



*INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN*

*1ª Sesión Ordinaria 2012*

*Fecha: 20 de marzo de 2012 Hora: 09:00 hrs.*

*Sede: Comisión Coordinadora de Institutos  
Nacionales de Salud y Hospitales de Alta  
Especialidad*

# **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN**

## **PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DEL DIRECTOR GENERAL**

**2012**

**DR. LUIS GUILLERMO IBARRA**



## **INDICE**

1. Introducción
2. Antecedentes históricos
3. Marco de referencia
  - Vinculación con las prioridades nacionales, sectoriales e institucionales
    - Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012
    - Programa Nacional de Salud 2007-2012
    - Programa Sectorial de Salud 2007-2012
    - Programas de Acción Específica 2007-2012
    - Programa Quinquenal de la Dirección General del Instituto
4. Misión
5. Visión
6. Análisis estratégico
  - FODA
7. Propuesta de trabajo 2012
  - 7.1 Investigación
    - 7.1.1 Objetivos
    - 7.1.2 Líneas de Acción
    - 7.1.3 Metas
      - 7.1.3.1 Numeralia
  - 7.2 Enseñanza
    - 7.2.1 Objetivos
    - 7.2.2 Líneas de Acción
    - 7.2.3 Metas
      - 7.2.3.1 Numeralia
  - 7.3 Atención Médica
    - 7.3.1 Objetivos
    - 7.3.2 Líneas de Acción
    - 7.3.3 Metas
      - 7.3.3.1 Numeralia
  - 7.4 Administración
    - 7.4.1 Objetivos
    - 7.4.2 Líneas de Acción
    - 7.4.3 Metas
      - 7.4.3.1 Numeralia



## **1. Introducción**

La creación del Instituto Nacional de Rehabilitación, se basa en la modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio del 2005, la cual entra en vigor al día siguiente, lo que constituyó un hecho histórico y fue la culminación de los esfuerzos realizados durante muchos años para que en el campo de la salud se diera reconocimiento al problema creciente de la discapacidad que afecta a los diversos órganos y sistemas del cuerpo humano y la cual es consecuencia de los avances médicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y de las lesiones, que permiten disminuir la mortalidad y prolongar la vida aunque en condiciones de gran desventaja para quienes se convierten en portadores de secuelas que causan discapacidad de grado variable, que limitan y afectan a quienes las sufren y repercute significativamente en la familia y en la comunidad, generando una pobre calidad de vida y una carga impositiva para el país, la cual se soslaya pero que sin embargo impide la realización plena de las personas con discapacidad y generan gastos de atención médica significativos, que pueden llegar a ser gastos catastróficos así como una importante pérdida económica para el país. Ya ha sido demostrado durante mucho tiempo que resulta más costoso desatender la discapacidad que los programas de rehabilitación que conducen a la integración social y productividad de las personas con discapacidad.

Los problemas de discapacidad fueron ignorados en el ámbito médico, seguramente porque no se disponía de recursos suficientes de diagnóstico y tratamiento de las diferentes secuelas generadoras de discapacidad, por lo que la rehabilitación era nada más un problema de educación, de capacitación laboral, empleo e integración social. Sin embargo los avances médicos y tecnológicos están cada día permitiendo resolver más y más los problemas de discapacidad, en algunos casos inclusive llevándolos a la curación, como sucede hoy en día con los casos de cataratas que producen ceguera mismos que son resueltos mediante cirugía que permite recuperar la visión en un muy elevado número de casos; los implantes cocleares mediante los cuales se logra recuperar la audición y el lenguaje y los reemplazos articulares de cadera y de rodilla que permiten la recuperación total de la movilidad articular perdida y el alivio del dolor.

Por lo anterior el Instituto Nacional de Rehabilitación, inició su desarrollo orientado a impulsar la investigación científica, a la formación y capacitación de personal especializado y a la atención médica de alta especialidad.

Una gran dificultad ha sido la incorporación a los Institutos Nacionales de Salud, con más de 60 años de vida, y tener que participar con sus mismos indicadores en tareas de alta dificultad, como es la investigación, ya que el reclutamiento de investigadores ya formados ha sido muy difícil debido a que los investigadores de prestigio tienen múltiples intereses creados en su desarrollo profesional que no les permiten cambiar de institución así como el desinterés en los temas de la discapacidad y la rehabilitación. Sin embargo, se ha logrado avanzar en la investigación instalando laboratorios, integrando grupos de investigadores y creciendo paulatinamente en la cantidad y calidad de las publicaciones. En el campo de la formación y capacitación de recursos humanos el instituto atrae a mejores estudiantes, ampliando el número de residencias médicas, de cursos de alta especialidad y diplomados, la incorporación de la enseñanza de la rehabilitación en las escuelas de medicina de la



UNAM y del IPN y de otras universidades. Así mismo se iniciaron las maestrías y doctorados en el propio instituto a través de la UNAM y del IPN.

En cuanto a la atención médica, esta se ha consolidado como una de las mejores instituciones para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema músculoesquelético así como problemas discapacitantes de la audición, voz, visión, lenguaje y centro singular para la atención de pacientes con artritis, hemiplejía, paraplejía, amputaciones, parálisis cerebral infantil, y otras muchas condiciones. Todo lo anterior ha conducido a una elevada demanda de servicios con una limitada posibilidad de referencia, dado los escasos servicios médicos de rehabilitación.

Como apoyo a las acciones anteriores hubo una gran actividad en el área administrativa, integrando primero las distintas áreas de administración de los tres institutos, unificando criterios de estructuras y procedimientos pero además generando una política de mejora de la calidad que condujo en 2006 a la certificación por el Consejo de Salubridad General y luego a la certificación bajo la Norma ISO-9001:2008, 2009-2012 en forma integral en sus procesos sustantivos y de soporte: investigación, enseñanza, asistencia médica, y administración.

Hay que señalar que el programa de trabajo propuesto 2005-2010, fue sumamente ambicioso comprendiendo 8 estrategias y 56 líneas de acción, a todo lo cual se le dio cabal cumplimiento. Dentro de este programa de trabajo lo más difícil fue lo relativo a la construcción del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), lo cual significó un esfuerzo sostenido durante dos sexenios, ya que durante la presidencia del Lic. Vicente Fox Quezada, y siendo Secretario de Salud el Dr. Julio Frenk, se hizo la propuesta de este centro la cual no fue cristalizada. Afortunadamente durante la presente administración el Presidente Felipe Calderón Hinojosa, del Secretario de Salud Dr. José Ángel Córdova Villalobos, fue aprobada y puesta en marcha su construcción, equipamiento y operación, contando siempre con el apoyo del Dr. Julio Sotelo Morales como Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, ahora Coordinador de Asesores del Secretario de Salud.

El informe quinquenal dio cuenta cabal de las realizaciones conseguidas durante 2005 al 2010, como un primer paso en el nacimiento de este Instituto Nacional de Salud. Las tareas emprendidas han permitido el arranque de nuestra institución pero los próximos años tendrán que consolidarse los logros aprovechando las fortalezas y las oportunidades, superando las debilidades y evitando las amenazas, como se plantea más adelante en esta propuesta de trabajo.

Estamos seguros de que es indispensable dar continuidad a los esfuerzos realizados no solo por el cuerpo directivo del Instituto Nacional de Rehabilitación, sino por todos los trabajadores en los cuales se ha venido desarrollando una conciencia de la importancia y trascendencia de su trabajo en cada una de las áreas de la institución, debiendo aprovecharse el entusiasmo y la inercia que se tiene con el propósito que en los próximos años se logre una maduración y consolidación del Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Salud, como uno de los mejores del mundo y orgullo de nuestro país, sabiendo las dificultades que se enfrentan para sostener y mejorar lo conseguido.

La planeación estratégica, planteo un cambio para este año, que permitirá cumplir con la misión y visión y crecer y consolidarse.



## **2. Antecedentes Históricos**

### **Desarrollo**

El Instituto Nacional de Rehabilitación proviene de la fusión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana, los cuales formaron parte de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, teniendo todos ellos una orientación bien definida hacia la atención de pacientes con problemas de discapacidad del sistema músculo-esquelético, audición, voz y lenguaje.

El Instituto Nacional de la Comunicación Humana, por su parte, promovió la construcción de un área hospitalaria, en el año de 1968, que luego fue destinado a la Escuela de Salud Pública.

Los tres Institutos fueron desconcentrados en el año de 1988, siendo Secretario de Salud, el Dr. Guillermo Soberón. Los Institutos de Medicina de Rehabilitación y de Comunicación Humana continuaban funcionando como unidades de consulta externa, sin contar con servicios de hospitalización ni cirugía y disponían sólo de elementales servicios de radiología. La investigación era muy limitada y contaban con escasos recursos humanos, materiales y financieros.

Siendo Secretario de Salud el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, se planteó la necesidad de construcción de nuevas instalaciones para los tres institutos, así como la dotación de equipos con tecnología de vanguardia para el diagnóstico y el tratamiento en el campo de sus especialidades. En vista del alto costo que representaba llevar a la práctica estas acciones, se determinó la conveniencia de la fusión de los Institutos, que facilitara su fortalecimiento y el mejor aprovechamiento de sus recursos.

En el año de 1989, el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Secretario de Salud, pidió al Dr. Ibarra la presentación de un proyecto de fusión de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para crear un Instituto Nacional de Rehabilitación como organismo descentralizado, quedando de manifiesto en un oficio que a la letra dice:

“Dentro de los programas que lleva a cabo esta Secretaría, se encuentra el relativo a la fusión de los Institutos Nacionales de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana; se pretende que la rectoría y dirección de un solo organismo, redunde en un mejoramiento de los servicios de atención médica de rehabilitación del sistema músculo-esquelético, de la audición, voz y lenguaje que en forma separada vienen prestando los citados organismos; por lo que se está ponderando la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Rehabilitación, como un organismo descentralizado, el cual absorbería las funciones de los institutos aludidos”.

Dicho anteproyecto fue presentado y sirvió de base para el desarrollo del proyecto médico-arquitectónico, iniciándose su construcción en el año de 1990, con el propósito de ser terminado en el año de 1992. Durante la gestión del C. Presidente Carlos Salinas, se signó un convenio con el gobierno de Argentina para la construcción de diversas obras hospitalarias, entre ellas la del Instituto Nacional de Rehabilitación, pero la obra tuvo que ser suspendida por diversos problemas administrativos. No obstante los retrasos en la conclusión de las nuevas instalaciones, el Dr. Luis Guillermo Ibarra fue promovido a Director General, en 1994 con el propósito de que coordinara la fusión de los tres institutos de referencia.

Siendo Secretario de Salud el Dr. Juan Ramón De la Fuente, 1994-1999. Reinició la construcción en el año de 1996 y el 6 de Agosto de 1997 creó el Centro Nacional de



Rehabilitación como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, a través de la publicación en el Diario Oficial de la Federación de esa fecha, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con atribuciones relativas a la prestación de servicios de atención médica de alto nivel para la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades, así como para el desarrollo de investigación científica y tecnológica y enseñanza en dichas materias, quedando abrogados los decretos de creación de los tres institutos anteriores. El Dr. De la Fuente nombró al Dr. Luis Guillermo Ibarra Director General de esta nueva Institución.

Enfrentando una variada problemática, se continuó la obra cuando era Secretario de Salud el Lic. José Antonio González Fernández, quien aceleró el proceso constructivo y procedió a su inauguración el día 20 de Noviembre del año 2000, con la asistencia del Presidente Ernesto Zedillo. Sin embargo, sólo funcionaban el 5% de las instalaciones.

Cabe destacar que el Centro Nacional de Rehabilitación operó durante cuatro años de esta administración como unidad desconcentrada de la Secretaría de Salud.

Mediante la modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el pasado 22 de junio de 2005, el Centro Nacional de Rehabilitación se transformó en el Instituto Nacional de Rehabilitación, por lo que su gestión se orientó a instrumentar los cambios necesarios para su operación como organismo público descentralizado, consolidar su integración y fortalecer técnica y administrativamente su funcionamiento, en congruencia con el compromiso social de contribuir al logro de los objetivos sectoriales y al importante lugar que ocupa en el Sistema Nacional de Salud, por las atribuciones conferidas.

A pesar de las limitaciones impuestas por las obras de terminación del Instituto, las cuales aún no estaban concluidas por falta de presupuesto específico, la productividad de la institución fue creciendo en todos los aspectos, en investigación, enseñanza y en atención médica, lo cual permitió se propusiera como Instituto Nacional de Salud, propuesta que fue aprobada por la Cámara de Diputados al ser modificada la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, adicionando una fracción VIII-Bis al Artículo 5.

Conforme a lo establecido en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se procedió a la convocatoria para ocupar la Dirección General del mismo, la cual se emitió en el mes de octubre de 2005, habiéndose procedido a la designación de un Comité de auscultación integrado por las siguientes personalidades: Dr. Fernando Ortiz Monasterio, Dr. Pelayo Vilar Puig, Dr. Manuel Ruiz de Chávez, Dr. Miguel Gutiérrez y de la Dra. Mercedes Juan López, los cuales recibieron a diversos grupos del personal de Instituto para escuchar sus opiniones acerca de los candidatos. Dr. Francisco Montalvo, Dr. Francisco Hernández Orozco, Dr. Juan Manuel Guzmán y Dr. Luis Guillermo Ibarra, después de la entrega de la propuesta de trabajo, de la presentación a los miembros de la H. Junta de Gobierno integrado por: Dr. Julio Frenk Mora como Presidente, Dr. Jaime Sepúlveda Amor, como Presidente suplente y como vocales Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Dr. Eduardo Vázquez Vela, Dr. Leobardo Ruiz Pérez, Dra. Edna Berumen Amor, Dr. Enrique Graue W., y de la entrevista personal, se designó el Dr. Luis Guillermo Ibarra, como Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación, para el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2005 al 30 de noviembre de 2010.

Al termino de este periodo y conforme se estipula en el Artículo 20 del Capítulo III de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se puede participar por un segundo





periodo únicamente. Posterior a la convocatoria expedida el 13 de octubre de 2010, y con la participación dos candidatos en la 2ª Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Instituto, celebrada el 26 de Noviembre de 2010, se designó al Dr. Luis Guillermo Ibarra como Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación para el periodo comprendido del 1 de Diciembre de 2010 al 30 de Noviembre de 2015.

### **3. Marco de Referencia**

#### **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Normas Reglamentarias.**

**Leyes:** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; Ley de los Institutos Nacionales de Salud; Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas; Ley de Planeación; Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional; Ley Federal de las Entidades Paraestatales; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; Ley Federal del Procedimiento Administrativo; Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; Ley Federal del Trabajo; Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público; Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Ley General de Bienes Nacionales; Ley General de las Personas con Discapacidad; Ley General de Salud; Ley General del Desarrollo Social; Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres; Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativa al Ejercicio de las Profesiones en el D. F. y, Ley para las Personas con Discapacidad en el D.F.

**Decretos:** Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

**Reglamentos:** Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; Reglamento de la Ley Federal de Entidades Paraestatales; Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el D.F.; Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo; Reglamento General de Seguridad Radiológica; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud;



Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud; Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Reglamento de Insumos para la Salud; Reglamento del Consejo Promotor para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad.

**Acuerdos:** Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los Insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de Atención Médica y, para Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de Insumo.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Rehabilitación aprobado por su Junta de Gobierno el 9 de septiembre de 2005.

**Normas Oficiales Mexicanas:** NOM-131-SSA1-1995; NOM-007-SSA2-1993; NOM-a008-SSA2-1993; NOM-178-SSA1-1998; NOM-197-SSA1-2000; NOM-168-SSA1-1998; NOM-146-SSA1-1996; NOM-157-SSA1; NOM-156-SSA1; NOM-166-SSA1; NOM-003-SSA2-1993; NOM-001-SSA-1994; NOM-045-SSA2-2005

Así como las reformas y modificaciones a las disposiciones señaladas o que las sustituyan y demás que resulten aplicables.

#### **Atribuciones**

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

(D.O.F. 26-V-2000) Última Reforma. D.O.F. 14-VII-2008

Artículo 6.- A los Institutos Nacionales de Salud les corresponde:

I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas experimentales, de desarrollo tecnológico y básico, en las áreas biomédicas y socio-médicas en el ramo de sus especialidades para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;

II. Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre;

III. Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, intercambio o cooperación con instituciones afines;

IV. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines;

V. Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje;

VI. Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables;

VII. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;

VIII. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;

IX. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sean requeridos para ello;

X. Actuar como órganos de consulta técnica y normativa de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado;





- XI. Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y , en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud;
- XII. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades;
- XIII. Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos de la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que les correspondan, y
- XIV. Realizar las demás actividades que les correspondan conforme a la presente Ley y otras disposiciones aplicables.

### **Identificación de estrategias del Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012**

Conforme a lo previsto en el Artículo 1 de su Estatuto como Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), tiene por objeto, en el campo de la rehabilitación, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios médicos de alta especialidad, cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional.

El Programa Anual de Trabajo 2012 *“Estrategia para enfrentar el problema social y de salud pública creciente mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y la atención médica de alta especialidad”* del Instituto, además de ser congruente con el objetivo señalado en el Estatuto Orgánico del Instituto, se encuentra debidamente vinculado con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA), el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007- 2012, así como la Propuesta para dirigir el Instituto Nacional de Rehabilitación 2010-2015 .

Vinculación Programática



- **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**

Partiendo de un diagnóstico profundo y un proceso de deliberación, democrático, plural e incluyente acerca de la realidad actual de nuestro país, y con base en el establecimiento de acciones transversales que comprenden los ámbitos económico, social, político y ambiental para conformar un proyecto integral en virtud del cual cada acción pretende contribuir a sustentar las condiciones bajo las cuales se logren los grandes objetivos nacionales, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, articula el conjunto de objetivos y estrategias en torno a 5 ejes rectores, que rigen las acciones de gobierno de la presente administración.

Dentro de dicho plan se distinguen las siguientes directrices en materia de salud:

SUSTENTO PROGRAMÁTICO NACIONAL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012 (PND)				
PRINCIPIO RECTOR	EJES TEMÁTICOS	ÁREAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS EN MATERIA DE SALUD	
<p><b>DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE</b></p> <p>Proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras.</p>	1. Estado de Derecho y seguridad.			
	2. Economía competitiva y generadora de empleos.			
	<p><b>3. Igualdad de oportunidades.</b></p>	3.1. Superación de la Pobreza		4. Mejorar las condiciones de salud de la población.
		3.2. Salud		5. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
		3.3. Transformación educativa		6. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
		3.4. Pueblos indígenas		7. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
		3.5. Igualdad entre mujeres y hombres		8. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.
		3.6. Grupos vulnerables		
		3.7. Familia, niños y jóvenes		
		3.8. Cultura, arte, deporte y recreación		
4. Sustentabilidad ambiental.				
5. Democracia efectiva y política exterior responsable.				

- **Programa Nacional de Salud 2007-2012**

Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y con una visión prospectiva hacia el 2030, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA), que cuenta con cinco grandes objetivos de política social:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Asimismo el PRONASA establece 10 estrategias y 74 líneas de acción, de las cuales las siguientes se encuentran directamente vinculadas con las actividades a cargo del Instituto Nacional de Rehabilitación.

- **ESTRATEGIA 5: Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.**

5.4 Fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

5.6 Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad

- **ESTRATEGIA 8: Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la**

información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.

8.4. Modernizar las tecnologías de la información y las telecomunicaciones del Sistema Nacional de Salud.

8.5. Establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios.

- **ESTRATEGIA 9: Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.**

9.1 Definir la agenda de investigación y desarrollo con base en criterios de priorización en salud.

9.2 Reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

9.3 Impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas.

9.5 Desarrollar competencias gerenciales en el personal directivo que fortalezcan la toma de decisiones en salud.

SUSTENTO PROGRAMÁTICO NACIONAL		
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2007-2012 (PRONASA)		
EJES BÁSICOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	
1.- Aseguramiento Universal. 2.- abasto de Medicamentos. 3.- Fortalecimiento de la Infraestructura. 4.- Calidad y Calidez en la atención. 5.- Prevención y Promoción de la Salud. 6.- Regulación Sanitaria Pertinente y Dinámica.	1.- Mejorar las condiciones de salud de la población.	Estrategias (5)
	2.- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.	
	3.- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.	Líneas de Acción (45)
	4.- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.	Indicadores
	5.- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.	Metas



Vinculados al  
INR



- **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**

El PROSESA se relaciona íntegramente con los 10 objetivos nacionales del PND. Esta relación se da de forma directa con los 5 objetivos en materia de salud que fueron señalados anteriormente del Eje 3 del PND "Igualdad de Oportunidades", pero además, señala una relación indirecta con otros objetivos, como el objetivo 6.-Reducir significativamente las brechas sociales, económicas y culturales persistentes en la sociedad, y que esto se traduzca en que los mexicanos sean tratados con equidad y justicia en todas las esferas de su vida, de tal manera que no exista forma alguna de discriminación.

El PROSESA se compone de 10 estrategias y 69 líneas de acción, de entre las cuales se vincula directamente con el INR la Estrategia 5 y en particular la línea de acción 5.4 que busca el fortalecimiento de la atención integral de las personas con discapacidad.

El fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, está orientado a reducir el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

- **Plan Quinquenal del Director General del INR 2010 – 2015**

El Programa 2010-2015 del Instituto Nacional de Rehabilitación deberá estar vinculado con el eje rector 3 del PND, teniendo como finalidad el lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades garantizando el acceso a los servicios básicos para que todos los mexicanos tengan una vida digna.

Propuesta estrechamente vinculada con el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, conforme a sus funciones sustantivas: Rectoría del Sector; Financiamiento Equitativo y Sostenible y Generación de Recursos Suficientes y Oportunos.

A estos 3 ejes se consideran sus 5 objetivos generales que a continuación se enlistan:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Reducir las brechas o desigualdades
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
5. Garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país.

Por lo que el Programa Anual de Trabajo 2012 del Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación, esta vincula al Programa Quinquenal 2010 – 2015, en la consecución de sus 5 Estrategias y 45 Líneas de Acción, todas ellas encaminadas a lograr las metas y dar seguimiento a los indicadores a través de un tablero de control, semaforizado para corregir cualquier desviación que se detecte



#### **4. Misión**

Somos una institución de Salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico.

#### **5. Visión**

Consolidarse como la institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrolle la investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes en este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

#### **6. Análisis Estratégico**

##### **FODA**

El análisis estratégico del INR determina la situación que actualmente se tiene para lograr los objetivos y metas definidas en cada una de las áreas que lo componen. Para este análisis se deben considerar cada una de las diversas capacidades que sean significativas para el logro de los objetivos deseados.

##### **ANÁLISIS INTERNO**

Las fuerzas en el interior del Instituto que a continuación serán en listadas intervienen para facilitar el logro de los objetivos; sin embargo en las debilidades muestran las limitaciones que impiden el alcance de las metas de una manera eficiente y efectiva.

##### **FORTALEZAS**

- ❖ Investigadores con elevado potencial. incremento de investigadores con maestría y doctorado, así como pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI)
- ❖ Posicionamiento a nivel internacional. Así lo demuestra el Programa de Cooperación con Centroamérica y el hecho de formar parte de la Sociedad Internacional de Centros Ortopédicos (ISOC), conformada por hospitales de elevado prestigio en el mundo, la denominación como Centro Colaborador de la OMS/OPS y los convenios internacionales.
- ❖ Formación de recursos humanos altamente especializados para la atención médica integral de la discapacidad. Dos especialidades; Medicina de Rehabilitación, Audiología, Otoneurología y Foniatría, en el padrón de





postgrados de excelencia de CONACYT y 25 cursos de alta especialidad. Al igual que Programas de Maestría en Ciencias Médicas y de la Salud, del Instituto Politécnico Nacional y de la Universidad Nacional Autónoma de México. Y Programas de licenciatura en Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje con prestigio.

- ❖ Profesorado altamente calificado, con una capacitación continua
- ❖ Atención multidisciplinaria de enfermedades y lesiones potencialmente discapacitantes.
- ❖ Instalaciones Quirúrgicas con Tecnología de Punta.
- ❖ Unidad médica certificada bajo la norma ISO 9001:2008
- ❖ Cumplimiento de la normatividad

### **DEBILIDADES**

- ❖ Deficiencias en el desarrollo de la capacitación de los investigadores, involucrando la asistencia de congresos y pasantías en el extranjero. Dando como resultado la falta de estrategias de investigación integral orientada a la solución de problemas nacionales de medicina preventiva y de rehabilitación, así como la medicina transnacional.
- ❖ Poca vinculación del proceso enseñanza aprendizaje con la investigación médica.
- ❖ Insuficientes espacios físicos para dar atención acorde a la creciente demanda de servicios.
- ❖ Insuficiencia de personal médico, paramédico y de apoyo
- ❖ Obsolescencia de equipo médico e informático.
- ❖ Insuficiente mantenimiento de equipo médico y de instrumental quirúrgico, así como deterioro del existente.
- ❖ Subutilización de quirófanos en turno vespertino.
- ❖ Áreas de trabajo dispersas/espacio
- ❖ Solicitud de informes con poco tiempo para respuesta



## **ANÁLISIS EXTERNO**

Análisis de las condiciones o circunstancias ventajosas de su entorno que la pueden beneficiar; identificadas como las oportunidades; así como las tendencias del contexto que en cualquier momento pueden ser perjudiciales y que constituyen las amenazas.

### **OPORTUNIDADES**

- ❖ Generación de una mayor cantidad de publicaciones científicas de calidad a mediano y largo plazos, gracias al equipamiento, el incremento en el financiamiento tanto interno como externo y la continua cualificación de los recursos humanos del Instituto.

- ❖ Mayores alianzas externas.

El Hospital Shriners, de Sacramento, California, el Hospital Shriners de Galveston y el Hospital Pediátrico de Arkansas. Se tiene en desarrollo la participación con la Internacional Society of Orthopaedic Center (ISOC), para la capacitación avanzada de médicos ortopedistas.

Convenios con universidades nacionales como la UNAM, el IPN y demás instituciones de educación superior.

- ❖ Poca vinculación del proceso enseñanza aprendizaje con la investigación médica.
- ❖ Insuficientes espacios físicos para dar atención acorde a la creciente demanda de servicios.
- ❖ Actualizar la tecnología médica e informática.
- ❖ Utilización de citas telefónicas y por vía internet
- ❖ Centro de Excelencia Internacional
- ❖ Organizar un área administrativa modelo en la Administración Pública
- ❖ Identificación de fuentes de financiamiento externo (públicos y privados). Contratos con compañías de seguros

### **AMENAZAS**



- ❖ Fuga de investigadores. Una política de sueldos y estímulos insuficientes y poco competitivos de los investigadores puede provocar fuga de cerebros.
- ❖ La intervención de la Comisión Dictaminadora de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, al negar estímulos a los investigadores, provoca desanimo entre los mismos.
- ❖ Baja productividad científica y pérdida de competitividad, derivada de un insuficiente aporte financiero federal para la investigación.
- ❖ Presupuesto insuficiente para la elaboración de actividades acordes a las metas planteadas.
- ❖ No contar con programas de actualización pedagógica y habilidades gerenciales para autoridades.
- ❖ Incremento de la demanda de atención por discapacidad.
- ❖ Falta de consolidación de los procesos de referencia y contra referencia a nivel nacional.
- ❖ NO Certificación Hospitalaria por el Consejo de Salubridad General
- ❖ Diferimiento de cirugías
- ❖ Limitaciones presupuestales/ falta de recursos
- ❖ Imprecisión en las solicitudes de clientes internos

## **7. Propuesta de Trabajo 2012**

### **7.1 Investigación**

#### **7.1.1 Objetivo**

Elevar la productividad científica de la investigación en el INR, mediante el desarrollo de una política de mejora continua de la calidad estructurada en función de una estrategia de reingeniería 2.0

#### **7.1.2 Líneas de Acción**

a. Reingeniería

b. Alinear las Líneas de Investigación con los Problemas de Discapacidad



En coordinación con la Comisión de Investigación del Instituto, se buscará que los proyectos y protocolos de investigación sean pertinentes, factibles y se encuentren debidamente orientados con las principales líneas de investigación del Instituto, sin menoscabo de la libertad académica y de investigación establecida.

Adicionalmente, avanzar en la elaboración de un padrón que incluya la relación completa de protocolos de investigación en proceso, tanto registrados como no registrados por la Comisión de Investigación, incluyendo tesis de investigación de especialización, maestría y doctorado.

**c. Incrementar la Calidad y la Cantidad de las Publicaciones Científicas**

Se ha logrado un importante avance en materia de publicaciones científicas. Sin embargo, es necesario un mayor énfasis en el factor de impacto de las mismas.

Para 2015, deberá incrementarse el número de publicaciones a 1.9 publicaciones anuales por investigador, para lo que se requiere:

- Capacitación avanzada y continua
- Incrementar el apoyo a los investigadores mediante asesoría, insumos suficientes, infraestructura y apoyos financiero para las publicaciones y presentaciones de sus trabajos en reuniones científicas nacionales e internacionales
- Monitoreo de los protocolos de investigación
- Mayor agilidad de la Comisión de Investigación

**d. Aumentar el Número de Investigadores en el SIN**

Aun cuando se ha incrementado el número de investigadores en el SNI, así como el porcentaje de los investigadores con plaza de investigador aceptados en el sistema, este esfuerzo deberá incrementarse hasta alcanzar por lo menos un 50% de investigadores con plaza de investigador en el SNI hacia 2015.

Asimismo, deberá promoverse el ingreso al SNI de investigadores clínicos sin plaza de investigador, además de realizar un análisis de los investigadores básicos y clínicos que pudieran llenar los requisitos para ingresar o reingresar

**e. Extender el Número de Investigadores con Plaza en el SII**

La implementación y desarrollo de los laboratorios y servicios demandará un incremento en el número total de investigadores con plaza de investigador, por lo que todos ellos deberán calificar en el SII, estimándose que se podrán alcanzar 75 plazas para el 2015.

Por otro lado el 100% de los investigadores con plaza deberán ingresar al SII y mantenerse o ser promovidos en el mismo.

**f. Mejorar el Financiamiento para la Investigación Científica**

Dado que la misión fundamental del Instituto es la investigación, esta labor prioritaria deberá reflejarse en el presupuesto de operación asignado, que deberá incrementarse principalmente con base en recursos propios y externos. En el primer caso, idealmente hasta alcanzar 10% del recurso federal asignado a la investigación.



Por otro lado, deberá incrementarse prioritariamente el financiamiento internacional a través de proyectos de investigación bien elaborados y enfocados a problemas trascendentes y con sentido de investigación aplicada, que generen soluciones reales y patentes que contribuyan a la sustentabilidad financiera.

*g. Fomentar el Desarrollo del Capital Humano en Investigación*

Deberá prestarse especial atención al desarrollo exitoso de las Maestrías y Doctorados que se han iniciado en el Instituto, tanto con el Instituto Politécnico Nacional como con la Universidad Nacional Autónoma de México y demás Universidades, con el propósito de que se incorporen a la institución como investigadores clínicos y básicos que contribuyan significativamente a incrementar y mejorar los recursos humanos en la investigación.

*h. Ampliar las Estancias de Investigación en el Extranjero*

De manera ideal, en 2012 se buscará que un mayor número de investigadores del Instituto realicen estancias de investigación en diferentes laboratorios de diversos países, pero es necesario la planeación, programación y apoyo financiero para que este esfuerzo contribuya al desarrollo de los proyectos y líneas prioritarias de investigación. Se elaborará, en consecuencia, un proyecto de estancias en el extranjero para investigadores del INR con elevado potencial.

*i. Acrecentar la Colaboración con Instituciones de Investigación Científica*

Aunque se han establecido convenios de colaboración científica con importantes Instituciones de Educación Superior e Investigación, es necesario aumentar el número de proyectos conjuntos, aprovechando los recursos de que dispone el INR, particularmente en lo que se refiere a investigación de punta como Ingeniería de Tejidos, Terapia Celular, Terapia Génica e Investigación Clínica, tomando en consideración muy especialmente la disponibilidad de casos clínicos que se pueden ofrecer a las Instituciones académicas y las Instituciones académicas a su vez los recursos avanzados en investigación.

Del mismo modo, deberá reactivarse el Convenio de Colaboración establecido con la UNAM y buscar la generación de nuevos acuerdos y vínculos de investigación con instituciones de investigación científica.

*j. Proyectos Prioritarios de Investigación*

Se estandarizará el reglamento de acuerdo con los lineamientos propuestos por la Subdirección de Asuntos Jurídicos del Instituto. Del mismo modo, se elaborará un Manual de operación que permita un mayor control de la información relevante para mejorar el seguimiento de los proyectos de investigación autorizados, agilizar el proceso de evaluación de los proyectos de investigación y reestructurar la operación de las Comisión Interna de Investigación.

### **7.1.3 Metas**

**Estimación Preliminar De Metas Anuales 2011-2015**

AÑO	NÚMERO DE PUBLICACIONES POR INVESTIGADOR*	INVESTIGADORES MIEMBROS DEL S N I (EN NÚMERO Y PORCENTAJE DEL TOTAL)**	TOTAL DE PLAZAS DE INVESTIGADOR POR AÑO	PUBLICACIONES TOTALES
2011	1.5	22	55	82.5
2012	1.6	25	60	96
2013	1.7	30	65	110.5
2014	1.8	35	70	126
2015	1.9	37.5	75	142.5

1. *\*Nota: el número de publicaciones por investigador en 2010 fue de 1.3*
2. *\*\*El número y porcentaje de investigadores en el S N I, así como las publicaciones totales, se expresan en números redondeados*

**Metas Proyectadas al 2015 (de acuerdo con el programa de Trabajo de la Dirección General)**

- ❖ Publicar 1.9 trabajos por investigador
- ❖ Lograr que 50% de los investigadores ingresen al SNI
- ❖ Contar con 60 investigadores en el SII
- ❖ Incrementar el número de investigadores con maestría, doctorado y posdoctorado
- ❖ Desarrollar el laboratorio de Tejido Conjuntivo
- ❖ Desarrollar el Laboratorio de Genética en Quemaduras
- ❖ Poner en funcionamiento el Laboratorio de Biotecnología
- ❖ Poner en funcionamiento el Laboratorio de Infectología
- ❖ Incrementar el financiamiento interno al 10% del PEF y externo del 50% para la investigación.
- ❖ III Congreso Internacional de Investigación de Rehabilitación (14 al 16 de noviembre de 2012)

**7.1.3.1 Numeralia**

INVESTIGACIÓN	
AÑO	2012
Núm. de publicaciones Grupos I, I, I III, IV, V	72
Núm. de plazas de investigador	
ICM A:	10
ICM B:	11



ICM C:	15
ICM D:	6
ICM E:	1
ICM F:	14
Total:	57
Publicaciones (I-II) / Plazas de investigador:	0.61
Publicaciones (III-IV-V) / Plazas de investigador:	0.64
Investigadores al Sistema Nacional de Investigadores	22
Miembros del SNI / Plazas de investigador	0.38
Libros editados:	0
Capítulos en libros:	8
Núm. de tesis concluidas	
Maestría:	1
Doctorado:	1
Núm. de proyectos con patrocinio externo:	3
Núm. Agencias no lucrativas:	1
Líneas de acción prioritarias en el INR:	10

1. Osteoartritis, Osteoporosis y discapacidades por enfermedades y lesiones de los huesos y de las Articulaciones.
2. Distrofias musculares y Enfermedades neuromusculares.
3. Malformaciones congénitas.
4. Análisis de movimiento y diseño y producción de órtesis, prótesis y ayudas técnicas.
5. Trasplantes autólogos condrales y Desarrollo de modelos experimentales de reparación condral y meniscal.
6. Neurorehabilitación, plasticidad cerebral y regeneración medular
7. Quemaduras, respuesta del tejido conjuntivo, factores genéticos en la reparación tisular y biotecnología.
8. Medicina Genómica y discapacidad.
9. Tumores músculo-esqueléticos.
10. Neurociencias y Discapacidad por alteraciones sensoriales (audición, voz, lenguaje, aprendizaje y visión).

## **7.2 Enseñanza**

### **7.2.1 Objetivos**

Lograr el óptimo desarrollo con fundamento pedagógico y metodológico al constructivismo de procesos formativos del capital humano en materia de rehabilitación con base en el Proceso de enseñanza aprendizaje que tendrá la capacidad para desarrollar investigación y docencia, con individuos con pensamiento crítico en la toma de decisiones con capacidad de adaptación y excelencia en la solución de problemas, ejerciendo liderazgo en la comunidad médica y siendo competitivos a nivel nacional e internacional.



Estableciendo las siguientes prioridades de Enseñanza:

1. Discapacidad Infantil
2. Discapacidad por trauma
3. Discapacidad por enfermedad crónico-degenerativa
4. Discapacidad por envejecimiento

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Fortalecer los programas académicos de las licenciaturas, especialidades médicas, cursos de alta especialidad, diplomados, maestrías y doctorados mediante la supervisión y evaluación.
- ❖ Diseñar en un programa de formación y actualización de instructores y gestores de educación continua.
- ❖ Establecer un programa para fortalecer el ingreso de médicos extranjeros a cursos de especialización y alta especialidad.
- ❖ Fortalecer el proceso de diplomación oportuna.
- ❖ Consolidar el programa de educación a distancia.
- ❖ Implementar programa de especialización en Terapia Física y Ocupacional en enfermedades cardiorespiratorias y estimulación temprana y psicomotricidad
- ❖ Consolidar la enseñanza de la discapacidad y la rehabilitación, en programas de licenciaturas en Medicina en el Instituto Politécnico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México y otras Instituciones de Educación Superior.
- ❖ Implementar programas académicos de discapacidad y rehabilitación, en licenciaturas afines al campo de la salud.
- ❖ Continuar con el programa de profesionalización de los egresados de la Escuela para Técnicos en Rehabilitación y otras Instancias.
- ❖ Fortalecer y unificar el Servicio Social en el I.N.R., impulsando la implementación del servicio social en investigación.
- ❖ Incrementar la rotación clínica de grupos de alto rendimiento académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- ❖ Promover la creación de la Revista Médica del I.N.R.
- ❖ Fortalecer las alianzas Interinstitucionales, Nacionales e Internacionales.
- ❖ Implementar un sistema de Internet Inalámbrico que funcione dentro del CID, para brindar un mejor servicio a los usuarios del Centro.
- ❖ Promover remodelación de áreas del CID, con la finalidad de hacerlo más funcional



- ❖ Consolidar el programa de seguimiento de egresados.
- ❖ Consolidar las líneas de investigación educativa que promueva la productividad científica en educación médica, con impacto a nivel Nacional e Internacional.
- ❖ Consolidar el programa de profesionalización docente en Educación Médica a profesores.

### **7.2.2 Líneas de Acción**

- a. Reingeniería 2
- b. Mejora continua de los programas de enseñanza
- c. Incrementar la rotación de médicos residentes del I.N.R., de las distintas especialidades en el extranjero
- d. Incrementar la formación y capacitación del personal
- e. Incrementar el número de residentes extranjeros es especializaciones médicas y diplomados
- f. Desarrollar la enseñanza a distancia
- g. Certificación de los egresados por los Consejos de Especialidades Médicas 100%
- h. Maestrías y Doctorados
- i. Mejorar el Centro de Información Documental (CID).
- j. Centro Colaborador de la OPS/OMS en la formación y capacitación de recursos humanos.

#### **a. Reingeniería**

Elementos conceptuales para fundamentar la propuesta de modificación a la estructura orgánica y nomenclatura de la Dirección de Enseñanza.

#### **Antecedentes.**

El Instituto Nacional de Rehabilitación nació de la integración de tres Institutos: Ortopedia, Rehabilitación y Comunicación Humana. Cada uno de ellos contaba en su estructura con su propia área de Enseñanza. Al fusionarse, los integrantes de cada una de esas direcciones, formaron la nueva Dirección que tenía como uno de sus propósitos más importantes la integración de personal y procesos.

#### **Situación actual.**



A partir de 2005, la Dirección de Enseñanza está formada por dos subdirecciones, una, Posgrado y Educación Continua, la otra Pregrado, así como por la División de Difusión y Divulgación Científica, el Servicio de Maestrías y Doctorados y Proyectos Especiales y el Centro de Información Documental.

La Subdirección de Posgrado y Educación Continua tiene a su cargo los procesos de formación de médicos especialistas, los cursos de posgrado de alta especialidad en medicina y la educación continua. También a pesar del nombre, atiende procesos relacionado con la formación médica de pregrado y no es responsable de Maestrías y Doctorados. Reporta de manera directa a la Dirección de Enseñanza.

La Subdirección de Pregrado está enfocada a las actividades de la Escuela Superior de Rehabilitación que cuenta con las licenciaturas de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje. Asimismo lleva procesos de Servicio Social y Prácticas Profesionales de disciplina del área de la salud no médicas. Reporta de manera directa a la Dirección de Enseñanza y a la Dirección Médica, quien es también Directora de la Escuela Superior de Rehabilitación.

La División de Difusión y Divulgación Científica es la responsable de diseñar y elaborar todos los impresos relacionados con las actividades académicas del Instituto, así como de planear, elaborar y editar el Boletín Médico e Informativo del Instituto Nacional de Rehabilitación. Tiene a su cargo también, la planeación y futura realización de la Revista Médica del I.N.R. y la Clínica de Docencia.

El Departamento de Maestrías y Doctorados coordina las Maestrías en Ciencias (avaladas por la Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Politécnico Nacional) que tiene como sede el I.N.R., reporta directamente a la Dirección de Enseñanza.

Como conclusiones del análisis de la actual estructura tenemos:

- ❖ Estructura orgánica con solo dos subdirecciones.
- ❖ Las Subdirecciones llevan nombre que no representan de manera integral los procesos de las que son responsables.
- ❖ La Dirección de Enseñanza tiene tramos de control amplios (5 instancias) y heterogéneos (2 Subdirecciones, una División, dos Departamentos).
- ❖ La estructura no favorece la integración de los procesos por disciplinas
- ❖ La estructura tampoco favorece que los procesos formen un continuo de manera lógica.
- ❖ La nomenclatura no corresponde a conceptos actuales del proceso educativo.

### **Propuesta.**

Derivado de lo anterior se plantean algunos elementos conceptuales que tienen como propósito fundamental el cambio de estructura orgánica y la nomenclatura de la Dirección de Enseñanza del I.N.R.

Enseñanza y Educación no son palabras o conceptos sinónimos. El primer término implica todas y cada una de las actividades que realiza **el profesor** con la finalidad de prepararse, estudiar y tener la mejor posibilidad de **enseñar** a sus alumnos. En este sentido, el acto educativo está centrado en el maestro y los alumnos poco o nada leen o preparan y por lo tanto su participación será pasiva y receptiva, con lo que el **propósito fundamental de todo acto educativo que es el aprendizaje** tiene menores probabilidades de lograrse (1)

Por su parte la Educación no es tan solo la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que aún no están maduras para la vida social (2), sino que abarca todas las experiencias posibles que influyen sobre el desarrollo de una persona, en el caso que nos ocupa, de profesionales de la salud. La Educación es una respuesta de la sociedad organizada que realiza **acciones planeadas, sistematizadas e intencionales cuyo propósito es lograr el aprendizaje de los educandos**. Este acto educativo está centrado en el alumno, en las actividades que (junto con sus profesores) debe desarrollar de manera activa y participativa para **construir por sí mismo el conocimiento y lograr sus propio aprendizaje**. (3)

Con base en lo anterior se propone que el tradicional nombre de la Dirección de Enseñanza cambie al de **DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**, este último término debido a que no es solo la formación de médicos la que ocupa a la Dirección, sino también otras disciplinas del área de la salud. Al nombrar de esta forma a su Dirección, el I.N.R., será pionero entre los Instituto Nacionales de Salud.

Para dar coherencia a los procesos y disminuir y hacer más lógico el tramo de control de la Dirección de Educación en Salud, se proponen tres Subdirecciones. De esta manera quienes reportan a la Dirección son solo tres Subdirectores.

La formación profesional del médico es un continuo que inicia desde el pregrado, culmina al obtener el grado de Licenciatura y, la mayoría de las veces, concluye con la especialización. De manera más reciente pueden optar por los Cursos de Posgrado de Alta Especialidad. Debido a que se propone que una instancia sea la responsable de este macroproceso el nombre pertinente parece ser el de **SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**. La lógica administrativa permite agregar que sus departamentos sean:

- ❖ Pregrado Médico
- ❖ Especialidades Médicas y Alta Especialidad
- ❖ Desarrollo profesional Continuo

Respecto a este último departamento el antiguo término de Educación Médica Continua (que denotaba solo el desarrollo de actividades académicas aisladas) en algún momento fue cambiado por el de Formación Continua, sin embargo cayó en desuso al identificarse que la **formación es un proceso educativo que tiene como propósito que los alumnos adquieran un perfil profesional previamente establecido** (4) y se logra a través de actividades educativas planeadas ex profeso (Licenciaturas, Maestría, Doctorado, etc.). Es por ello que el concepto de **Desarrollo Profesional Continuo (DPC)** refleja el contexto más amplio en que se encuentra esta

fase de la Educación Médica e implica que la responsabilidad de su práctica recae en la profesión y en el médico como individuo quien tienen tres fuentes principales de motivación: la profesional para proveer óptima atención al paciente, la obligación de asumir las demandas de la sociedad y la necesidad de mantener la satisfacción en su trabajo profesional (5).

Si bien es un hecho que el proceso de formación profesional del médico y el personal afín es un continuo, el área de maestrías y doctorados dado su desarrollo de 5 años y 2 años operativos ya que este año sale la primera generación de Maestra en Ciencias del Instituto Politécnico Nacional. Se considera debiera continuar bajo la estrecha supervisión de la Dirección de Enseñanza.

La segunda Subdirección tiene como proceso importante la formación y desarrollo profesional continuo de profesionales de la salud no médico. A estas disciplinas se les ha llamado también como “Ciencias Aliadas de la Salud” (6), sin embargo el término no ha sido del todo aceptado, por lo que el nombre que se propone es el de **SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PARAMÉDICA**. El prefijo “para” proviene del griego y significa “al lado de”, lo que denota a los profesionales que se forman, colaboran y trabajan al lado del médico. Para continuar con la lógica administrativa y educativa del continuo establecido en la anterior Subdirección se proponen los siguientes Departamentos:

- ❖ Formación de Licenciados en Terapia (Escuela Superior de Rehabilitación)
- ❖ Postgrado paramédicos (Especialidades del área de la salud, no médica)
- ❖ Capacitación (Desarrollo Profesional Continuo que incluya áreas no médicas o administrativas).
- ❖ Prácticas Profesionales y Servicio Social.

La tercera Subdirección se forma de la fusión de la División de Difusión y Divulgación Científica y el Centro de Información Documental. **Difundir es llevar el conocimiento hacia grupos de especialistas a “pares” y Divulgar es llevar el conocimiento científico “al gran público”** (7) que no necesariamente es “analfabeta” o poco letrado, sino que han centrado sus intereses cognoscitivos en otras áreas. Los procesos que incluyen son el de diseño y elaboración de todos los impresos necesarios para difundir las actividades académicas, así mismo realizar esta difusión de manera electrónica. Continuar con la planeación, diseño y edición del Boletín Médico e Informativo del I.N.R. Agregar la planeación, elaboración y edición de la Revista Médica del I.N.R., así como continuar con el programa de formación docente a través de las Clínicas de Docencia.

Parece un tanto “forzado” integrar los procesos recién descritos con los servicios que otorga el Centro de Información Documental. Sin embargo la creación del conocimiento, su divulgación, aplicación y transferencia establece una relación entre investigadores, editores y educadores que tiene como fin a la sociedad. **El conocimiento médico se crea mediante la investigación, que busca solución a problemas; sus resultados se divulgan a través de las publicaciones y foros médicos y se aplican en la educación y en la atención de la sociedad como propuesta para mejorar el estado de salud.** (8). De ahí que se proponga que el CID cambie de **Centro de Información Documental** a Centro de Investigación Documental lo que traduce que la información no solo está disponible o guardada





sino que de manera activa se satisface la necesidad de esa información a alumnos, maestros e investigadores.

Los Departamentos son:

- ❖ Difusión
- ❖ Divulgación Científico (Publicaciones Periódicas)
- ❖ Investigación Documental.

#### **b. Mejora Continua de los Programas de Enseñanza**

Los programas operativos de los cursos que se imparten en el INR no solamente deben de ir acordes a los lineamientos del PUEM , sino que deben incorporar los avances en el desarrollo tecnológico del área de conocimiento específico

#### **c. Incrementar la rotación de médicos residentes del INR de las distintas especialidades en el extranjero.**

Dado el aumento en el número de residentes es necesario contar con un mayor número de instituciones de salud en el extranjero, en los cuales roten y se cubran así los objetivos específicos de los programas de enseñanza respectivos.

Por medio de los convenios de colaboración que se establezcan será factible incrementar el número de médicos residentes que roten, ya que muchos de ellos no lo hacen debido a que carecen de recursos suficientes y se ven limitados para poder realizar estas rotaciones, ya que se carece institucionalmente de un presupuesto específico.

#### **d. Incrementar la formación y capacitación del personal en el extranjero.**

No obstante que en el INR se cuenta con personal altamente calificado es indispensable que se perfeccionen sus conocimientos en instituciones de mayor prestigio en el extranjero; por lo que se tendrá que promover el apoyo a través de un programa de becas.

#### **e. Incrementar el número de residentes extranjeros en especializaciones médicas, diplomados y cursos de alta especialidad.**

A través de un programa de difusión en instituciones de salud educativas embajadas y consulados y con el establecimiento de convenios de colaboración en países de centro y Sudamérica en el que se de a conocer las diferentes ofertas educativas con las que cuenta el instituto se podrá incrementar el número de médicos y personal de salud que roten al instituto

### **7.2.3 Metas**

- ❖ Proporcionar 3 becas para estudios en el extranjero
- ❖ Incorporar a la enseñanza 25 médicos extranjeros en especialidad, diplomados, cursos de alta especialidad y rotaciones.



- ❖ Desarrollar 3 cursos en línea
- ❖ Continuar la Certificación por los Consejos de Especialidades Médicas del 100% de los egresados.
- ❖ Capacitar al 100% de los médicos en Medicina Basada en Evidencias
- ❖ Incrementar la rotación al extranjero de médicos residentes del I.N.R. a 40.
- ❖ Capacitar al 100% de los Jefes de Servicio, de División e Investigadores en Bases de Administración de Hospitales y Salud Pública.
- ❖ Capacitar a todo el personal directivo (Directores y Subdirectores) en Alta Dirección.
- ❖ Graduar al 100% de los residentes de especialidades médicas
- ❖ Remodelar el Centro de Información Documental (CID)
- ❖ Incrementar al 90% el número de residentes que ingresan al programa de diplomación oportuna.
- ❖ Publicar 2 artículos de investigación educativa
- ❖ Participar por el galardón a la excelencia educativa de la Organización Internacional para la integración de la Calidad Educativa.
- ❖ Conservar y actualizar el proceso de enseñanza conforme a la Norma ISO-9001:2008 del sistema de gestión de calidad.
- ❖ Participar y mejorar los procesos que deriven de la Certificación por el Consejo de Salubridad General.

**7.2.4 Numeralia**

<b>ENSEÑANZA</b>	
<b>AÑO</b>	<b>2012</b>
1) Total de residentes:	272
Residentes extranjeros:	5
Médicos residentes por cama	1.1
2) Residencias de especialidad:	7
3) Cursos de alta especialidad:	25
4) Cursos de pregrado:	11
5) Núm. estudiantes en Servicio Social	296
6. Núm. de alumnos de posgrado:	290
7) Cursos de Posgrado:	2
8) Núm. autopsias:	NA
% Núm. de autopsias / Núm. de fallecimientos:	NA
9) Participación extramuros	220
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	185
10) Eficiencia terminal (Núm. de residentes de alumnos graduados / Núm. de residentes o alumnos aceptados):	99 %
11) Enseñanza en enfermería	
Cursos de pregrado:	NA
Cursos de Posgrado:	2
12) Cursos de actualización / educación continua.	42 cursos
Asistentes a cursos de actualización / educación continua:	7500
13) Cursos de capacitación:	11
14) Sesiones interinstitucionales:	4
Asistentes a sesiones interinstitucionales	132
15) Sesiones por teleconferencia:	38
16) Congresos organizados:	2

## **7.3 Atención Médica**

### **7.3.1 Objetivos**

Contribuir al logro de los objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación, mediante la dirección, la programación, organización, operación y control de las acciones orientadas a la prestación de servicios médico-quirúrgicos integrales de salud de alta especialidad en materia de Medicina de Rehabilitación, Medicina de la Actividad Física y Deportiva, Medicina de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje, así como Auxiliares de Diagnóstico; y servicios quirúrgicos de Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología

Objetivos específicos

- ❖ Planear y evaluar la productividad quirúrgica y los servicios para presentar los avances y las desviaciones detectadas para implementar alternativas viables de solución.
- ❖ Coadyuvar en coordinación con otras áreas, en la solución de los asuntos y problemas del sistema de administración de personal, de recursos financieros y los de recursos materiales, en beneficio de la atención integral de los pacientes, entendiendo a ésta como rehabilitación integral que implica la reinserción del paciente a la sociedad, a la familia, al trabajo y/o a la escuela al final de su tratamiento.
- ❖ Mantener y elevar la calidad de los servicios médico-quirúrgicos a través de un programa permanente de mejora continua que garantice el óptimo funcionamiento de los servicios en beneficio de las personas con discapacidad.

### **7.3.2 Líneas de Acción**

- a. Reingeniería
  - ~ Consulta Externa
  - ~ Audiología Pediátrica
  - ~ Procesos Centrales de la Audición
- b. Actualizar los Criterios de Admisión y las Guías Clínicas
- c. Consolidar el Centro Nacional de Investigación y de Atención de Quemados (CENIAQ)
- d. Continuar el desarrollo del Centro Nacional de Medicina del Deporte.



e. Incrementar la vinculación con el Seguro Popular

Participación en el Seguro Popular, como centro de atención de 3er. Nivel para la atención de casos de alta complejidad que interactúe mediante un procedimiento de referencia y contra referencia, con los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad y el Sistema de Salud en general y en particular con DIF-Nacional y Estatal.

f. Impulsar la universalización de los servicios de atención médica con el IMSS y con el ISSSTE

g. Actualizar la tecnología para el diagnóstico y el tratamiento

- ~ Puesta en marcha del Equipo de Gammagrafía SIEMENS Mod. SYMBIA T y Banda Sin Fin
- ~ Equipamiento de Medicina de Rehabilitación
- ~ Equipamiento de Audiología y término de la Obra
- ~ Equipamiento de Medicina del Deporte

h. Mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Fortalecer las acciones orientadas al Programa Nacional de Transparencia, Rendición de Cuentas y Combate a la Corrupción y reforzar los programas internos para simplificar, unificar y hacer más efectivos los esfuerzos de todos.

Participación en las acciones de atención de quejas y denuncias médicas, en transparentar y hacer más eficientes los procesos del instituto, de promover el compromiso del personal médico, paramédico y administrativo, con la implantación de las estrategias que permitan conocer la opinión de los usuarios.

Así mismo, deberá participar en las acciones del Instituto que garanticen su funcionamiento honesto y transparente, al menor costo y con calidad total, aprovechando al máximo la tecnología de la información y las telecomunicaciones.

i. Proyectos Prioritarios de Atención Médica

- ~ Quemaduras
- ~ Epidemiología de la discapacidad
- ~ Osteoartritis
- ~ Osteoporosis
- ~ Trauma musculoesquelético



- ~ Neurorehabilitación
- ~ Lesiones Medulares
- ~ Amputados
- ~ Programa de atención a discapacidades de la audición, voz, lenguaje
- ~ Rehabilitación vestibular
- ~ Programa de atención a personas con discapacidades visuales
- ~ Discapacidades congénitas y de la infancia
- ~ Discapacidades por envejecimiento
- ~ Programa de dolor musculoesquelético

- j. Consolidar la integración de estructuras por procesos, programas, servicios y actividades como una institución única.

Consolidar la estructura de todos aquellos servicios no quirúrgicos y de acuerdo a procesos que comprenden las siguientes áreas, conforme a la estructura propuesta y de acuerdo al Estatuto Orgánico del INR:

- ✓ Subdirección de Medicina de Rehabilitación
- ✓ Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje
- ✓ Subdirección de Medicina de la Actividad Física y Deportiva
- ✓ Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, Tratamiento y Paramédicos

Asimismo, le corresponde la integración de los siguientes servicios:

- ✓ Trabajo Social
- ✓ Psicología
- ✓ Terapia de Lenguaje
- ✓ Archivo clínico
- ✓ Consulta Externa

- k. Fortalecer las acciones de evaluación del desempeño

- ✓ Definir los objetivos, metas de indicadores por departamento, servicio y personal médico, técnico y administrativo de las áreas que le corresponden
- ✓ Eliminar las duplicidades correspondientes a trabajo social, psicología, terapia de lenguaje, archivo clínico y consulta externa.





- ✓ Establecer índices de desempeño de médicos especialistas en medicina de rehabilitación, audiología, foniatría y patología del lenguaje, medicina del deporte, radiología e imagen, neurología, psiquiatría, cardiología y otros.
- ✓ Establecer índices de desempeño de: terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, psicólogos, trabajadoras sociales, técnicos radiólogos, laboratoristas y personal administrativo de su área
  - a. Participación en el Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades.

El INR participa en los aspectos relativos a discapacidad y su intervención se ha realizado a través del Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, el cual deberá continuar su desarrollo en los próximos años para contribuir específicamente en los siguientes aspectos:

- ✓ Incorporación de la cruzada por la calidad de los servicios de salud en su área de responsabilidad.
- ✓ Participación en el Fondo de Gastos Catastróficos para la provisión de Ortesis, prótesis y ayudas técnicas para personas con discapacidad, anteriormente considerados en el Fideicomiso Fideprótesis Popular.
- ✓ Consolidar modelos de atención de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) y de rehabilitación basada en el Sistema de Salud (RBS)
- ✓ Participar en la formación de recursos humanos especializados para la rehabilitación.
- ✓ Participación en investigación orientada al desarrollo de nuevos conocimientos para la prevención y rehabilitación de discapacidades del aparato locomotor, audición, voz, del lenguaje, aprendizaje, cardiorrespiratorias y otras.

#### I. Tablero de control de proyectos

Implementar el tablero de control que permita interrelacionar las medidas de desempeño, especialmente en aquellos programas que generen alto costo de operación y particularmente con los relacionados al Seguro Popular y al Fondo de Gastos Catastróficos.



### **7.3.3 Metas**

#### **❖ Investigación**

Para el año de 2012 se tienen programadas 76 publicaciones, correspondiendo 55 a la Subdirección de Ortopedia, 4 en la de Oftalmología 6 en la de Otorrinolaringología 4 de Enfermería y 7 en la de Servicios Quirúrgicos de Apoyo correspondiendo 6 a Anestesiología y 1 de la Unidad de Cuidados Intensivos

#### **❖ Enseñanza**

En relación a la capacitación en la Subdirección de Ortopedia se propone la asistencia a 4 Congresos Nacionales e Internacionales y la participación en 30 cursos nacionales. En la de Oftalmología la asistencia a 1 Congreso Internacional y 1 Nacional y la impartición de 5 Conferencias Magistrales. Otorrinolaringología continuará con el intercambio Académico de la Universidad de Navarra, Pamplona España, la asistencia a 1 Congreso Internacional y 2 Nacionales, se impartirá el Curso de Capacitación para Enfermeras Quirúrgicas para Otorrinolaringología, se tendrá la semana Otológica Internacional y se impartirá el tercer curso de capacitación para Audílogos y Otorrinolaringólogos para capacitación del Implante Coclear y se continuará con los trámites en la Universidad Nacional Autónoma de México para obtener el Diplomado en Otolología. La Subdirección de Servicios Quirúrgicos de Apoyo tiene programado en el área de Anestesia la asistencia a 1 Congreso Internacional y 2 Nacionales así como a 17 Cursos Nacionales, se impartirán 2 cursos 1 de Anestesia Regional y 1 del Manejo del Dolor Postoperatorio y de la Unidad de Cuidados Intensivos se impartirá el Curso Básico de Reanimación Respiratoria. En la Subdirección de Quemados se tiene programado realizar dos cursos, uno internacional de avances en el tratamiento del paciente quemado, y el curso de ACLS para el personal, asistir a tres congresos nacionales e internacionales, en estos últimos participando con ponencias y carteles, continuar con el programa de capacitación del personal en el Hospital Shriners de Sacramento. En la subdirección de Enfermería se plantea la realización de un congreso de enfermería, impartir trece cursos monográficos, realizar el curso de especialización en enfermería de Rehabilitación, continuar con los tramites par que el curso postécnico de enfermería ortopédica se transforme en curso de especialidad, continuar con el apoyo para la capacitación del personal de enfermería en el Hospital Shriners de Sacramento, otorgar seis becas para la realización de cursos de especialización en Ortopedia, Rehabilitación, Quirúrgicas, Pediatría y Cuidados Intensivos al personal.

#### **❖ Atención Médica de Especialidad.**

En relación a la atención médica se programa dar un total de 223,732 consultas para el ejercicio 2012.



En el servicio de Urgencias se programa la atención para 12,000 pacientes.

En hospitalización se programa tener un total de 8,547 ingresos correspondiendo 6,847 a Ortopedia 912 a Otorrinolaringología, 684 a Rehabilitación.

En los Egresos hospitalarios se programan 8,588 correspondiendo a Ortopedia 6,834 a Otorrinolaringología 912, 702 a Rehabilitación.

La ocupación hospitalaria se programa tener del 85% con un promedio de días estancia de 5.5 días.

Con relación a las cirugías se programan un total de 11,650 cirugías correspondiendo 6,625 a Ortopedia, 1,000 a Otorrinolaringología 3,750 a Oftalmología.

Durante este año en el CENIAQ se tienen programadas otorgar 1,141 consultas y 161 urgencias, 120 ingresos y 115 egresos, cirugías 328, en terapia física se otorgaron 2,427 sesiones y 2,107 sesiones de terapia ocupacional. Cámara hiperbárica 340 y prendas compresivas 250.

En rehabilitación se tiene programado realizar 730,399 sesiones de terapia física, terapia ocupacional se tiene programado realizar 39,520 sesiones y Terapia de Lenguaje se ha programado 135,335 sesiones.

Servicios de Auxiliares de Diagnostico ha programado 108,137 estudios de rayos x, 5,308 estudios de TAC, 4,170 estudios de resonancia magnética y 342 estudios de medicina nuclear, así como 87,593 análisis de laboratorio clínico.

#### ❖ Cirugía Extramuros

Efectuar 220 cirugías de deformidades musculo-esqueléticas de miembros inferiores de lata y mediana complejidad, disminuyendo las cirugías de baja complejidad.

Realizar 30 procedimientos de cirugía de alta especialidad de implantes de rodilla y cadera.

Realizar las campañas en hospitales con instalaciones necesarias para realizar cirugía de padecimientos más complicados.

Aumentar en el 2 semestre de 2012 un Estado más beneficiado

Realizar 5 eventos de inicio de campaña en los estados, con la participación de los Gobernadores o Presidentas del DIF-Estatal

#### ❖ Fideprotesis

Ampliar los beneficios de FIDEPROTESIS a población cubierta por la Secretaría de Salud. Proporcionar 4,500 ayudas

<b>ASISTENCIA</b>	
<b>AÑO</b>	<b>2012</b>
1) Núm. de consultas otorgadas:	258636
Núm. de preconsultas:	29700
Consultas subsecuentes:	154681
2) Urgencias:	12000
3) Núm. de casos nuevos atendidos:	62255
4) Total de médicos adscritos:	160
Núm. de consultas otorgadas / Núm. de médicos adscritos:	1616
Núm. médicos clínicos	89
Núm. de médicos cirujanos	71
No. de camas censables	211
No. de camas no censables	16
5) Núm. de ingresos hospitalarios:	7749
6) Total de egresos	7749
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría	7716
7) Núm. de cirugías:	12219
Núm. de cirugías / Sala / Día:	3.2
Núm. de cirugías ambulatorias:	3650
Cirugías ambulatorias / Núm. de Cirugías:	0.298
8) Núm. de cirugías / Núm. de cirujanos:	172.09
Diferimiento quirúrgico:	0
9) Tasa de Infecciones nosocomiales (número de pacientes con infecciones nosocomiales / Total de ingresos del hospital en el periodo):	2.5
10) Porcentaje de ocupación hospitalaria:	79.1
Promedio de días de estancia en hospitalización	5.7
11) Número de pacientes del SPSS atendidos en consulta	1800
12) Número de pacientes del SPSS atendidos en hospitalización	1650
13) Total de personal de enfermería:	466
Personal Técnico:	110
Postécnico:	127
Licenciatura:	195
Posgraduados:	2
Especialistas	31
Índice de enfermeras tituladas/técnicas	3.2



<b>AÑO</b>	<b>2012</b>
<b>14) Trabajo Social</b>	
Núm. estudios socioeconómicos x trabajadora social	
Núm. de camas / Núm. de trabajadores sociales:	
Núm. de casos nuevos / Núm. de trabajadores sociales:	
<b>15) Farmacia</b>	
% de abasto de medicamentos (Recetas surtidas/Total de recetas):	<b>93%</b>
% Medicamentos Genéricos / Total Medicamentos:	<b>85%</b>
% Medicamentos innovadores / Total medicamentos:	<b>15%</b>
% de Medicamentos adquiridos por licitación:	<b>95%</b>
% de Medicamentos Adquiridos por adjudicación directa:	<b>5%</b>
<b>16) Núm. de estudios de imagen (TAC, RM y PET)</b>	<b>5908</b>
<b>17) Núm. de estudios de laboratorio:</b>	<b>84456</b>
<b>18) Transfusiones de sangre y hemoderivados:</b>	<b>2340</b>
<b>19) Núm. de estudios de laboratorio especializados:</b>	<b>11000</b>
<i>20) Grupos de apoyo a pacientes constituidos (denominación de los grupos):</i>	
<i>20.1 Voluntarias del INR A.C.</i>	
<i>20.2 Sociedad Mexicana de la Distrofía Muscular A.C.</i>	
<i>21) Premios, reconocimientos y distinciones</i>	



## **7.4 Administración**

### **7.4.1 Objetivos**

Conducir y supervisar el cumplimiento de los procesos de administración de los recursos humanos, financieros, materiales y los demás servicios de carácter administrativo que sean necesarios para la adecuada operación del Instituto, cumpliendo en su ámbito operativo con la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas, la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al ambiente, la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y todas aquellas leyes, reglamentos y normas federales e institucionales aplicables en el desempeño y desarrollo de sus funciones y del personal correspondiente a la dirección.

Objetivos por Área

#### **❖ Subdirección de Planeación**

Proponer, estrategias generales para la formulación de los planes de acción que aseguren el cumplimiento de los objetivos y metas, crear, modificar y/o adecuar los sistemas y procedimientos, que simplifiquen y optimicen la operación administrativa del Instituto, coordinar que la información estadística generada en el Instituto se da a conocer oportunamente a las Direcciones, a fin de que se analice y en su caso se tomen las acciones de mejora para dar cumplimiento a los objetivos generales del Instituto.

#### **❖ Subdirección de Recursos Humanos**

Contribuir a mejorar la productividad y eficacia del Instituto, al dotarlo de personal con formación técnica y/o profesional de excelencia, que influya positivamente en el desarrollo organizacional y la creación de equipos de trabajo.

#### **❖ Subdirección de Recursos Financieros**

Coordinar, organizar y controlar las actividades contables, presupuestales, financieras y fiscales, así como instalar y mantener actualizados sistemas, políticas y procedimientos apropiados para la recopilación y análisis de datos y la presentación de estados financieros dentro del marco de los objetivos y metas del Instituto y en apego a las leyes, reglamentos y normas federales dictadas al efecto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.





❖ **Subdirección de Compras y Suministros**

Garantizar el abasto, vigilar y dar cumplimiento a todas las disposiciones legales vigentes en materia de adquisiciones y, transparencia y combate a la corrupción.

❖ **Subdirección de Servicios Generales**

Administrar eficazmente los servicios generales para alcanzar y conservar las mejores condiciones de confort, higiene, seguridad y apoyo a los usuarios mejorando permanentemente la calidad de los servicios en las áreas sustantivas y de soporte.

### **7.4.2 Líneas de Acción**

La propuesta de la Dirección de Administración para este programa está enfocada a las líneas de acción asociados estrechamente con las estrategias generales.

- a. Reingeniería
  - ~ Reducir la dispersión de las áreas administrativas.
  
- b. Trato digno

El instituto ha venido trabajando en forma continuada en promover el trato digno de los pacientes y sus familiares, para lo cual se realizan periódicamente encuestas de trato digno las que habitualmente han dado resultados satisfactorios al encontrarse por arriba del estándar establecido. El INR fue el primer Instituto Nacional de Salud en establecer el Aval Ciudadano, que evalúa el trato digno a través de encuestas de opinión y del usuario simulado.

Para los próximos años se deberán de reforzar estas acciones y deberá apoyarse con capacitación permanente tanto al personal del instituto como al personal de los servicios subrogados que permanentemente está cerca del paciente y de sus familiares.

- c. Trámites ágiles

En relación al pago de cualquier servicio, este podrá realizarse por vía electrónica o en las sucursales bancarias de su preferencia con los bancos que estén registrados en el instituto, adicionalmente el servicio de cajas en el propio Instituto atenderá los casos necesarios.

Por otra parte, en congruencia con lo establecido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, este servicio deberá ser en forma electrónica, mismo que podrá ser remitido por vía electrónica a los pacientes.



d. Información adecuada

La pagina Web del instituto, se actualiza permanentemente de tal manera que de forma amigable cualquier persona interesada en conocer el Instituto y cada uno de los servicios y trámites que en este se ofrecen pueda obtenerlos.

Así mismo los módulos de información distribuidos en el instituto contarán con folletos informativos y el personal estará entrenado para ofrecer un trato amable y certero a los pacientes y sus familiares.

La señalización propia para las diferentes áreas del instituto deberá actualizarse y ser accesible a cualquier persona con discapacidad que se acerque al instituto.

e. Análisis y optimización de la estructura

El Instituto ha crecido para proporcionar nuevos servicios y mejorar los que actualmente se ofrecen, es así que en oftalmología se incrementó la infraestructura tanto en espacios como en equipamiento, medicina del deporte ha sido objeto de una reubicación en un área dedicada específicamente para este campo. En cuanto al Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, sus actividades conducen a un incremento en la estructura orgánica y en consecuencia en la plantilla de personal. La reingeniería administrativa general se propondrá en este periodo para su consideración y aprobación por la H. Junta de Gobierno y posteriormente por las globalizadoras para su visto bueno.

f. Capacitación del personal y automatización de los procesos administrativos

Con objeto de alcanzar la automatización integral de los procesos administrativos, se implantará un sistema apropiado para el Instituto en el que se involucrará a todo el personal administrativo que será capacitado para su instalación y manejo. La capacitación estará clasificada de acuerdo con los diferentes niveles, operativos, ejecutivos y de decisión. Así mismo la infraestructura informática será acorde con este sistema, con objeto de proporcionar mejor atención por parte del personal administrativo, a los pacientes y a todo el personal del Instituto.

g. Capacitación de la Alta Dirección

Se identificarán los programas de capacitación para ejecutivos a los que los mandos medios y superiores del instituto habrán de incorporarse, con el objeto de que permanezcan actualizados, desarrollen con mayor eficiencia y efectividad sus funciones y contribuyan al mejor desempeño del instituto como empresa social.



h. Incremento de los recursos propios y control del gasto

Con la automatización integral de los procesos administrativos se impulsará también el control del gasto en el Instituto a través de programas específicos de ahorro en los diferentes aspectos como son: energía, agua, comunicación, y el uso racionalizado de los recursos para el ofrecimiento de todos los servicios.

i. Capacitación del personal y adecuadas relaciones laborales

Para el desarrollo humano del personal del Instituto, se fortalecerán los programas de capacitación y profesionalización incluyendo los aspectos de sensibilización, motivación y estimulación personal y en el trabajo. Así mismo se desarrollarán en forma sistematizada actividades culturales que involucren a todo el personal.

j. Mantenimiento oportuno, eficaz e innovador

Debe promoverse la mejora continua de la infraestructura hospitalaria lo cual conlleva que ésta se mejore, amplíe y perfeccione a través de los años incorporando las acciones de nueva disponibilidad, evitando no solo el deterioro sino también la obsolescencia.

k. Adquisición de tecnologías de punta

El desarrollo médico y tecnológico se encuentra en cambio permanente, por lo que ya se tiene identificado que las instituciones hospitalarias deben de estar preparadas para mantenerse al día especialmente en tratándose en tecnología de punta que incide en los procesos de diagnóstico, tratamiento e investigación de manera fundamental. En este recursos que le permitan cumplir con esta necesidad.

l. Información sensibilización, capacitación y monitoreo

El mantenimiento de las certificación del Sistema de Gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008, obtenido por el Instituto, será sujeto a un proceso de mejora continua de tal manera que se conserve la certificación sobre la base de la actualización, capacitación, sensibilización y compromiso de todo el personal del Instituto.

Así mismo es importante resaltar que la certificación por el Consejo de Salubridad General está en proceso y su avance es de acuerdo a lo Programado



m. Capacitación, apego y supervisión de la normatividad.

En virtud del proceso dinámico, permanente de la normatividad a la que está sujeta la administración pública federal, se harán programas de capacitación al personal y se llevarán a cabo programas de supervisión específica para su cumplimiento, en las diferentes áreas del Instituto, médicas, investigación, enseñanza y administración.

### **7.4.3 Metas**

#### **Metas de Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad y Acción Específico de Investigación en Salud.**

Por otro lado, forma parte del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad, la cual a su vez está vinculada con la producción del conocimiento, la formación de personal altamente especializado y la atención médica de alta complejidad, previendo la vinculación con el proyecto de seguridad del paciente y el uso de guías de práctica clínica.

#### **Metas del Programa de Mejora de la Gestión.- Mejora del Proceso de Captación de Cuotas de Recuperación**

<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Fecha Compromiso</b>
<b>PMG 2011</b>	Concluir los 6 proyectos transversales: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cita Médica Telefónica y/o Internet.</li> <li>2. Expediente Clínico Electrónico.</li> <li>3. Referencia y Contrareferencia.</li> <li>4. Clasificación socioeconómica de pacientes.</li> <li>5. Consulta externa en particular primera vez.</li> <li>6. Captación de cuotas de recuperación.</li> </ol>	Junio 2012
<b>PMG 2012</b>	Llevar a cabo los PMG que el OIC proponga ante la SFP, que hasta el momento son: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escuela Superior de Rehabilitación</li> <li>2. Consulta Externa</li> </ol>	Diciembre 2012



<b>ADMINISTRACIÓN</b>	
<b>AÑO</b>	<b>2012</b>
1) Presupuesto federal original	\$ 999,162 miles
1.1) Recursos propios original	\$ 103,964 miles
2) Presupuesto federal modificado	\$ 999,162 miles
2.1) Recursos propios modificado	\$ 103,964 miles
3) Presupuesto federal ejercido	-----
3.1) Recursos propios ejercido	-----
4) % del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:	69 %
4) % del Presupuesto a gastos de investigación:	8 %
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación	\$ 25,941 miles
6) % de Presupuesto a gastos de enseñanza:	5 %
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	\$ 15,830 miles
7) % del Presupuesto a gastos de asistencia:	75 %
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	\$ 257,922 miles
8) Total de recursos de terceros	-----
Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS	-----
Recursos de origen externo:	
9) Núm. de plazas laborales:	2,305
Núm. de plazas ocupadas	2,261
Núm. de plazas vacantes	44
% del personal administrativo:	7
% del personal de áreas sustantivas:	87
% del personal de apoyo (Limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.):	6
10) Núm. de plazas eventuales:	0



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN**

**1ª Sesión Ordinaria 2012**

**Fecha: 20 de marzo de 2012 Hora: 09:00 hrs.**

**Sede: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**