



N° 008 2016-SA-DG-INR

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

Resolución Directoral

Chorrillos, 08 de enero de 2016.

Visto; el Expediente N° 16-INR-000224-001, que contiene el Informe N°0012-OGC-INR-2016 de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, con Resolución Directoral N°084-2011-SA-DG-INR se conforma el Equipo de Acreditación institucional del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, encargado de coordinar y ejecutar las actividades correspondientes al proceso de Acreditación institucional;

Que, con Resolución Directoral N°080-2015-SA-DG-INR se aprueba el Plan anual de Calidad y Mejora Continua 2015 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

Que, con Resolución Directoral N°109-2015-SA-DG-INR se actualiza y oficializa a los integrantes del Equipo institucional de Evaluadores internos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, para realizar la evaluación interna y determinar el nivel de cumplimiento del Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2;

Que, el Plan de Mejora de la Autoevaluación -2015 ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través del Informe N°007-2016-OEPE/INR, por enmarcarse dentro de los objetivos institucionales, por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la Resolución Directoral correspondiente;

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

Con visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

Estando a las facultades conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE MEJORA DE AUTOEVALUACIÓN 2015", del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, que consta de trece (13) folios, por los considerandos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

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

Artículo 3°.- Notificar la presente resolución a las unidades orgánicas, para conocimiento y brindar el apoyo que la Oficina de Gestión de la Calidad requiere; para el cumplimiento de la labor encomendada en beneficio de la institución.

Regístrese y Comuníquese.



W.CRIBILLERO S.



MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

MR. JULIA KONRATA MENDOZA CAMPOS
Directora General(e)
CMP 15706 / RNE 7393

JHMC/CMCG/VSCCH/astrid
c.c . Oficina de Gestión de la Calidad
Unidades Orgánicas
Responsable de la Portal Web INR

INFORME N°0012-OGC-INR-2016

A : Dra. JULIA H. MENDEZ CAMPOS
 Directora General del INR

ASUNTO : Plan de Mejora de Autoevaluación 2015

REFERENCIA : Plan de Calidad y Mejora Continua 2015

EXPEDIENTE : 1&-INR-000224

FECHA : 07 DE ENERO 2016

224

37/11/16

dm

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en relación al asunto de referencia informarle:

Antecedentes:

- Con RD N° 080-2015-SA-DG-INR se aprueba el Plan de Calidad y Mejora continua 2015 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón.
- Con RD N° 347-2015-SA-DG-INR se aprueba el Plan de Autoevaluación 2015 del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón.
- Con Informe N° 009-OGC-INR-2015 se remite a Dirección General el Informe final de Autoevaluación 2015, donde se informa que el puntaje final obtenido es de 43.91%, lo cual ubica la calificación de la institución como "No aprobado"

De lo referido, en tanto la **Autoevaluación** como fase inicial de la Acreditación, esta orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y posterior desarrollo armónico de las Unidades productoras y en cumplimiento del Plan de Calidad y Mejora Continua. Eje 1: Gestión de Procesos para la Certificación y la Acreditación y su Objetivo Estratégico de "Desarrollar el Proceso de Acreditación/Certificación institucional", la Oficina de Gestión de la Calidad ha desarrollado la actividad de Elaborar el Plan de mejora en base a los resultados obtenidos durante la Autoevaluación institucional 2015, el cual remitimos a su Despacho para la evaluación y aprobación respectiva.

Agradeciéndole la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

MC HENRY ALEX LOBATO DELGADO
 CMP 33920
 Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 Dra. Adriana Rebaza Flores AMISTAD PERÚ JAPÓN



“PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACION 2015”

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
“DRA ADRIANA REBAZA FLORES”
AMISTAD PERÙ – JAPÓN**

2016

A handwritten signature or mark, possibly a stylized 'A' or 'H', located in the bottom left corner of the page.



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERU - JAPON**

Directora General

Julia Honorata Mendez Campos

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Henry Alex Lobato Delgado

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Liz Carin Mendoza Rebaza

Claudia Milagros Silva Tresierra

Rubén Giancarlo Zurita Espejo

Natalie Lorena Reyes Icaza

h



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

INDICE.

	Pág.
I. Introducción	4
II. Finalidad	5
III. Objetivos	5
IV. Base legal	5 - 6
V. Ámbito de aplicación	6
VI. Contenido	6
VI.1 Definiciones operativas	6 – 7
VI.2 Conceptos básicos	7 - 8
VI.3 Consideraciones específicas	8 - 11
VII. Actividades Operativas	11 – 12
VIII. Responsabilidades	12
IX. Anexos	12
X. Anexo N° 01	13



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

I. INTRODUCCION

La calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores de los servicios como por los usuarios. La OPS define la calidad como la combinación de los siguientes aspectos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción de los pacientes y el impacto final en la salud de la población. La calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios.

La Política Nacional de Calidad en Salud señala, que los proveedores de atención de salud asumen la responsabilidad del cumplimiento de normas y estándares de infraestructura, equipamiento, aprovisionamiento de insumos, procesos y resultados de atención; la implementación de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud, la protección de los derechos de los usuarios, se vele por un trato digno, con el enfoque de interculturalidad, de género y se facilite el ejercicio de la vigilancia ciudadana en salud; asimismo, se implementen sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y hacer de la mejora continua su tarea central.

Es por ello, la importancia de la implementación del "Sistema de Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir al incremento del nivel de salud y satisfacción de los usuarios a través de la mejora de la calidad. En este contexto, la Acreditación de Establecimientos de Salud, constituye uno de los 06 Ejes estratégicos del sistema.

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, y que se realizará mínimo una vez al año.

En este sentido la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) en su Plan de calidad y Mejora continua (aprobado con RD N° 080-2015-SA-DG-INR) a través del **Eje 1: Gestión de procesos para la Certificación y la Acreditación OE 1.2 Desarrollar el proceso de Acreditación/Certificación**, planificó y desarrolló la Autoevaluación institucional, la misma que se llevara a cabo en el mes de noviembre último.

El presente Plan de mejoramiento continuo de la calidad, es un instrumento que define las estrategias, objetivos y actividades a ser implementadas para la mejora continua, con el involucramiento de los trabajadores tanto asistenciales como administrativos; las cuales propenden a ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad de la atención y de las prestaciones de servicios de salud que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores.

27



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" -- 2015

II. FINALIDAD

Contribuir a que las prestaciones de salud se brinden con calidad, sobre la base del cumplimiento de los estándares de acreditación establecidos, en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ JAPÓN.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Desarrollar una cultura de calidad orientada a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ JAPÓN, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

Objetivos Específicos:

OE1. Fomentar el compromiso de los directivos, profesionales y técnicos de la institución con la Acreditación y mejora continua de la calidad, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

OE2. Promover una cultura de calidad en cada una de las Unidades Orgánicas a través del cumplimiento de los estándares y criterios para la acreditación de establecimientos de salud según nuestra categoría.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Ley N° 29124 "Ley de Congestión y Participación Ciudadana en Salud"
- Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud"
- Ley N° 29414 " Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud"
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba "Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo"
- Decreto Supremo N°007-2008-MIMDES "Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad 2009-2018"
- Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba "Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud"
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"

**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015**

- Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- 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"
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba "Plan Nacional Concertado de Salud"
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba "Guía Técnica del Evaluador para Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA, que aprueba NTS N° 079-MINSA/DGSP- INR-V.01 "Norma Técnica de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación"
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Organización de los Institutos Especializados"
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- 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"
- 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"
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que incorpora el Anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2, a la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Directoral N°069-2013-SA-DG-INR, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2013 – 2017 (PEI) del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Directoral N°070-2014-SA-DG-INR, que aprueba el Plan Operativo anual 2014 (POA) del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Directoral N°133-2014-SA-DG-INR, que aprueba el Plan anual de Gestión de la Calidad 2014

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Mejora de la Autoevaluación 2015, es de aplicación en todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Rehabilitación (categoría III-2).

VI. CONTENIDO:**VI.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:**

- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

- **Calidad de la atención:** conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención y que cumplen las mejores prácticas y estándares desde el punto de vista técnico, humano y del entorno, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- **Estándar:** nivel de desempeño deseado, factible de alcanzar.
- **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.
- **Indicador:** constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medida, que permiten identificar y comparar el nivel o el estado de un aspecto determinado. Unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes internos y externos.
- **Macroproceso:** es la agrupación de procesos en una organización. Por ejemplo el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros el abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.
- **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.
- **Usuario:** Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- **Unidad Orgánica:** Es la unidad de organización en que se dividen los órganos contenidos en la estructura orgánica de la Dependencia y entidad.

VI.2 CONCEPTOS BASICOS:

- **Acciones de mejora:** conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización y que agregan valor a los productos.
- **Acciones correctivas:** actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización y que se aplican a fin de mejorarlo.
- **Acciones de innovación:** son acciones nuevas para agilizar ó eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.
- **Acciones preventivas:** se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.
- **Acreditación:** proceso de evaluación periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las UPS de un establecimiento de salud.
- **Atención de salud:** conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, familia y comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

- **Atributos de calidad:** propiedades ó requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en los niveles óptimos deseados.
- **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.
- **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.
- **Gestión de la Calidad:** conjunto de actividades de la función institucional que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Mejoramiento Continuo de la Calidad:** acciones emprendidas en toda la organización con el fin de incrementar la eficacia y eficiencia de las actividades con carácter permanente y gradual.
- **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.
- **Proyecto:** conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **Proyecto de mejora:** son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** 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 atención y de la gestión.

VI.3. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

1. RESULTADOS OBTENIDOS

El recojo de información de la Autoevaluación 2015 se realizó del 16 al 20/11/2015, lográndose el 100% de los registros programados (20 Macroprocesos), considerando que 02 Macroprocesos no aplican para nuestra institución (Atención Quirúrgica y Atención de Emergencias). El puntaje final obtenido fue de 43.91%, lo que nos califica como Desaprobado (menor al 50%) según la normativa vigente. Los resultados por cada macroproceso se presentan en el siguiente cuadro:



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría									
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%									
Direccionamiento	11	6	4	1	11	47.36	19.50	41.48	175.82	66.77	37.98									
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	35.52	15.67	44.12												
Gestión de la calidad	20	9	6	5	20	35.52	15.29	43.06												
Manejo del riesgo de atención	38	10	27	1	38	35.52	17.49	49.25												
Gestión de seguridad ante desastres	17	11	6	0	17	11.84	4.38	36.96												
Control de la gestión y prestación	10	4	6	0	10	29.60	1.85	6.25	223.78	105.19	47.01									
Atención ambulatoria	10	7	3	0	10	35.52	25.96	73.08												
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00												
Atención de hospitalización	20	4	11	5	20	35.52	19.93	56.10												
Atención de emergencias	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00												
Investigación	17	10	7	0	17	59.20	30.83	52.08	133.20	61.97	46.62									
Enseñanza	10	8	2	0	10	59.20	12.33	20.83												
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	1	9	4	14	14.80	5.73	38.71												
Admisión y alta	15	3	6	6	15	14.80	11.66	78.79												
Desarrollo de Servicios	16	8	8	0	16	14.80	7.71	52.08												
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	14.80	13.95	94.23												
Gestión de la información	15	6	8	1	15	14.80	2.96	20.00												
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	20	7	11	2	20	14.80	6.77	45.71												
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	14.80	7.40	50.00												
Nutrición y dietética	10	3	7	0	10	14.80	1.74	11.76												
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	14.80	7.40	50.00	Total	296	117	150	29	296						
Gestión de equipos e infraestructura	13	5	6	2	13	14.80	3.54	23.91												
								Puntaje Final (%)	43.91											



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

2. METODOLOGIA

La metodología utilizada es el Ciclo de Mejora Continua. Ciclo de Deming ó Ciclo P-E-V-A. Metodología ampliamente difundida que consiste en aplicar cuatro pasos esenciales perfectamente definidos, para el análisis y mejora de los procesos:

PLANIFICAR.

Primero se debe analizar y estudiar el proceso decidiendo que cambios pueden mejorarlo y en qué forma se llevará a cabo.

EJECUTAR (HACER).

A continuación se debe efectuar los cambios para implementar las mejoras propuestas y/o las pruebas proyectadas según la planificación que se haya realizado.

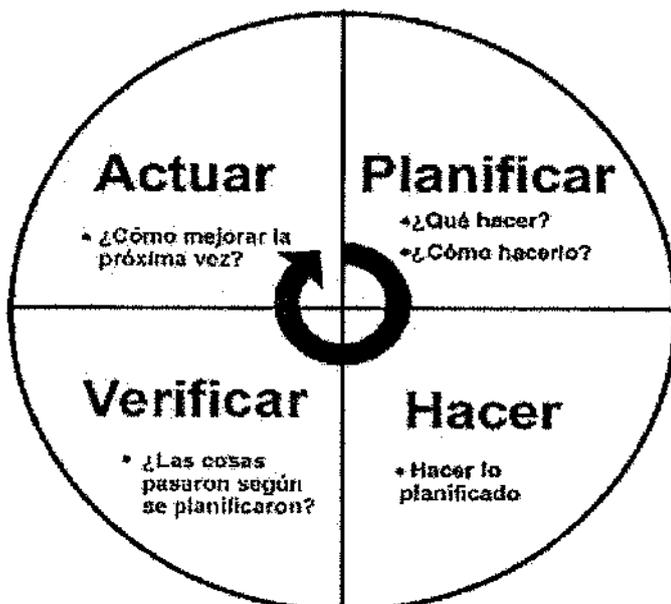
VERIFICAR.

Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, se debe observar y medir el efecto producido por el cambio realizado al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos.

ACTUAR.

Para terminar el ciclo se deben estudiar los resultados, corregir las desviaciones observadas en la verificación y preguntarnos: ¿Qué aprendimos? ¿Dónde más podemos aplicarlo? ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otras áreas? A continuación empieza un nuevo ciclo y así sucesivamente en forma continua.

Si los resultados son satisfactorios se implementara la mejora en forma definitiva y si no se corregirá las desviaciones observadas en la verificación.



2

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015****3. TECNICAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS**

Para llevar a cabo la mejora continua de la calidad, es necesario contar con el apoyo de algunas técnicas y herramientas que ayudarán a su desarrollo.

- ✓ **LLUVIA DE IDEAS:** Buscando generar ideas de que vamos a mejorar, a cargo del Equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ **DIAGRAMA DE AFINIDAD:** Permite organizar la información reunida en sesiones de lluvia de ideas, agrupando los elementos que estén relacionados, con el propósito de optimizar los recursos y lograr una mejor participación de las Unidades Orgánicas.
- ✓ **MATRIZ DE PRIORIZACIÓN:** Brinda prioridad a los elementos enunciados, en base a la decisión colectiva por consenso, teniendo en cuenta la calificación obtenida en el proceso de Autoevaluación 2015.

4. ASPECTOS A MEJORAR:

En base a los resultados obtenidos en el proceso de Autoevaluación 2015 (menor al 50%) y luego de aplicar las mencionadas herramientas de calidad, el equipo técnico de OGC, determinó los siguientes aspectos a mejorar:

- Disponibilidad del tiempo de los Evaluadores Internos y responsables de interactuar con los Evaluadores Internos para el proceso de Autoevaluación. Esto motivó que el levantamiento de información programado para 1 semana se extienda a 2 semanas.
- Mayor participación de los Directores, Jefes o responsables de las unidades orgánicas en las reuniones de apertura y cierre, representando el 59% y 53% respectivamente. Siendo la participación de los responsables de las unidades administrativas menor representando el 53% y 38%
- Mayor compromiso de los directivos, profesionales y técnicos de la institución con el proceso de la Autoevaluación, para lograr una cultura y mejora continua de la calidad, contribuyendo así a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.
- Elevar el cumplimiento del listado de estándares de la acreditación institucional, con la participación activa del Equipo de Dirección y el Equipo de Gestión, para elevar el porcentaje alcanzado de 43.91%, al porcentaje deseado de 85% en el año 2016.
- Elevar el cumplimiento del listado de estándares de la acreditación, con la participación de las unidades orgánicas involucradas, con mayor énfasis en aquellos macroprocesos con menor logro obtenido: Control de la gestión y prestación (6.25%), Nutrición y Dietética (11.76%), Gestión de la Información (20%), Enseñanza (20.83%), Gestión de Equipos e Infraestructura (23.91%), Gestión de seguridad ante desastres (36.96%), Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento (38.71%).

VII. ACTIVIDADES OPERATIVAS.

En base a los objetivos planteados para el presente plan y en base al análisis de los resultados obtenidos y aspectos a mejorar, se plantean las siguientes actividades priorizadas.



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACION 2015, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN" – 2015

OE1. Fomentar el compromiso de los directivos, profesionales y técnicos de la institución con la Acreditación y la Mejora Continua de la Calidad, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

1. Reuniones de trabajo para la evaluación de la problemática institucional y la formulación de propuestas de mejora con el Equipo Directivo y Equipo de Gestión en relación a la Acreditación y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

OE2. Promover una cultura de calidad en cada una de las Unidades Orgánicas a través del cumplimiento de los estándares y criterios para la acreditación de establecimientos de salud según nuestra categoría.

1. Reuniones de problematización y planteamiento de mejoras con las Direcciones, Jefaturas y los Equipos Técnicos de las diferentes unidades orgánicas de acuerdo a cada macroproceso de la matriz de estándares de acreditación establecidos.
2. Talleres participativos con el personal asistencial y administrativo de las diferentes unidades orgánicas en tópicos de interés: Evaluación, monitoreo y supervisión, Autoevaluación – Acreditación, Herramientas de Calidad, Planes y proyectos de mejora, Seguridad del paciente, etc.

VIII. RESPONSABILIDADES:

- La aprobación del Plan estará a cargo de la Dirección General.
- La asistencia técnica estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- El cumplimiento del presente Plan estará a cargo de la Dirección general, las Direcciones Ejecutivas y Jefaturas de las diferentes unidades orgánicas que integran el Instituto Nacional de Rehabilitación.

IX. ANEXOS:

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS (Anexo N° 01)

**ANEXO N° 01: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS
"PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACION 2015"**

Objetivo general	Objetivos específicos	Actividades	Producto	Meta	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre	Responsables
Desarrollar una cultura de calidad orientada a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ JAPON, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.	1. Fomentar el compromiso de los directivos, profesionales y técnicos de la institución con la Acreditación y la Mejora Continua de la Calidad, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos	Reuniones de trabajo para la evaluación de la problemática institucional y la formulación de propuestas de mejora con el Equipo Directivo y Equipo de Gestión, en relación a la Acreditación y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.	Informe Trimestral	4	1	1	1	1	Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad
	2. Promover una cultura de calidad en cada una de las Unidades Orgánicas a través del cumplimiento de los estándares y criterios para la acreditación de establecimientos de salud según nuestra categoría.	Reuniones de problematización y planteamiento de mejoras con las Direcciones, Jefaturas y los Equipos Técnicos de las diferentes unidades orgánicas de acuerdo a cada macroproceso de la matriz de estándares de acreditación establecidos.	Informe por Actividad	11	4	6	1		Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad Directores y Jefes de Unidades Orgánicas
		Talleres participativos con el personal asistencial y administrativo de las diferentes unidades orgánicas en tópicos de interés: Evaluación, monitoreo y supervisión, Autoevaluación – Acreditación, Herramientas de Calidad, Planes y proyectos de mejora, Seguridad del paciente, etc.	Informe por Actividad	1			1		Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad Oficina de Gestión de Recursos Humanos