Ampuero
Verónica Diana Neciosup Tome

erg812005@yahoo.es
lucymerci@hotmail.com
adelaterap@hotmail.com
canirove26@yahoo.com

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales

Antonio Martin Becerra Príncipe
Diana Cam Chiock
Luis Angel Pablo Valdivia
Carlos R. Palacios Casusol
Gladys Valenza Sullcahuaman

ambp66@hotmail.com
diyulen@hotmail.com
luispablov@yahoo.com
caropaca41@hotmail.com
lalyvale@hotmail.com

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor

Cesar Augusto Kuroki García
Andrés Florián Florián
Benjamin Arquímedes Montes Cervantes
Graciela Collatón Chicama
Alicia Martha Risco Alegres

cesarkuroki10@hotmail.com
andresflorian@gmail.com
dr_benjaminmc@hotmail.com
gcollaton@hotmail.com
amrhal7@yahoo.com

Departamento de investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales

Raquel Tapia Egoavil
Sergio Reynoso Cuaresma
Carla Mahia Zauñy Coronado
Lourdes Lola Villegas Flores
Consuelo Amelia Alcalá Sánchez

raqueltapiaegoavil@yahoo.com
reynoso_sergio@hotmail.com
mahiazauny@hotmail.com
marjorie_20@hotmail.com
consalca@hotmail.com

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

Rómulo Alcalá Ramírez
Rosa Sabina Montalvo Sánchez
Jorge Eduardo Castro Aparicio
Hermelinda María Iriarte Veliz

deidaadt.inr@gmail.com
didab.inr@gmail.com
didaad.inr@gmail.com
didaat.inr@gmail.com

Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico

Jorge Eduardo Castro Aparicio
Miguel Matías Penagos Ávila
Alberto Moreno Gutiérrez

didaad.inr@gmail.com
matias2367@hotmail.com
sdpi.inr@gmail.com





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Tratamiento

Hermelinda María Iriarte Veliz

didaat.inr@gmail.com

Víctor Hugo Mendoza Portocarrero

ortodoncia@inr.gob.pe

Iván Gustavo Marcelo Bonifacio

theonegustavo@gmail.com

Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Biomecánica

Rosa Montalvo Chávez

didab.inr@gmail.com

Ulises Alfonso Mora Castro

didab.inr@gmail.com

Manuela Bazalar Barrera

didab.inr@gmail.com

Giovanni Wilfredo Gavilano Muñoz

gio_gav@hotmail.com

Fidel Isaías Carhuaz Córdova

fidel_27_1@hotmail.com

Edgardo Gregorio Orellana Marchan

egomo_40@hotmail.com

Pepe Rafael Chauca Valerio

ppchv@hotmail.com

Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud

Elena Keiko Kiuchi Osada

elenakko@hotmail.com

Gladis Filomena Alarcón Candía

filog1000@hotmail.com

Vanessa Inés Botonero Sánchez

vanessa2592@hotmail

Departamento de Enfermería

Carmen Rosa Julián Rivero

crosaj@hotmail.com

Edith Flor Morales Porras

edith_flor_m@hotmail.com

Justa Edelmira Dávila Vargas

edelmiradav@hotmail.com





Anexo N° 02

Resultados de Medición de Clima Organizacional 2011 (EDCO)

Dr. Fernando Urcia F

VARIABLE / DIMENSION	RANGO DE PUNTUACION	EVALUACION DE LA PUNTUACIÓN			PUNTUACION	EVALUACION DE CLIMA	CLIMA ADVERSO [0 a 1]	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
		No Saludable	Por mejorar	Saludable				
CLIMA ORGANIZACIONAL	28 a 112	Menos de 16	16 a 24	Más de 24	73.26	Por Mejorar	0.461	*
Var 1 CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN	8 a 32	Menos de 16	16 a 24	Más de 24	23.33	Por Mejorar	0.361	
Dim 2 Conflicto y Cooperación	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	5.18	Por Mejorar	0.470	6
Dim 8 Motivación	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	8.05	Por Mejorar	0.439	8
Dim 5 Identidad	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	10.09	Saludable	0.212	10

Var 2 DISEÑO ORGANIZACIONAL	9 a 36	Menos de 18	18 a 27	Más de 27	24.47	Por Mejorar	0.640	
Dim10 Remuneración	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	3.86	No Saludable	0.690	1
Dim11 Toma de Decisiones	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	5.03	Por Mejorar	0.496	5
Dim 1 Comunicación Organizacional	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	8.80	Por Mejorar	0.356	9
Dim 4 Estructura	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	6.79	Saludable	0.201	11

Var 3 POTENCIAL HUMANO	11 a 44	Menos de 22	22 a 33	Más de 33	25.46	Por Mejorar	0.562	
Dim 9 Recompensa	3 a 12	Menos de 6	6 a 9	Más de 9	6.11	Por Mejorar	0.655	2
Dim 6 Innovación	4 a 16	Menos de 8	8 a 12	Más de 12	9.33	Por Mejorar	0.556	3
Dim 7 Liderazgo	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	4.81	Por Mejorar	0.532	4
Dim 3 Confort	2 a 8	Menos de 4	4 a 6	Más de 6	5.22	Por Mejorar	0.464	7

Los resultados de la medición del Clima Organizacional en la que participaron los usuarios internos del INR, nos muestra un **Clima Organizacional** en el rubro **POR MEJORAR**, ya que se ha obtenido una puntuación global de 73.26, que implica la necesidad de la Elaboración de un Plan de intervención, proyecto o acciones de mejoras relacionados al Clima Organizacional, en los diferentes procesos que son percibidos como debilidad o amenaza.

Al evaluar la respuesta de los usuarios por variables, tanto **Cultura Organizacional** (conjunto de valores, creencias y entendimientos que los integrantes de una organización tienen en común), **Diseño Organizacional** (implica la coordinación de esfuerzos, el tener un objetivo común, la división de trabajo y una jerarquía de autoridad) y **Potencial Humano** (constituido por el sistema social interno de la organización) se han presentado como rubros **POR MEJORAR**.

Con la evaluación de cada dimensión en forma particular se ha podido realizar la jerarquización y establecimiento de prioridad en el planteamiento de intervenciones y acciones de mejora, siendo la de mayor problemática la dimensión **Remuneración** (forma en que se remunera a los trabajadores), siendo catalogada como **NO SALUDABLES**, seguida de las dimensiones **Recompensa** (otorgamiento de incentivos al empleado que hace bien su trabajo y si no lo hace se le impulse a mejoras en mediano plazo), **Innovación** (voluntad de experimentar cosas nuevas y cambiar la forma de hacerlas), **Liderazgo** (influencia ejercida en el comportamiento de otros para lograr resultados), **Toma de decisiones**, **Conflicto y cooperación** (colaboración entre los empleados en el ejercicio de su trabajo y en los apoyos materiales y humanos que estos reciben de la organización), **Confort**, **Motivación** (condiciones que llevan a los empleados a trabajar más o menos intensamente dentro de la organización), **Comunicación organizacional** (redes de comunicación que existe dentro de la organización y facilidad para que los empleados hagan escuchar sus quejas) como **POR MEJORAR**.

Siendo las dimensiones **SALUDABLES** y necesario de seguir fortaleciendo la **Estructura** e **Identidad** (sentimiento de pertenencia a la organización)

Fuente: Informe N° 0037-OGC-INR-2012 "Estudio del Clima Organizacional del Instituto Nacional de Rehabilitación 2011".





Dr. Fernando Urcia F.

Resultados de Medición de Satisfacción del Usuario Externo 2011 (SERVQUAL modificada)				
Tabla General de Resultados (por preguntas/dimensiones): MATRIZ DE MEJORA				
PREGUNTAS/ DIMENSIONES	SATISFECHO (+)		INSATISFECHO(-)	
	n	%	n	%
P1	247	56.8	188	43.22
P2	269	61.8	166	38.16
P3	295	67.8	140	32.18
P4	328	75.4	107	24.60
P5	179	41.1	256	58.85
Fiabilidad	1318	60.6	857	39.40
P6	158	36.7	273	63.34
P7	90	54.2	76	45.78
P8	88	57.9	64	42.11
P9	91	61.1	58	38.93
Capacidad de Respuesta	427	47.6	471	52.45
P10	302	70.6	126	29.44
P11	326	75.1	108	24.88
P12	309	71.0	126	28.97
P13	320	73.6	115	26.44
Seguridad	1257	72.6	475	27.42
P14	264	60.7	171	39.31
P15	301	69.2	134	30.80
P16	291	67.7	139	32.33
P17	147	67.4	71	32.57
P18	236	70.0	101	29.97
Empatía	1239	66.8	616	33.21
P19	245	57.0	185	43.02
P20	233	53.7	201	46.31
P21	287	66.1	147	33.87
P22	340	78.2	95	21.84
Aspectos Tangibles	1105	63.8	628	36.24
PORCENTAJE TOTAL	5346	63.7	3047	36.30

Los resultados de la evaluación de la satisfacción de los usuarios del INR en Consulta Externa, nos muestra un **nivel global de Satisfacción ACEPTABLE**, ya que solo el 36.30% de los usuarios refieren insatisfacción por los servicios recibidos.

Al evaluar la respuesta de los usuarios por dimensiones se han presentado como **ACEPTABLES**, por tener < 40% de insatisfacción, la **Seguridad** (confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza), **Empatía** (capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades de otro), **Aspectos Tangibles** (aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, relacionados a condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, limpieza y comodidad) y **Fiabilidad** (capacidad de cumplir exitosamente con el servicio ofrecido); mientras que la dimensión que está en PROCESO Y requiere acciones de mejora, por tener 52.45 % de insatisfacción es la de **Capacidad de Respuesta** (disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a la demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable).

En cuanto a la evaluación de cada pregunta en forma particular, se puede resaltar que los mayores niveles de insatisfacción y en donde se debe implementar acciones de mejora son: La rapidez de atención de caja, la facilidad en disponibilidad de citas, el contar con personal de orientación al usuario y a sus acompañantes en forma clara sobre los pasos o trámites necesarios para la atención del usuario, la rapidez de la atención en la toma de análisis y exámenes radiológicos y la adecuación de los anuncios para mayor orientación de los usuarios.

Fuente: Informe N° 0095-OGC-INR-2012 "Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo del INR según Metodología SERVQUAL modificada 2011".





Anexo N° 03

Dr. Fernando Urcia F.

MATRIZ DE PROGRAMACION DEL PLAN DE GESTION DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION 2012						
OBJETIVO GENERAL: Institucionalizar el Sistema de Gestión de Calidad, mediante el desarrollo en una Cultura de Calidad y Mejora Continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.						
OBJETIVO ESPECIFICO 1: Fortalecer el diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrado al sistema institucional de salud.						
DENOMINACION		CRITERIO DE PROGRAMACION				
N°	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	CRITERIO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES
1.1	Consolidar la estructura funcional de los Comités de Gestión de la Calidad institucional	RD	2	Oficialización del Reglamento Interno y de los nuevos Comités de Gestión de la Calidad (CGC) institucionales, en base a la renovación y/o ratificación de los integrantes.	RD	RD que aprueba el Reglamento Interno de los CGC y oficializa a los nuevos CGC correspondientes a las diferentes Unidades Organicas del INR.
1.2	Fortalecer y brindar apoyo técnico para el funcionamiento de los Comités de Gestión de la Calidad Institucional.	Informe	4	Consolidado del % de avance de las actividades consignadas en el Programa anual de actividades, de cada uno de los CGC institucionales, bajo la conducción de la Oficina de Gestión de la Calidad	Informe	Monitorización continua a través de las reuniones mensuales con los CGC, que se consolidaran en las evaluaciones trimestrales.
1.3	Implementar el Proceso de Capacitación Continua en el desarrollo de funciones para la calidad	Informe	2	Diseño de un Plan Anual de fortalecimiento competencias, a cargo de la OGC, priorizando la temática a desarrollar según Unidad Orgánica/funcional	Informe	Evaluación semestral de la operativización y desarrollo del Plan anual de fortalecimiento de competencias.
1.4	Establecimiento de mecanismos de seguimiento, supervisión y evaluación de la implementación de Planes y Programas de desarrollo de competencias laborales, prevención de riesgos ocupacionales e incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad	Informe	2	Consolidado del % de avance de las actividades consignadas en los planes y programas existentes	Informe	Consolidación semestral del desarrollo de las actividades programadas en los planes y programas existentes



Dr. Fernando Urbina F.
OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Implementar procesos sistémicos de garantía y mejora de la calidad que garanticen la calidad de los servicios que se brindan a nivel institucional, en el marco de la normatividad vigente y con orientación a la satisfacción del usuario.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR		UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	CRITERIO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES
2.1.	Institucionalizar la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, como componente de la mejora continua de la atención en las prestaciones	Informe	2	Implementación del Plan de Auditoria de la Calidad de atención en Salud, con el levantamiento de observaciones y propuestas de mejora continua que se convertirán en actividades continuas de la atención de salud.	Informe	Evaluación semestral y anual de la implementación del Plan de Auditoria de la Calidad de la atención en salud y levantamiento de observaciones realizadas en los procesos de auditoria.
2.2.	Promover una Cultura Institucional de Seguridad del Paciente orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención y reducción de riesgos	Informe	2	Implementación del Plan de Seguridad del Paciente, con la operativización del Sistema de Notificación de eventos adversos, que permitan la gestión de riesgos proactivo y educacional, así como el desarrollo de buenas prácticas de atención.	Informe	Evaluación semestral y anual de la implementación del Plan de Seguridad del Paciente y la Gestión de riesgos.
2.3.	Conducir y monitorear el desarrollo de Proyectos y/o acciones de Mejora Continua de la Calidad en los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de rehabilitación	Informe	4	Determinación de las acciones y/o PMC a implementar en cada Unidad Orgánica/funcional, en base a sus objetivos priorizados y en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad.	Informe	Evaluación trimestral de la implementación de acciones y % de ejecución de los proyectos de mejora en cada unidad organica/funcional. Monitorización continua a través de las reuniones mensuales con los CGC.
2.4.	Asesorar y monitorear el desarrollo de líneas de investigación operativa cuya aplicación de conocimientos y competencias organizados permitan innovaciones en la Tecnología Sanitaria correspondiente a la especialidad.	Informe	2	Actividad mediante la cual conjuntamente con las Unidades Orgánicas/funcionales se determina las principales líneas de Investigación Operativa y el grado de avance en los proyectos presentados.	Informe	Evaluación semestral del avance de los Proyectos de Investigación Operativa aprobados para cada Unidad organica/funcional.
2.5.	Promover y Asesorar en el desarrollo de los procesos de Autoevaluación, con fines de la Categorización Especializada (III-2) y Acreditación Institucional.	Informe	2	Asesoramiento continuo sobre la metodología de la autoevaluación al Equipo Institucional de Acreditación y Evaluadores internos, fortaleciendo sus competencias y capacidades para el uso del Listado de Estándares de Acreditación y realización de la Evaluación Interna del Instituto.	Informe	Evaluación semestral y una autoevaluación institucional anual en el cuarto trimestre.

[Handwritten signature]





Oficina de Gestión de la Calidad

PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Reboza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Dr. Fernando Urcin F

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Implementar el proceso de información para la calidad que permitan contar de manera permanente y organizada con evidencias de la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR		UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION
3.1. Fortalecimiento del Sistema de Información sobre la atención institucional a través del Sistema de quejas y sugerencias y Libro de Reclamaciones.		Informe	4	Consolidado y evaluación de la información sobre la atención institucional obtenida del Sistema de quejas y sugerencias y Libro de Reclamaciones.	Informe
3.2. Desarrollar la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa y hospitalización		Informe	1	Medición del grado de Satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de las encuestas, procesamiento y reporte con metodología SERVQUAL modificada, en CC.EE y hospitalización.	Informe
3.3. Desarrollar e implementar el Plan de intervención, acciones y/o Proyectos de Mejora relacionados al Clima Organizacional.		Informe	1	Medición del Clima Organizacional Institucional mediante la aplicación del Cuestionario para el Estudio de Clima Organizacional y desarrollo de un Plan de intervención de mejoramiento.	Informe
3.4. Fortalecer los mecanismos de toma de decisiones en base a la información que brinda la evaluación de los estándares e indicadores de calidad en las diferentes unidades orgánicas del instituto		Informe	2	Medición de los estándares e indicadores de calidad institucional en cada una de las unidades orgánicas/funcionales, a través del instrumento diseñado para tal fin.	Informe
OBJETIVO ESPECIFICO 4. Implementar mecanismos de participación ciudadana en la Vigilancia Ciudadana de la calidad de la atención de salud que garanticen el ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud de la población.					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR		UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION
4.1. Implementar el Comité de Defensoría del usuario como instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.		Informe	1	Determinación de los representantes de los pacientes o familiares, conformados por grupos afines y/o específicos, institucionalizarlos y asesorarlos en las propuestas para recibir mas información o generar instancias y mecanismos de protección de la seguridad y los derechos del usuario.	Informe
4.2. Propiciar la incorporación de mecanismos de gestión que proporcionen acceso a la información y comunicación sobre la atención y rehabilitación integral en salud.		Informe	1	Determinación de mecanismos de transparencia y acceso a la información, difusión de Derechos a la salud y participación o control ciudadano.	Informe





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebuza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Anexo N° 04

Dr. Fernando Urcia F.

MATRIZ DE PROGRAMACION DEL PLAN DE GESTION DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION 2011																
OBJETIVO GENERAL: Institucionalizar el Sistema de Gestión de Calidad, mediante el desarrollo en una Cultura de Calidad y Mejora Continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.																
OBJETIVO ESPECIFICO 1: Fortalecer el diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrado al sistema institucional de salud.																
N°	DENOMINACION		Unidad de Medida	Meta Anual	CRITERIO DE PROGRAMACION											
	E F M A M J J A S O N D															
1.1	Consolidar la estructura funcional de los Comites de Gestión de la Calidad institucional		RD	2												
1.2	Fortalecer y brindar apoyo técnico para el funcionamiento de los Comités de Gestión de la Calidad Institucional.		Informe	4												
1.3	Implementar el Proceso de Capacitación Continua en el desarrollo de funciones para la calidad		Informe	2												
1.4	Establecimiento de mecanismos de seguimiento, supervisión y evaluación de la implementación de Planes y Programas de desarrollo de competencias laborales, prevención de riesgos ocupacionales e incentivos individuales y colectivos, relacionados a la mejora de la calidad		Informe	2												





PERÚ
Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Reboza Flores"
AMISTAD PERU JAPON

Oficina de Gestión de la Calidad



Dr. Fernando Urcia F.

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Implementar procesos sistémicos de garantía y mejora de la calidad que garanticen la calidad de los servicios que se brindan a nivel institucional, en el marco de la normatividad vigente y con orientación a la satisfacción del usuario.															
DENOMINACION			CRITERIO DE PROGRAMACION												
N°	Actividades a Desarrollar	Unidad de Medida	Meta Anual	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2.1	Institucionalizar la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, como componente de la mejora continua de la atención en las prestaciones	Informe	2												
2.2	Promover una Cultura Institucional de Seguridad del Paciente orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención y reducción de riesgos	Informe	2												
2.3	Conducir y monitorear el desarrollo de Proyectos y/o acciones de Mejora Continua de la Calidad en los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de rehabilitación	Informe	4												
2.4	Asesorar y monitorear el desarrollo de líneas de investigación operativa cuya aplicación de conocimientos y competencias organizados permitan innovaciones en la Tecnología Sanitaria correspondiente a la especialidad.	Informe	2												
2.5	Promover y Asesorar en el desarrollo de los procesos de Autoevaluación, con fines de la Categorización Especializada (III-2) y Acreditación institucional.	Informe	2												





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERU JAPON



Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Fernando Urcia F

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Implementar el proceso de información para la calidad que permitan contar de manera permanente y organizada con evidencias de la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos															
DENOMINACION			CRITERIO DE PROGRAMACION												
N°	Actividades a Desarrollar	Unidad de Medida	Meta Anual	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
3.1	Fortalecimiento del Sistema de Información sobre la atención institucional a través del Sistema de quejas y sugerencias y Libro de Reclamaciones.	Informe	4												
3.2	Desarrollar la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa y hospitalización	Informe	1												
3.3	Desarrollar e implementar el Plan de intervención, acciones y/o Proyectos de Mejora relacionados al Clima Organizacional.	Informe	1												
3.4	Fortalecer los mecanismos de toma de decisiones en base a la información que brinda la evaluación de los estándares e indicadores de calidad en las diferentes unidades orgánicas del instituto	Informe	2												

OBJETIVO ESPECIFICO 4. Implementar mecanismos de participación ciudadana en la Vigilancia Ciudadana de la calidad de la atención de salud que garanticen el															
DENOMINACION			CRITERIO DE PROGRAMACION												
N°	Actividades a Desarrollar	Unidad de Medida	Meta Anual	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
4.1	Implementar el Comité de Defensoria del usuario como instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios.	Informe	1												
4.2	Propiciar la incorporación de mecanismos de gestion que proporciones acceso a la información y comunicación sobre la atención y rehabilitación integral en salud.	Informe	1												





Dr. Fernando Urcia F.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. DONABEDIAN, A. Siete Pilares de la Calidad. Rev Calidad Asistencial 2001;16:S118-S125.
2. MORENO-LUZON, M.; PERIS, F y GONZALES, T.: Gestión de la Calidad y diseño de Organizaciones. Teoría y Estudio de Casos. Prentice Hall, Madrid, 2001
3. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud. 2005.
4. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.2006.
5. PERU/MINSA. Dirección General del Instituto Nacional de Rehabilitación. Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación.2006.
6. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. 2009.
7. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. NTS N° 079-MINSA/DGSP-INR.V.01 Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación. 2009.
8. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Documento Técnico: Lineamientos de la Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud. 2011.
9. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional V.02. 2011.
10. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. 2011.
11. PERU/MINSA. Dirección General Instituto Nacional de Rehabilitación. Catalogo de Procedimientos Médicos y Actividades Estandarizadas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores". 2011.
12. PERU/MINSA. Dirección General Instituto Nacional de Rehabilitación. Plan Operativo Anual 2012 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores". 2012.
13. PERU/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. 2012:

