MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"AMISTAD PERÙ-JAPÒN

Nº 182 -2012-SA-DG-INR

Resolución Directoral

Bellavista, 06 de Agosto del 2012

Visto el expediente Nº010046-2012 e Informes Nº0147-OGC-INR-2012 y Nº036-2012-OE-OEPE y Memorando Nº184-2012-OEPE-INR, de la Oficina de Gestión y Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", respectivamente;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Directoral Nº124-2012-SA-DG-INR, de fecha 28 de Mayo del 2012, se actualiza los Comités de Gestión de la Calidad, correspondiente a las diferentes unidades orgánicas de la Institución; para contribuir a la implementación del Sistema de la Calidad en la Institución;

Que, con la finalidad de establecer la organización y funcionamiento de los Comités de Gestión de la Calidad, así como el marco normativo general sobre el cual se desarrollan los procesos del análisis de situación, la investigación operativa y la gestión de proyectos sobre mejora continua de la calidad en los servicios asistenciales y administrativos que se brinda en la Institución, la Oficina de Gestión de la Calidad, en coordinación con los Comités de Gestión de la Calidad, ha elaborado el REGLAMENTO INTERNO DE LOS COMITÈS DE GESTION DE LA CALIDAD del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN";

Que, el citado Reglamento, ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, órgano asesor en aspectos normativos; por lo que resulta pertinente proceder a su aprobación, con la resolución correspondiente;

De conformidad con la Resolución Ministerial Nº474-2005/MINSA, que aprueba la NT 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención", Resolución Ministerial Nº519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud, Resolución Ministerial Nº640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad, Resolución Ministerial Nº596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la 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 las facultades conferidas;

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

SE RESUELVE:

Artículo 1º-*Aprobar el* ***REGLAMENTO INTERNO DE LOS COMITÈS DE GESTION DE LA CALIDAD*** *del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN, que consta de Veinte (20) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.*

Artículo 2º.- *Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la difusión y supervisión permanente en el proceso de implementación del Reglamento Interno aprobado, por parte de los Comités de Gestión de las diferentes unidades orgánicas de la Institución.*

..//

./

Artículo 3º.- *Disponer la publicación del documento aprobado en el Portal Web de la Institución.*

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
RD130-2012
c.c. Unidades orgánicas
Responsable del Portal Web-INR
Equipo de Apoyo Portal Web-INR

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ JAPÓN

OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

COMITES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
REGLAMENTO INTERNO

CALLAO - 2012

MINISTERIO DE SALUD
Oficina Ejec. de Planeamiento Estratégico
V°B°
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

REGLAMENTO INTERNO DE COMITES DE GESTION DE LA CALIDAD

INDICE

INTRODUCCIÓN _____ Pág. 03

CAPITULO I
FINALIDAD, OBJETIVOS. _____
ÁMBITO DE APLICACIÓN _____ Pág. 04

CAPITULO II
BASE LEGAL _____ Pág. 05

CAPITULO III
DISPOSICIONES GENERALES _____
DEFINICIONES OPERACIONALES _____ Pág. 06

CAPITULO IV
COMITÉS DE GESTION DE LA CALIDAD _____
CONFORMACIÓN, FUNCIONES Y
RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ _____ Pág. 09

CAPITULO V
PROGRAMA ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD Pág. 11

CAPITULO VI
DE LA CAPACITACIÓN _____ Pág. 12

CAPITULO VII
DE LAS ESTRATEGIAS _____ Pág. 12

CAPITULO VIII
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS _____ Pág. 13

BIBLIOGRAFIA _____ Pág. 14

ANEXO Nº 01:
VARIABLE I:
DESARROLLO DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS EN EL TRABAJO
VARIABLE II:
MEJORAMIENTO DEL CLIMA PRGANIZACIONAL EN LAS ACTITUDE LIDERAZGO E INNOVACIÓN
VARIABLE III:
GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINÚA DE LA CALIDAD EN EL TRABAJO.

INTRODUCCIÓN

Las Instituciones de Salud de Alta Complejidad, en el marco del cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad nacionales e internacionales, están obligadas a brindar la mejor atención. En la actualidad, se incide en los **"Procesos de formación de la política pública de calidad en salud"**, siendo de vital importancia implementar los **Comités de Gestión de la Calidad** en cada Unidad Orgánica del Instituto Nacional de Rehabilitación, para que basados en los conocimientos técnico científicos y su experiencia en el trabajo especializado, sean capaces de orientar los procesos decisorios hacia el mejoramiento continuo de las intervenciones profesionales con efectividad, eficiencia y eficacia, en la atención de las personas que lo requieren. Así mismo, en una rápida mirada a la "Situación de la Calidad en Salud" se pone en evidencia, por diversas encuestas, que la población percibe baja calidad en la atención que recibe; ello nos genera un gran compromiso de liderazgo, para conducir esfuerzos conjuntos que garanticen el derecho ciudadano a la Salud y la Calidad de las Prestaciones que se le brinde.

La conformación de los Equipos de cada Comité de Gestión de la Calidad, se plantean de carácter voluntario y con funcionalidad de trabajo holocéntrico (sin jerarquías y con responsabilidades temáticas temporales). Se guían conceptualmente para una Política Nacional de Calidad en Salud por:

- **Calidad en salud como expresión del desarrollo humano**;
- **Calidad en salud como expresión de derecho a la salud**;
- **Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud**;
- **Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento tecnológico de los servicios de salud**.

Es nuestra **Visión** que el INR brinde prestaciones de salud seguras y efectivas; oportunas, equitativas e integrales; informadas y consentidas; respetuosas del derecho y dignidad de las personas; sensible a los enfoques de género, etapas de vida e interculturalidad; y orientadas a contribuir al logro del más alto nivel posible de Calidad de Salud y Vida.

El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR como Establecimiento de Salud de Alta Complejidad – III 2, en relación a las **Políticas Nacionales de Calidad en Salud**, asume los siguientes compromisos:

- Por la **Primera Política**, con respecto al **Estado en su función de Autoridad Sanitaria**, nos constituimos en garantes del derecho a la calidad de la atención de salud brindada por cada Unidad Orgánica del INR; fortaleciendo la Rectoría en la calidad de la atención altamente especializada.
- Por la **Segunda Política**, asumimos la responsabilidad de informar y rendir cuentas socialmente sobre los logros correctivos de mejoras en los niveles de la Calidad de Atención.
- Por la **Tercera Política**, debemos fomentar y difundir la Cultura de la Calidad, con su desarrollo de buenas prácticas de atención y establecer incentivos a los Comités y sus miembros que logren mejoras en la calidad de la atención.
- Por la **Cuarta Política**, en cada Unidad Orgánica debemos promover la producción y difusión del conocimiento científico y producción tecnológica lograda en el campo de la Calidad de la Atención.
- Por la **Quinta y Undécima Políticas**, buscamos proponer a la Institución que asigne 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**, buscamos impulsar que cada Unidad Orgánica adecúe 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**, en cada Unidad Orgánica debemos asumir como responsabilidad el cumplir 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**, asumimos la responsabilidad de impulsar la implementación de mecanismos de información sobre ocurrencia de incidentes y eventos adversos, y planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención de salud.
- Por la **Novena Política**, buscamos 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**, asumimos la responsabilidad de 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**, en amplias coordinaciones, buscamos garantizar la defensoría de los derechos del ciudadano en una atención de calidad y promovemos la corresponsabilidad del cuidado de su Salud, la de su familia y la comunidad, contando para ello con nuestro apoyo de Autoridad Sanitaria Especializada.

CAPITULO I

ARTICULO 1º: De la Finalidad y Objetivos.

FINALIDAD

El presente reglamento establece la organización y funcionamiento de los **COMITÉS DE GESTION DE LA CALIDAD**, así como el marco normativo general sobre el cual se desarrollan los procesos del análisis de situación, la investigación operativa y la gestión de proyectos sobre mejora continua de la calidad, en los servicios asistenciales y administrativos que se brindan en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".

OBJETIVOS

1. Contribuir a la implementación del Sistema de la Calidad del INR, basado en una Cultura de Calidad en las Prestaciones de los Servicios, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, así como las del personal que los brinda.
2. Impulsar la utilización de la información obtenida para la formulación de líneas de investigación operativa y propuestas de proyectos de mejora continua de la Calidad, en la atención que brindan los departamentos asistenciales y oficinas administrativas.
3. Contribuir en garantizar la implementación del "**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2012**", como parte fundamental del pleno ejercicio del derecho a la salud de los usuarios con enfoque de interculturalidad y género.
4. Establecer los principales lineamientos de trabajo para facilitar la Autoevaluación, con fines de Categorización de Especialización en el Nivel III-2 y Acreditación de la Calidad Institucional.

ARTICULO 2º: Del ámbito de aplicación.

El ámbito de este Reglamento se aplica a todas las Unidades Orgánicas, para las actividades y servicios que se desarrollan en el INR, sea en sus instalaciones o fuera de ellas. El Reglamento establece las funciones y responsabilidades de los integrantes de los Comités en relación a metodologías de análisis, investigación operativa y proyectos de mejoramiento Institucional.

CAPITULO II

ARTICULO 3º: Base legal.

- Ley Nº 26842 - Ley General de Salud.
- Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud
- Ley Nº 27815 "Ley del código de Ética de la Función Pública"
- Ley Nº 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
- Ley Nº 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N°27927, que modifica la Ley N°27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM, que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo No 008-2010-SA que aprueba el "Reglamento de la Ley 29344, Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 0132-92-SA-P. Reglamento de control de Asistencia y Permanencia del personal del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 136-2011-DG-INR que aprueba el reglamento Interno para el Personal del INR y su modificatoria aprobado mediante la Resolución Directoral N° 199-2011-SA-DINR.
- Resolución Ministerial No 753-2004/MINSA que aprueba el "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias" NT 020-MINSA/DGSP-V.01
- Resolución Ministerial No 179-2005/MINSA que aprueba el "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias" NT 026-MINSA/DGSP-V.01
- Resolución Ministerial No 422-2005/MINSA que aprueba el "Norma Técnica para la elaboración de Guía de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial No 474-2005/MINSA que aprueba el "Norma Técnica de Auditoria de Calidad de Atención2, NT 029-MINSA/DGSP-V.01
- Resolución Ministerial No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial No 640-2006/MINSA que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".

- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial No 589-2007/MINSA que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud".
- Resolución Ministerial No 596-2007/MINSA que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial No 732-2008/MINSA que aprueba la Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP-V.03: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial Nº 727 – 2009/ MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial 308 – 2009/MINSA que aprueban el Documento Técnico "Norma Técnica de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación"
- Resolución Directoral Nº 202–2010-SA-DG-INR, que aprueba "Oficializar en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" los **COMITÉS DE GESTION DE LA CALIDAD**". del 06 de octubre del 2010.
- Resolución Directoral Nº 212–2010-SA-DG-INR, que aprueba el "**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2011**" del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", del 26 de octubre del 2010.
- Resolución Ministerial 041-2005 MINSA Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión en la Calidad en las Direcciones de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 143 -2006 MINSA – Comité Técnico para la seguridad del paciente.
- Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación.

CAPITULO III

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 4º: Definiciones operacionales.

- **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 Calidad del Registro:** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y de los formatos que forman parte de la Historia Clínica.
- **Auditoría de Caso:** Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo – administrativas del establecimiento de salud.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención:** Es el mecanismo sistemático y continúo del cumplimiento de estándares de calidad en salud que tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones de salud.
- **Auditoría de Oficio:** Es aquella que obedece a la problemática organizacional y se puede basar en Indicadores Asistenciales / Administrativos, Eventos Adversos o Eventos Centinelas:
  - Fallecidos con problemas de diagnóstico o sin diagnóstico definitivo.
  - Reoperados.
  - Estancias prolongadas.

- Infecciones Intrahospitalarias.
- Mortalidad materna – perinatal.
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Complicaciones anestésicas.
- Complicaciones quirúrgicas.
- Costos.
- Tiempos de espera.

- **Auditoría en Salud:** Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.
- **Auditoría Médica:** Análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; Tiene por finalidad mejorar la calidad de la atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.
- **Barreras de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Bioseguridad:** Es un conjunto de estándares, procedimientos y prácticas de trabajo seguro orientados a impedir la contaminación por microorganismos hacia el personal de salud o hacia el usuario.
- **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.
- **Causa:** Razón o motivo fundamental por el cual no se cumplió el criterio o la norma y ocurrió la condición.
- **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.
- **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 de Seguridad:** Es el conjunto de valores, principios, normas, comportamiento y conocimiento que comparten los miembros de una organización, con respecto a la prevención de incidentes, accidentes, enfermedades ocupacionales, daños a la propiedad y pérdidas asociadas sobre los cuales se resuelve la gestión empresarial.
- **Cultura Organizacional:** Es el conjunto de valores, creencias, normas y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común.
- **Dimensión del Entorno de la Calidad:** referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario, costos razonables y sostenidos.
- **Dimensión Humana de la Calidad:** referida al aspecto interpersonal de la atención, sus características son: ética, amabilidad, información completa, respeto a los derechos, a la cultura y características individuales de la persona.
- **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.

- **Eficacia:** Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados programados
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Efecto:** Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el evento hallado.
- **Error:** es la falla para completar una acción tal como fue planeada.
- **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.
- **Evento adverso:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante la atención de salud.
- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Evento centinela:** Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria y/o permanente o la muerte que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.
- **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.
- **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.
- **Investigación Operativa:** Es la investigación que identifica problemas en la prestación de servicios y prueba nuevas soluciones programáticas para estos problemas. Un objetivo importante de la Investigación Operativa (IO) es proporcionarles a los directivos de establecimientos de salud y a los tomadores de decisiones de políticas, la información que necesitan para mejorar y expandir los servicios existentes. La IO emplea muchas metodologías en un proceso que incluye cinco pasos básicos: (1) identificación y diagnóstico del problema; (2) elección de la estrategia; (3) experimentación y evaluación de la estrategia; (4) diseminación de la información, y (5) utilización de la información.
- **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.
- **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 a merced de la especialización y tecnificación de sus recursos. guarda relación directa con las categorías del establecimiento.

- **Observación**: Cualquier situación deficiente y relevante que se determine de la aplicación de procedimientos de auditoría.
- **Organización**: Conjunto de personas autoridades y estructuras con una disposición de responsabilidad.
- **Práctica Segura:** intervención sanitaria o administrativa en el proceso de atención en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
- **Problema:** situación o condición que se constituye como una debilidad o amenaza y debe mejorarse.
- **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.
- **Recomendaciones:** Constituyen las propuestas orientadas a las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones.
- **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.
- **Riesgo:** Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **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.
- **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.
- **Usuario:** Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.

CAPITULO IV

COMITÉS DE GESTION DE LA CALIDAD

ARTICULO Nº 5º: De la conformación del Comité.

El Comité debe estar conformado por un **Mínimo de 3 y un máximo de 07 integrantes**, considerando los diversos grupos ocupacionales que laboran en cada Unidad Orgánica. Cuenta con un integrante Presidente (a) establecido en la Resolución Directoral de conformación de los Comités de Gestión de la Calidad, debiendo elegir a su Secretario (a) en la sesión de instalación.
Las actividades de este Comité se realizarán y estarán consideradas dentro del horario habitual de trabajo.

Los Comité de Gestión de la Calidad coordinarán funcionalmente con la OGC en la hora mensual de sesión ordinaria, por lo que debe contar con la participación de un miembro de la referida Oficina, siendo registrados sus acuerdos en el cuaderno de actas general de los Comités que administra la OGC.
Los Comités serán evaluados cada seis meses, por la Oficina de Gestión de la Calidad.

ARTICULO 6°: Las funciones y responsabilidades.

Cada "Comité de Gestión de la Calidad" es base funcional importante en la Implementación del "Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud", siendo sus funciones y responsabilidades principales las siguientes:

a) Contribuir con la adecuación e implementación en cada unidad orgánica del Reglamento Interno, alineándolo con el Programa anual y Cronograma de actividades, según los objetivos establecidos como prioritarios.
b) Contribuir en el diseño del Sistema Institucional de Gestión de Calidad en su Unidad Orgánica para mejorar continuamente la calidad de los procesos y de la atención de la salud.
c) Proponer los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de salud que brinda su Unidad Orgánica y controlar su cumplimiento.
d) Difundir los resultados de la evaluación periódica de la atención de salud a los usuarios, para orientar las acciones, promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua de su calidad.
e) Aplicar los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de auditoria en salud, y supervisar el cumplimiento de los planes de auditoria de la calidad de atención.
f) Desarrollar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento de las intervenciones en Medicina de Rehabilitación, para el ámbito de su competencia.
g) Elaborar y presentar los informes o reportes establecidos para cada actividad programada.
h) Ejecutar los acuerdos establecidos dentro del Comité.
i) Propiciar la participación activa de los compañeros de trabajo y la formación de estos, con miras a lograr una cultura de la calidad, mediante una efectiva comunicación que facilite la solución de los problemas encontrados.
j) Solicitar la asesoría de la autoridad competente, a través de la Oficina de Gestion de la Calidad-OGC, para afrontar problemas relacionados con la implementación de los Planes institucionales o su Programa Anual Aprobado.
k) Hacer actividades de monitoreo, según cronograma de Autoevaluación, en las áreas operativas propias de su Unidad Orgánica.
l) Elaborar recomendaciones para el mejoramiento de las condiciones encontradas y que son motivo de "observación".
m) Verificar el cumplimiento de la Implementación de las recomendaciones, así como la eficacia de las mismas.
n) Analizar la información disponible en el INR, cuyo registro y evaluación deben ser constantemente actualizados por la OGC.
o) Asegurar que todos los integrantes reciban una adecuada formación sobre "herramientas de la calidad", metodologías de investigación operativa, formulación de proyectos de mejora continua y metodologías comunicacionales con aprendizaje de idiomas nativos, como quechua – aymara, el lenguaje de señas y los idiomas extranjeros priorizados.
p) Colaborar activamente con los comités de otras unidades orgánicas para realizar proyectos conjuntos de mejoras de la calidad institucional.
q) Llevar el Libro de Actas, en coordinación con la OGC, para el control del cumplimiento de los acuerdos y propuestas del Comité.
r) Reunirse una hora mensual, como mínimo, en forma ordinaria, para analizar y evaluar el avance de los objetivos establecidos en el programa anual, y en forma extraordinaria para

analizar los problemas encontrados, eventos adversos con pacientes, accidentes graves cuando las circunstancias lo exijan.

s) Autoevaluar semestralmente a sus integrantes según las siguientes 3 variables (anexo 01)
   - **VARIABLE I:** Desarrollo de los Principios Éticos Aplicados en el Trabajo.
   - **VARIABLE II:** Mejoramiento del Clima Organizacional en las Actitudes de Liderazgo e Innovación.
   - **VARIABLE III:** Gestión de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Trabajo.

t) Los que serán tabulados y analizados por la Oficina de Gestión de la Calidad, para emitir el informe respectivo con las conclusiones y recomendaciones que serán asumidas por los Comités de Gestión de la Calidad.

EN RELACION A LAS RESPONSABILIDADES TENEMOS:

- Quien ejerce el cargo de Presidencia es responsable de:
  - convocar, presidir y dirigir las reuniones del Comité y facilitar la implementación de los acuerdos de éste.
  - Formular el Programa anual del Comité y proponerlo ante la Jefatura de su Unidad Orgánica para su aprobación
  - Informar y coordinar los acuerdos con la Jefatura de su Unidad Orgánica.
  - Canalizar el apoyo necesario a través de la OGC.
  - Evaluar y controlar el avance Del programa y cronograma anual aprobado.
- Quien ejerce el cargo de Secretaria es responsable de:
  - Realizar las citaciones para las reuniones que convoque el Presidente.
  - Tener al día el Libro de Actas del Comité consignando la asistencia de los miembros del Comité.
  - Elaborar y distribuir la documentación correspondiente.
  - Cuando no se encuentre el Comité sesionando, es el nexo entre el Presidente de éste y los miembros.
- Los miembros tienen la responsabilidad de:
  - Cumplir con los acuerdos tomados, contribuyendo en la resolución de problemas aportando iniciativas propias o del personal de su área, para ser tratadas en las reuniones.
  - también pueden solicitar, a través del Presidente del Comité, toda la información y asesoría técnica que crea necesaria para cumplir con sus fines y objetivos.
  - Remplazar en forma rotativa cualquier ausencia del Secretario (a) del Comité.

CAPITULO V

PROGRAMA ANUAL DEL COMITÉ DE GESTION DE LA CALIDAD

ARTICULO Nº 7º: Del Programa Anual de Actividades.

Cada Comité podrá participar en la elaboración del Programa Anual de Actividades de Gestión de la Calidad, coordinado Institucionalmente por la OGC. Este Programa deberá estar en relación a los objetivos contenidos en el presente Reglamento, alineados con el POA institucional y de la Unidad Orgánica correspondiente a cada Comité y a las disposiciones que prioricen intervenciones de mejora continua de la calidad. Luego del análisis del Programa, el Comité aprobará el Cronograma del mismo, estableciendo los mecanismos de seguimiento para su cumplimiento. La Institución prestará todo el apoyo para la ejecución del Programa Anual de Actividades.

CAPITULO VI

CAPACITACIÓN

ARTICULO Nº 8 : De la Capacitación.

La Oficina de Gestión de la Calidad - OGC, en coordinación con la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, elaborarán el programa de capacitación teniendo en cuenta lo siguiente:

8.1 Todos los miembros de cada Comité recibirán capacitación: Inducción u orientación general sobre Gestión de la Calidad en Salud, (como expresión del desarrollo humano; como expresión de derecho a la salud; como enfoque gerencial en las organizaciones de salud; como estrategia de desarrollo y mejoramiento tecnológico de los servicios de salud), en por lo menos 04 horas.

8.2 La capacitación en Investigación Operativa o Investigación de Operaciones, contemplara el uso de modelos matemáticos, estadística y algoritmos, para modelar y resolver problemas complejos, determinando la solución óptima y facilitando la toma de decisiones. Esta capacitación en ningún caso podrá ser menor de 20 horas.

8.3 Todos los miembros de cada Comité recibirán capacitación sobre: Auditoria de la Calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y de los formatos que forman parte de la Historia Clínica, Auditoría de la Calidad de la Atención, Auditoría de Caso, Auditoría de Oficio, Auditoría Externa, Auditoría Interna y Auditoría Médica. Esta capacitación en ningún caso podrá ser menor de 60 horas.

8.4 Todos los miembros de cada Comité recibirán capacitación sobre:
Los principales lineamientos de trabajo para realizar la Autoevaluación, con fines de Categorización de Especialización en el Nivel III-2 y Acreditación de la Calidad Institucional. Esta capacitación en ningún caso podrá ser menor de 20 horas.

8.5 Por lo menos un integrante de cada Comité, **que realiza atención directa al publico**, recibirán capacitación sobre: **Metodologías comunicacionales**, con aprendizaje básico y regular de idiomas nativos (quechua, aymara u otros priorizados), y extranjeros mas frecuentes (ingles, portugués, francés, japonés y chino mandarín), así como el lenguaje de señas.

CAPITULO VII

ESTRATEGIAS

ARTICULO Nº 9: De las Estrategias.

La Oficina de Gestión de la Calidad - OGC, en coordinación con las Unidades Orgánicas del INR y la Dirección de Calidad del MINSA, impulsará las siguientes Estrategias:

9.1 Según el Comité, se buscará el Empoderamiento del personal de mayor contacto con el público, para la solución de problemas cotidianos, con Identificación de la problemática más frecuente y precisar los procesos, en donde se identificaron los puntos de mayor roce con el público.

9.2 Con cada Comité, se realizarán Seminarios-Talleres en Gestión de Calidad, Herramientas de la Calidad, Trabajo en Equipo y Procesos. Para establecer su Programa Anual de Actividades.

9.3 En cada Comité, se buscará la optimización del tiempo neto de atención al Usuario y mejoras de la satisfacción del personal. Desarrollando estudios de tiempos y movimientos empleados

en la atención al usuario, análisis de las encuestas de satisfacción al cliente externo e interno y propuestas de innovación en los procesos estudiados.

9.4 El INR realizará una competencia interna de Proyectos de Mejoramiento de la Calidad realizados satisfactoriamente, cuyo objetivo es reconocer de manera formal y pública a los Comités de Gestión de la Calidad que han implantado cambios de Mejoramiento de la Calidad en los Departamentos y promover el intercambio de información, de conocimientos y experiencias de mejores prácticas, que conducen a un desempeño excelente.

9.5 En cada Comité, en forma prioritaria, se buscará la reducción de los factores interpersonales negativos; desarrollando mecanismos de detección de los niveles de stress del personal que trabaja en áreas de alto riesgo; impulsando la documentación del sustento técnico para el mejoramiento del sistema de trabajo asistencial y administrativo; apoyo constante al entrenamiento en técnicas para la mejora de relaciones interpersonales; con regular aplicación de encuestas de satisfacción al usuario interno y externo.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Única. - Los asuntos no contemplados en el presente Reglamento serán resueltos en sesión del Comitê

BIBLIOGRAFIA

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente: Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo;
- Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Auditoria en Salud. Para una Gestión Eficiente. Malangón-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición: agosto 2003.
- Auditoría Médica. Para La Garantía de Calidad en Salud. Braulio Mejía García MD-MSP. Tercera edición: Santa Fé de Bogotá. D.C. marzo Del 2000.
- Auditoría Médica. Teoría y Práctica. Lincoln Maylle Antaurco.
- Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (Borrador avanzado): Resumen. Organización Mundial de la Salud; 2005.
- ESTUDIO IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gilberto Giraldo Buitrago. Clima Organizacional. Departamento administrativo de la Función Pública. www.dafp.gov.con; abril de 2001.
- Grupo de trabajo sobre actualización de GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2008.
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2007.
- Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención de salud". Colombia: Ministerio de Protección social; 2010.
- Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2007.
- Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud; 2007.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2008.
- Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Organización Mundial de la Salud; 2005.
- Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: De las ideas a la acción: Versión española de University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2008.
- National Association for Mental Health is 1,2,3, New York 10, Columbus Circle. Ute, Montevideo, 07 de setiembre de 2004.
- Norma Internacional ISO 19011 2002: Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental.
- Norma Internacional ISSO 9000.

- Normas y Procedimientos para la Auditoria Médica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Directiva 003GCPS-EsSalud-2010.
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de Protección Social - Colombia. 2007.
- Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org.
- www.gestiopolis.com/recursos/documemtos/fulldocs/rrhh/mecluch.htm-66k.Visita : 01julio 2008.
- www.minsa.gob.pe/dgsp/dctodecs.htm#

ANEXO Nº 01:

VARIABLE I:
DESARROLLO DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS EN EL TRABAJO
VARIABLE II:
MEJORAMIENTO DEL CLIMA PRGANIZACIONAL EN LAS ACTITUDE LIDERAZGO E INNOVACIÓN
VARIABLE III:
GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINÚA DE LA CALIDAD EN EL TRABAJO.

ANEXO 01

VARIABLE I: Desarrollo de los Principios Eticos Aplicados en el Trabajo

CRITERIOS	1	2	3	4	5
1. Respeto	No existe consideración y tolerancia hacia los demás, en beneficio de un buen clima organizacional.	Ocasionalmente tiene consideración y tolerancia hacia los demás, en beneficio de un buen clima organizacional.	Promueve la consideración y tolerancia hacia los demás, buscando lograr un buen clima organizacional.	Muestra consideración y tolerancia hacia los demás, logrando un buen clima organizacional.	Ofrece a todas las personas un trato amable, generoso, orienta el trabajo al servicio y respeta la constitución y las leyes.
2. Probidad	Poca actitud para satisfacer los intereses generales y busca hacer prevalecer sus intereses personales o de grupo.	Algunas veces busca satisfacer sus intereses personales o de grupo.	Propugna la rectitud y la integridad en el actuar.	Generalmente actúa con integridad, honradez, honestidad y transparencia en diversas situaciones.	Actúa siempre con integridad, honradez, honestidad y transparencia en el cumplimiento de los roles y funciones asignadas.
3. Eficiencia	Dispendio de recursos y pocos logros en los objetivos y metas propuestos.	Algunos logros en los objetivos y metas propuestos.	Busca capacitarse y alcanzar los logros en los objetivos y metas propuestos.	Se capacita y logra la mayoría de metas fijadas, racionalizando los mejores medios.	Esta capacitado y siempre logra los fines, objetivos y metas propuestos, empleando los mejores medios posibles.
4. Idoneidad	No hay indicios de que busca mejorar sus competencias para la función que ejerce.	Se manifiesta proclive a mejorar sus competencias para la función que ejerce.	Busca mejorar sus competencias para la función que ejerce.	Construye una actitud de mejora personal y compromiso institucional en sus funciones.	Posee la mejor aptitud técnica, legal y moral para el ejercicio de su función.
5. Veracidad	No expresa los hechos y sucesos en concordancia con la realidad.	Algunas veces no expresa los hechos y sucesos en concordancia con la realidad.	Regularmente expresa los hechos y sucesos en concordancia con la realidad.	Generalmente los hechos y sucesos expresados concuerdan con la realidad.	Siempre ofrece información real, exacta y confiable sobre procesos laborables y actividades de su función.
6. Lealtad y obediencia al Estado dé Derecho	Escasa aceptación de reglas y normas institucionales, con poco cumplimiento de las responsabilidades y funciones asignadas.	Aceptación de reglas y normas institucionales, con irregular cumplimiento de las responsabilidades y funciones asignadas.	Regular cumplimiento de las reglas y normas institucionales, con responsabilidades y funciones asignadas.	Generalmente cumple las reglas y normas institucionales, con las órdenes competentes del superior jerárquico.	Actúa fiel y solidariamente con los compañeros de trabajo, cumpliendo órdenes pertinentes a su función del superior jerárquico.
7. Justicia	Escaso apego al cumplimiento de la ley.	A veces evade el cumplimiento de la ley.	Busca cumplir sus funciones y apoyar el respeto al Estado de Derecho.	En general cumple sus funciones e impulsa el respeto al Estado de Derecho	Apoya lo que es autentico, correcto y verdadero, fortaleciendo una cultura de respeto al Estado de Derecho
8. Equidad	Poca disposición para el cumplimiento de sus funciones e igualdad de trato.	A veces hace diferencias en dar a cada quien lo que le corresponde.	Busca actuar en igualdad de valoración, para el reconocimiento y consideración.	En general valora y reconoce los merecimientos para dar oportunidades.	Siempre actúa en igualdad de valoración y reconocimiento para dar oportunidades de consideración.

VARIABLE II: Mejoramiento del Clima Organizacional en las Actitudes de Liderazgo e Innovación

CRITERIOS	1	2	3	4	5
9. Logro de Objetivos	No existe evidencia del logro de Objetivos Institucionales.	Indicios del logro de Objetivos Institucionales.	Muchas pruebas del logro de Objetivos Institucionales.	Mas del 75% del logro de Objetivos Institucionales.	Mas del 90% del logro de Objetivos Institucionales.
10. Integración y conducción de equipos de tipo deportivo, de recreación, cultural, social, artístico, Defensa Civil.	Poca participación.	Participa en un tipo de Equipo.	Participa en dos tipos de Equipos.	Participa en tres tipos de Equipos.	Participa en más de tres tipos de Equipos.
11. Inculca Valores.	Muy poca manifestación o difusión de los Valores Institucionales.	Algunas manifestaciones o difusión de los Valores Institucionales.	Las manifestaciones o difusión de los Valores Institucionales son constantes.	Pone en práctica y difunde los Valores Institucionales de forma regular.	Permanentemente aplica y difunde con el ejemplo los Valores Institucionales.
12. Cumple Normas y Procedimientos.	No acepta realizar las actividades laborales, según normas y procedimientos Institucionales.	Acepta y realiza pocas actividades, según normas y procedimientos Institucionales.	Acepta y realiza regularmente algunas actividades, según las normas y procedimientos.	Acepta y realiza la mayoría de actividades, según las normas y procedimientos.	Cumple constantemente con las normas y procedimientos Institucionales.
13. Resuelve nuevas dificultades.	No plantea respuesta ante una nueva dificultad laboral.	Establece algunas respuestas ante una nueva dificultad laboral.	Analiza las nuevas dificultades y señala algunas respuestas.	Analiza las nuevas dificultades y plantea respuesta a cada una.	Analiza las nuevas dificultades y las resuelve favorablemente.
14. Perfecciona Procesos Funcionales de su Unidad Orgánica.	Escasa participación en la mejora de las actividades, que según sus funciones realiza.	Alguna participación en la mejora de las actividades, que según sus funciones realiza.	Adecua regularmente sus actividades para mejorarlas, de acuerdo a las funciones que realiza.	Logra optimizar sus actividades y una mayor eficiencia en sus funciones.	Realiza importantes mejoras en sus actividades y cumplimiento de funciones.
15. Perfecciona técnicas en los procedimientos administrativos o asistenciales.	No se objetiva un trabajo técnico en procedimientos administrativos o asistenciales.	Se objetiva manifestaciones de un trabajo técnico en los procedimientos.	Se objetiva cumplimiento de un trabajo técnico en los procedimientos.	Analiza técnicamente los procedimientos y plantea mejoras.	Analiza técnicamente los procedimientos y desarrolla mejoras que se incorporan en la Institución.
16. Desarrolla nuevas tecnologías apropiadas a su función.	Realiza un trabajo repetitivo.	Existe evidencia sobre exploración de nuevas tecnologías para desempeñar su función.	Plantea exploración de nuevas tecnologías para desempeñar su función.	Muestra resultados favorables con pruebas del uso de nuevas tecnologías.	Sustenta objetivamente el beneficio obtenido con el desarrollo de las nuevas tecnologías.

VARIABLE III: Gestión de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Trabajo

CRITERIOS	1	2	3	4	5
17. Liderazgo y Compromiso de la Jefatura o Dirección	No existe evidencia del compromiso y participación de la jefatura o dirección.	Indicios de que la jefatura o dirección se compromete y participa, contribuyendo al éxito del proyecto.	Muchas pruebas de que la jefatura o dirección se compromete y participa, contribuyendo al éxito del proyecto.	La jefatura o dirección participa y apoya sistemáticamente al equipo de proyecto en el logro de sus objetivos.	El compromiso y participación de la jefatura o dirección permite que el equipo desarrolle al máximo el potencial de su trabajo.
18. Identificación y Selección del Proyecto de Mejora	No existen indicios de procedimientos sólidos. Información anecdótica en casi todos los aspectos del criterio.	Información existente para los principales aspectos del criterio. El proyecto seleccionado tiene alguna relación con la estrategia de la organización.	Procedimientos sólidos e información relevante para la mayor parte de los requisitos del criterio. El proyecto es consistente con la estrategia de la organización.	Los procedimientos utilizados cumplen ampliamente los aspectos del criterio. La información presentada sustenta casi todo el criterio. El proyecto se encuentra bastante integrado a la estrategia de la organización.	Los procedimientos utilizados cubren completamente los aspectos contenidos en el criterio. El proyecto seleccionado permite optimizar el uso de los recursos de la organización, contribuyendo directamente con la estrategia.
19. Método de Solución de Problemas y Herramientas de la Calidad	Inexistente o incorrecta aplicación del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad.	Algunos elementos de la aplicación correcta del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad.	El uso del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad es consistente.	El uso del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad es consistente y existe una correcta incorporación de las herramientas a lo largo del método.	La aplicación del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad cumple con todos los requisitos metodológicos y se complementa con desarrollos propios de la organización que potencian los resultados.
20. Gestión del Proyecto y Trabajo en Equipo	No hay indicios de la existencia de elementos básicos de una gestión del proyecto ni de técnicas para el trabajo en equipo.	Se conocen y aplican elementos de gestión de proyectos y técnicas para el trabajo en equipo y son utilizadas. Se evidencia su contribución al éxito del proyecto.	Se conocen y aplican la gestión de proyectos y técnicas para el trabajo en equipo. Ellas permiten el cumplimiento de los objetivos y la mejora de los resultados del proyecto.	La gestión del proyecto y las técnicas para el trabajo en equipo son llevadas a cabo de una manera sistemática y contribuyen decisivamente en el éxito del proyecto.	Uso de la gestión del proyecto y de técnicas para el trabajo para aprovechar al máximo las capacidades de cada miembro, obteniendo los mejores aportes a la organización.

21. Capacitación	No existen planes, capacitación inexistente o la realizada no es relevante para el éxito del proyecto.	Existen planes, basados en la identificación de necesidades de capacitación. Se desarrolla planes que contribuyen al éxito del proyecto.	Los aspectos clave de la capacitación son abordados en detalle. Muchas pruebas de que la capacitación tiene efecto en los resultados del proyecto.	La capacitación es integrada y sistemática; incluye planeación, diseño, desarrollo y evaluación. Contribuye decisivamente al éxito del proyecto.	La capacitación permite incrementar el desempeño de los miembros del equipo al máximo posible dentro de las posibilidades del proyecto.
22. Creatividad	No existen pruebas o indicios del uso de la creatividad de los miembros del equipo en el proyecto. Información anecdótica.	Elementos de creatividad presentes en el proyecto. Se busca relacionar esta creatividad con el alcance de los objetivos del proyecto.	Elementos de creatividad en el proyecto que apuntan a lograr soluciones de bajo costo y alto impacto, logrando mayor eficiencia en el proyecto.	Uso de la creatividad a un nivel en el que se establecen nuevas formas de trabajo con resultados importantes en el uso de recursos.	Uso de la creatividad a un nivel en el que se logran soluciones originales, novedosas, de alto impacto y que se convierten en mejor práctica del negocio.
23. Programa de Actividades para la Continuidad y Mejora de los Resultados	No existe un programa o el existente no permite el logro del objetivo de dar continuidad y mejora a los resultados del proyecto.	Existen planes, basados en un análisis previo que comprenden algunos aspectos para la continuidad y mejora del proyecto.	Se aborda los aspectos clave para la continuidad con cierto detalle. El programa propuesto mantiene estrecha relación con los objetivos de continuidad y mejora.	El programa tiene un enfoque sólido, con coherencia y lógica, orientado a asegurar la continuidad de los resultados y sólido.	El programa existente es consistente para garantizar la continuidad de los logros obtenidos. Permite además el desarrollo de experiencias similares convirtiéndose en una mejor práctica de la organización.
24. Resultados	Resultados pobres o nulos en comparación a los recursos invertidos.	Existe evidencia sobre el impacto de resultados positivos para la organización derivados del desarrollo del proyecto.	Importantes resultados para la organización y existencia de pruebas de la relación causa – efecto entre solución del proyecto y el resultado obtenido.	Resultados muy superiores a la inversión en el proyecto y abundantes pruebas de la relación causa – efecto entre la solución y el efecto.	El beneficio obtenido con el proyecto es el máximo alcanzable con las posibilidades de recursos y tecnológicas actuales de la organización.