

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

“Estrategia para enfrentar el problema social y de salud pública creciente de la Discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y la atención médica de alta especialidad”

**PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO
DEL DIRECTOR GENERAL**

2011

DR. LUIS GUILLERMO IBARRA

INDICE

1. Introducción
2. Antecedentes Históricos
3. Marco de Referencia
4. Vinculación con las prioridades Nacionales, Sectoriales e Institucionales.
 - 4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012
 - 4.2 Programa Nacional de Salud 2007-2012
 - 4.3 Programa Sectorial de Salud 2007-2012
 - 4.4 Programas de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad y de Acción Específico de Investigación en Salud.
 - 4.5 Plan Quinquenal del Director General del Instituto.
5. Misión
6. Visión
7. Análisis Estratégico:
 - 7.1 Fuerzas y Oportunidades.
 - 7.2 Debilidades y Amenazas.
8. Objetivos Generales
9. Objetivos Específicos
10. Estrategias
11. Líneas de Acción
 - 11.1 Investigación
 - 11.2 Enseñanza.
 - 11.3 Atención Médica.
 - 11.4 Administración.
12. Proyectos específicos
13. Indicadores
 - 13.1 Investigación.
 - 13.2 Enseñanza.
 - 13.3 Atención Médica

1. Introducción

El Instituto Nacional de Rehabilitación, fue creado por modificación de la Ley de los Instituto Nacionales de Salud, publicado 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 no solo por cuanto a que se creó un nuevo instituto Nacional de Salud, el número doce, sino también porque fue la culminación de los esfuerzos realizados durante muchos años para que en el campo de la salud se le 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, los cuales pueden llegar a hacer 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.

Durante muchos años 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 los cuales 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, como Instituto Nacional de Salud, 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 por un lado los investigadores de prestigio tienen múltiples intereses creados en su desarrollo profesional que no les permiten cambiar de institución y por otro lado 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 nuevo instituto nos ha permitido atraer a mejores estudiantes, ampliar el número de residencias médicas y de cursos de alta especialidad y de diplomados y con un gran esfuerzo lograr nuevamente 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 ha conseguido iniciar 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, hemiplejia, paraplejia, 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 de todas estas acciones anteriores hubo que emprender 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 toda una política de mejora de la calidad que condujo a la certificación por el Consejo de Salubridad General y luego a la certificación ISO-9001:2008 en forma integral de todos sus procesos: investigación, enseñanza, atención médica, atención quirúrgica 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. Seguramente que dentro de este programa de trabajo lo más difícil fue lo relativo a la atención de quemados a través 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, uno de los mejores del mundo y orgullo de nuestro país, sabiendo las dificultades que se enfrentan para sostener y mejorar lo conseguido y enfrentar el reto de poner en marcha el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.

El presente Programa de Trabajo para conducir el quehacer del Instituto Nacional de Rehabilitación se ha estructurado mediante la planeación estratégica y en particular la del modelo denominado "Strategic Focusing (SF)", de la Oxford LeaderShip Academy, y el cual parte de la revisión de los hechos, en donde se identifica el origen de la Institución, las experiencias tenidas y sus fortalezas y oportunidades, así como el momento en que se encuentra de acuerdo a la llamada curva de la "S" y que comprende a) etapa en la que no se nota un cambio en el horizonte; c) de cambio, caos y opciones; b) etapa de nacimiento; comienzo de una nueva etapa y d) de declive. Nuestro Instituto se encuentra en la etapa de

comienzo de una nueva etapa, a partir de haber conseguido su estabilización y una plataforma de fortalezas y oportunidades.

Expuestos los hechos, han sido objeto de un análisis, de una verdadera autoevaluación a través de la introspección, para luego definir los objetivos y los valores, así como la visión, evidenciando las barreras.

Finalmente se han definido metas factibles y medibles así como las estrategias y líneas de acción para alcanzarlas mediante su implementación.

A partir de este modelo de planeación estratégica, se está planteando un nuevo cambio para los próximos cinco años, así como para cada uno de ellos, lo que permitirá cumplir con la misión y visión y crecer y consolidarse como otro Instituto Nacional de Salud.

2.- Antecedentes Históricos

Instituto Nacional de Rehabilitación. Antecedentes y 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 Medicina de Rehabilitación, ubicado en la calle de Mariano Escobedo 150 Colonia Anáhuac, tuvo como antecedente el Centro de Rehabilitación No 5, dependiente de la Dirección General de Rehabilitación y denominado posteriormente Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo-esquelético. El 26 de mayo de 1976 fue transformado en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

El Instituto Nacional de Ortopedia, tuvo su origen en el Centro de Rehabilitación Francisco de P. Miranda, fundado en el año de 1952 y transformado en el año de 1970 en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos “Teodoro Gildred”, ubicado en Othón de Mendizábal 195 Colonia Zacatenco. El 13 de abril de 1976 se transformó en el Instituto Nacional de Ortopedia.



El Instituto Nacional de la Comunicación Humana, tuvo su origen en el Instituto Nacional de Audiología, el cual se fusionó con la Escuela Nacional de Sordomudos en el año de 1969, dando origen al Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

Por otro lado, en 1971 comenzó a planearse la construcción del Instituto Nacional de Rehabilitación con un proyecto que incluía un hospital de 250 camas. Aquella institución fue concebida como la cúspide del Sistema Nacional de Servicios de Rehabilitación y parte del Plan Nacional de Salud, pero por razones de diversa índole su realización debió diferirse. En compensación, sin embargo, el Centro de

Rehabilitación del Sistema Músculo-esquelético se convirtió en Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. El acuerdo que lo hizo posible señalaba el propósito de brindar atención médica especializada, pero destacaba la formación de recursos humanos y la investigación científica como sus objetivos principales. Para ello, se consolidaron los laboratorios de fisiología y bioquímica, se incorporó la Escuela de Técnicos en Rehabilitación, se hizo sede de la Residencia de Especialización en Medicina de Rehabilitación y se puso en marcha la Maestría en Rehabilitación Neurológica, en colaboración con la Universidad Autónoma Metropolitana.

El Instituto de Medicina de Rehabilitación intentó en el año de 1985, la construcción de un nuevo instituto con la participación del Club 20-30, sin lograr este propósito.

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.

En diciembre de 1982, el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, como Secretario de Salud, designó nuevamente al Dr. Luis Guillermo Ibarra Director General de Rehabilitación y transfirió los servicios de rehabilitación no hospitalarios al DIF Nacional.

Para el año de 1984, el Dr. Guillermo Soberón encargó al Dr. Luis Guillermo Ibarra visitar algunos Institutos de Rehabilitación en el extranjero, en una gira que incluyó los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, el Instituto de Rehabilitación de Nueva York, el Instituto de Rehabilitación de Boston y el Instituto de Rehabilitación de Montreal, proponiendo a continuación la creación de un Instituto Nacional de Rehabilitación a semejanza de los "National Institutes of Health" (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica. Como parte de la reorganización de la Secretaría de Salud, en ese mismo año desapareció la Dirección General de Rehabilitación.

El 1° de febrero de 1985 el Dr. Soberón nombró al Dr. Luis Guillermo Ibarra Director del Instituto Nacional de Ortopedia. Una de sus primeras acciones en este cargo, fue la evaluación de la viabilidad de la institución dadas sus deterioradas instalaciones y funcionamiento para notificar al Secretario de Salud si consideraba que era rescatable, ó si convenía más a las autoridades desaparecer el Instituto, y reubicar al personal en otras unidades médicas del sector. A pesar del reto que representaba conservar las instalaciones y disciplinar

al personal, el Dr. Luis Guillermo Ibarra propuso al Dr. Guillermo Soberón hacer el esfuerzo de rehabilitar y salvar al Instituto Nacional de Ortopedia.

Esta tarea era concebible solo y siempre que contara con el apoyo de las autoridades de la Secretaría. El primer intento por reestablecer las actividades laborales del Instituto resultó en un movimiento de oposición por parte de los trabajadores, desacostumbrados al cumplimiento de sus deberes. Gracias a la persistencia y tenacidad del Dr. Luis Guillermo Ibarra y contando con el apoyo del Secretario, el Dr. Soberón y el Subsecretario de Salud, el Dr. Jesús Kumate, se logró crear conciencia entre los inconformes sobre la necesidad de hacer un esfuerzo colectivo para evitar la desaparición del Instituto.

A estas acciones siguieron otras tantas para restaurar el edificio, sus instalaciones y equipos. Se reorganizó el trabajo de los médicos y personal paramédico, consiguiendo para ellos desde instrumental quirúrgico hasta materiales de curación y medicamentos. Se repararon equipos útiles pero abandonados por descompostura, los cuales se encontraban almacenados en diferentes áreas del hospital. Se consiguieron equipos de nueva adquisición, se realizó reubicación de personal en áreas administrativas, lavandería, comedor y poco a poco se consiguió que un pequeño hospital condenado a desaparecer se convirtiera en una institución productiva, de prestigio y se embarcara en la aventura de transformarse en un verdadero Instituto Nacional de Salud.

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.

Para el año de 1989, el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación ocupaba un edificio inapropiado para sus funciones, con una superficie de 4,500 m², en la Av. Mariano Escobedo, alejado de la zona que la ciudad había destinado a la construcción de hospitales. La demanda de servicios especializados, la enseñanza y la necesidad de formalizar y consolidar los trabajos de investigación exigían la urgente ampliación y modernización de la institución.

El Instituto de la Comunicación Humana, en la calle de Francisco de P. Miranda 177, con una superficie construida de 9,158 m², un recinto originalmente destinado a escuela y con instalaciones inadecuadas no disponía de servicios de cirugía.

El Instituto Nacional de Ortopedia no estaba en mejores condiciones pero disponía de un proyecto para su remodelación y ampliación por etapas, del que se había terminado la primera, comprendiendo quirófanos, recuperación, C.E.Y.E. y Urgencias. Para las siguientes etapas estaba prevista una torre de hospitalización y la construcción de una unidad de quemados, para dar respuesta a las demandas de atención de estos pacientes, que hizo evidente el grave accidente de San Juan Ixhuatepec,

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Secretario de Salud 1988-1994

Los rezagos que ya hemos señalado en las instalaciones de los tres institutos y la falta de desarrollo de los servicios hicieron manifiesta, en 1989, la necesidad la conveniencia de construir un Instituto Nacional de Rehabilitación.

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”.

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Secretario de Salud

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.

El Dr. Juan Ramón De la Fuente

Secretario de Salud, 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.

Lic. José Antonio González Fernández

Secretario de Salud 1999-2000

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.

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud 2000-2006

Al inicio de dicha administración, en la cual estuvo a punto de ser vendido el Centro Nacional de Rehabilitación al Instituto Mexicano de Seguro Social, tal como sucedió con El Centro Médico Nacional, construido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y vendido al IMSS.

Sin embargo se tomó la decisión de terminar la obra y de poner en operación todos los servicios en forma paulatina, gracias al apoyo de la Lic. María Eugenia de León May, Subsecretaria de Administración y Finanzas y del Ing. Arturo Pérez Estrada, Director General de Desarrollo de la Infraestructura Física.

Resalta el hecho de una huelga de médicos residentes de Ortopedia para exigir la puesta en marcha de las salas de operaciones, ya terminadas y equipadas, pero sin camas de hospitalización, huelga singular por que lo que exigían era trabajar para poder completar su enseñanza quirúrgica. Como consecuencia de este hecho se terminó la comunicación entre el área de quirófanos con la de hospitalización de Medicina de Rehabilitación lo cual permitió la reanudación de la cirugía ortopédica, conviniéndose proporcionar un año extra de enseñanza para compensar el tiempo perdido.

Sin lugar a dudas fue de vital importancia el apoyo de la Sra. Marta Sahagún de Fox y del propio Presidente Lic. Vicente Fox, especialmente a partir de haber sido intervenida quirúrgicamente la primera mediante una cirugía artroscópica realizada por el Dr. Clemente Ibarra y rehabilitada por el Dr. Luis Guillermo Ibarra.

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. Posteriormente a la nueva convocatoria expedida el 13 de octubre de 2010, en donde participan dos candidatos y después de transitar por las diferentes etapas del proceso en la 2ª Sesión Extraordinaria 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 5° 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 5° 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.

4. Vinculación con las prioridades Nacionales, Sectoriales e Institucionales

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 2011 *“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 INR, 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 .


Dicha vinculación Programática se señala a continuación:



4.1 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 |
| DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE 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. | 1. Estado de Derecho y seguridad. | | |
| | 2. Economía competitiva y generadora de empleos. | | |
|  | 3. Igualdad de oportunidades. | 3.1. Superación de la Pobreza | |
| | | 3.2. Salud | 4. Mejorar las condiciones de salud de la población. |
| | | 3.3. Transformación educativa | 5. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. |
| | | 3.4. Pueblos indígenas | 6. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. |
| | | 3.5. Igualdad entre mujeres y hombres | 7. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. |
| | | 3.6. Grupos vulnerables | 8. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país. |
| | | 3.7. Familia, niños y jóvenes | |
| | | 3.8. Cultura, arte, deporte y recreación | |
| | 4. Sustentabilidad ambiental. | | |
| | 5. Democracia efectiva y política exterior responsable. | | |

4.2 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. | | Líneas de Acción (45) |
|  | 3.- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad. | Indicadores | |
| | 4.- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. | | Metas |
| | 5.- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. | | |
| | | Vinculados al INR | |

4.3 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 del PND, 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.

4.4 Programas 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.

4.5 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.

De igual forma esta propuesta estará estrechamente vinculada con el PRONASA 2007 – 2012, conforme a sus tres funciones sustantivas que son: 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 tanto el Programa Anual de Trabajo 2011 del Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación, se vincula con el 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.

5. 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.

6. 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.

7. Análisis Estratégico de la Situación Actual

7.1. Fortalezas y Oportunidades

Hechos

La creación del Instituto Nacional de Rehabilitación, constituyó un hecho histórico al lograr alcanzar por fin una meta planteada por los Gobiernos de la República al menos desde el año de 1972, la cual fue pospuesta por variadas condiciones, tanto políticas como económicas. Sin embargo, constituyó un acto de respuesta al grupo vulnerable de las personas con discapacidad, necesitadas de servicios de alta calidad, equiparables a los que se proporcionan a otros grupos afectados de diversas enfermedades, y significando por lo tanto una acción de equidad.

Por otro lado constituyó también un reconocimiento de la importancia que tienen los servicios médicos de calidad y la investigación científica en la atención de diversas condiciones discapacitantes, antes consideradas como “incurables” y por lo tanto fuera del alcance de las ciencias de la salud y más accesibles a acciones de la asistencia social, de la educación especial, de la reducción de la discriminación y de otras similares más relacionada con la inclusión de las personas portadoras de discapacidad que de acciones dirigidas a restaurar o compensar las alteraciones discapacitantes.

El constituirse como Instituto Nacional de Salud, en sí ya incluyó la fortaleza de pasar a formar parte de este grupo selecto de instituciones de salud, en donde se privilegia la investigación científica, tan limitada en el campo de la discapacidad, y la atención médica de excelencia con tecnología de punta tan distante de este tipo de pacientes. Con esto se daban las oportunidades, por primera vez, de poder impulsar la investigación científica, para buscar mejores soluciones para la prevención de la discapacidad y para ofrecer servicios de atención médica de alta tecnología, como ha sucedido con la cirugía ortopédica de reemplazos articulares, artroscopia, cirugía de la columna vertebral, osteosíntesis, así como la cirugía de cataratas y los implantes cocleares además de la rehabilitación robótica y aún, un hecho elemental, el disponer camas para el internamiento y rehabilitación intensiva de pacientes con discapacidad.

Por otro lado, de origen, se tenían múltiples debilidades, como el hecho de subirse a la plataforma de los Institutos Nacionales de Salud, sin disponer de investigadores de experiencia, sino solo de un puñado de médicos, biólogos e ingenieros interesados en incursionar en el campo de la rehabilitación,

disponiendo por otro lado de médicos clínicos, terapistas, enfermeras y otros trabajadores que tenían que enfrentar los nuevos retos y rendir cuentas con los mismos indicadores de las instituciones de salud de más alto nivel en nuestro país.

Evaluación y Conclusiones sobre los Hechos más relevantes relacionados con las fortalezas y oportunidades que enfrenta actualmente el Instituto.

En la actualidad el Instituto dispone de 21 laboratorios de investigación, algunos de ellos con un alto grado de tecnología, como los de genética, ingeniería de tejidos, tejido conjuntivo, morfología, e ingeniería de rehabilitación. Se dispone asimismo de personal calificado habiéndose incrementado el número de investigadores con maestría y doctorado, así como el perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Por primera vez en la historia han ingresado médicos ortopedistas a este sistema y, cada vez más, se va incrementando el número de publicaciones y mejorando la calidad de las mismas con un aumento en los niveles III o más.

En la enseñanza se ha adquirido un importante prestigio en las especializaciones en Medicina de Rehabilitación y en Ortopedia, esta última dominada por muchos años por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la enseñanza de la Audiología, Foniatria y Otoneurología, se ha ubicado en un alto nivel y otras especialidades se han ido incluyendo con éxito, como sucede con Genética Médica, Oftalmología y Otorrinolaringología.

La atención médica ha alcanzado un alto nivel de calidad y de prestigio, siendo hoy en día una institución con servicios de excelencia que no se encuentran en ningún otro lado en nuestro país. Así son los servicios de alta especialidad de Rehabilitación Pediátrica, con su área única de Hospitalización para Rehabilitación Infantil; los servicios de neurorehabilitación para lesionados medulares y enfermedad vascular cerebral, y trauma craneoencefálico; los servicios de reumatología con sus laboratorios de líquido sinovial y de ultrasonografía músculoesquelética; los servicios de ortopedia con artroscopia, cirugía de la columna vertebral con un protocolo de disco intervertebral; los servicios de reconstrucción articular con prótesis de cadera, rodilla, codo y hombro; las cirugías de la mano de ortopedia pediátrica, la cirugía de catarata y la de implantes cocleares, a todo lo anterior le podemos sumar la próxima puesta en marcha del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, así como del Centro Nacional de Medicina del Deporte.

Estas fortalezas dan la oportunidad de que en los próximos años la investigación en el Instituto, tenga un gran desarrollo puesto que ya se cuenta con laboratorios adecuados y con investigadores entusiastas cada día con mayor experiencia, lo que puede conducir a publicaciones internacionales de más alto nivel. También la enseñanza tendrá la oportunidad de proyectarse a nivel internacional, especialmente en América Latina, rescatando el liderazgo que tuvo en el pasado en el campo de la rehabilitación, habiendo sido México líder en toda la América Latina. La atención médica del Instituto se convertirá en un valuarte para el Seguro Popular, en los aspectos relacionados con alta especialidad para la atención de enfermedades que generan gastos catastróficos y será competitiva con las mejores instituciones de otras partes del mundo.

Seguramente que el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados permitirá resolver la atención de los casos más graves en nuestro país, los que ya no necesitarán ser trasladados a los Estados Unidos y será un Centro Colaborador con los mejores Hospitales de Estados Unidos y de otras partes del mundo así como Centro de Capacitación a nivel nacional e internacional.

El Centro Nacional de Medicina del Deporte, será el único servicio Hospitalario en donde se desarrolle la investigación científica, la enseñanza y la atención médica de alta especialización en el sector salud gubernamental.

Por otra parte en los aspectos relacionados a la administración del Instituto, con la certificación ISO 9001:2008, en todos sus procesos lo podrán convertir en un modelo de administración pública.

Factores clave que influyen en la situación actual

El mejoramiento de los servicios de salud y la ampliación de su cobertura están dando por resultado una progresiva disminución de la mortalidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer, pero generando al mismo tiempo un considerable aumento en el número de personas que sufren de condiciones discapacitantes, como sucede como con los niños que sobreviven al daño neurológico pero que quedan con parálisis cerebral, déficit de atención e hiperactividad o jóvenes que sobreviven a los accidentes y quedan con cuadriplejía y paraplejía medulares, o con secuelas neurológicas por trauma craneoencefálico o adultos que sufren de las consecuencias del cáncer de la mama , de la laringe o de los huesos, así como adultos mayores con hemiplejía por enfermedad vascular cerebral, amputaciones por diabetes mellitus, hipoacusia por otosclerosis o ceguera por cataratas así como osteoartritis de la cadera, de la rodilla o de la columna

vertebral. Como consecuencia hay una demanda creciente de servicios a la cual se enfrenta el Instituto Nacional de Rehabilitación, sin contar con una red de servicios de referencia y contrarreferencia.

Retos principales que tenemos que enfrentar

Algunos de los principales retos son los siguientes:

- a. Aumento progresivo de la demanda de servicios
- b. Puesta en marcha de nuevos servicios y en especial del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados
- c. Desarrollo de la investigación a alto nivel
- d. Mantener actualizada la tecnología y el equipamiento
- e. Competitividad internacional
- f. Sustentabilidad financiera
- g. Mantener la Certificación de los servicios

Condiciones críticas internas y externas

Debe considerarse la dificultad de mantener la operación de los servicios con la calidad que exigen las condiciones para la certificación del Consejo de Salubridad General (CSG), así como las de ISO 9001:2008, frente a una demanda creciente de servicios y las limitaciones de abastecimiento y una crónica insuficiencia de recursos humanos de apoyo como secretarías bilingües, secretarías ejecutivas, recepcionista, telefonistas, enfermeras, técnicos y otros.

Como situaciones críticas externas está el incremento constante de equipos e insumos médicos, lo que requiere por si solo un incremento congruente del presupuesto de operación, lo cual no sucede, sino por el contrario invariablemente es insuficiente y en ocasiones incluso, se acompaña de reducciones del gasto.

Principales Fortalezas

El personal altamente calificado

Instalaciones adecuadas y confortables

Equipamiento con tecnología de punta

Organización administrativa moderna y certificada ISO 9001:2008

Adecuado ambiente laboral

Oportunidades

El Instituto dispone de importantes oportunidades de desarrollo externo tanto a nivel nacional como internacional, dadas las fortalezas con que cuenta y el prestigio que ha ganado en los últimos años.

Centro Colaborador OPS-OMS

Se ha planteado un programa de trabajo para ser designado Centro colaborador de la OPS-OMS a través del proyecto de Rehabilitación de Enfermedades y Lesiones del Sistema Músculoesquelético.

Alianzas Internacionales

El desarrollo de la colaboración con el Hospital Shriner's de Sacramento California representa una oportunidad para el desarrollo del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados a la cual se deben sumar ventajosamente el Hospital Shriner's de Galveston y el Hospital Pediátrico de Arkansas.

Al mismo tiempo es posible establecer la colaboración con el Instituto de Biotecnología de Brasil.

Se tiene también en proceso la participación con la Internacional Society of Orthopaedic Center (ISOC), para la capacitación avanzada de médicos ortopedistas.

Coordinación con todos los Institutos Nacionales de Salud

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es una institución que cuenta con los recursos para la atención de todo tipo de discapacidades y por ello se tiene la oportunidad de coordinarse con los Institutos Nacionales de Salud, a través de los Convenios que se han establecido con el Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología, con los cuales se pueden coordinar importantes acciones preventivas de discapacidades al nacimiento y de la infancia. También se cuenta con los convenios con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el Hospital General de México, el Hospital Juárez de México, para la procuración de piel y de tejidos para el Banco del propio instituto, favoreciendo su operación y facilitando la investigación científica.

Se encuentra en proceso el convenio con el Instituto Nacional de Cancerología, relacionado con la rehabilitación de discapacidades ocasionadas por cáncer.

Coordinación con el DIF-Nacional y DIF-Estatales

Al momento ha existido una coordinación limitada con el DIF-Nacional y los DIFs estatales relacionada prácticamente con la capacitación del personal, pero es posible y necesario que esta coordinación se amplíe a aspectos de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como investigación particularmente en materia de epidemiología y salud pública.

7.2. Debilidades y Amenazas

El limitado número de investigadores SNI, no favorece el producir publicaciones de alto impacto y un cierto número de los investigadores con que cuenta el Instituto, tienen poca experiencia en la obtención de recursos externos y en la publicación en revistas de tercer, cuarto y quinto nivel, lo que repercute en una productividad limitada.

Por otro lado el reiterativo desabasto de insumos no favorece el desarrollo de los protocolos de investigación.

La intervención de la Comisión Dictaminadora de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, al negar los estímulos a los investigadores con mayor productividad está causando un desánimo en los mismos con el riesgo de que emigren a las instituciones de educación superior, lo cual generaría un freno al desarrollo del Instituto.

El aumento en la demanda para la enseñanza enfrenta la insuficiencia de aulas, por lo que se limita el número de alumnos de nuevo ingreso en especial a los cursos de licenciatura y de pregrado y la carencia de recursos de apoyo deteriora la enseñanza y no permiten la puesta en marcha de los cursos de enseñanza distancia.

En la atención médica el exceso de la demanda y la insuficiencia de personal aunado al desabasto de medicamentos y de curación pueden conducir al deterioro de la calidad al aumento de los tiempos de espera y a la no certificación. Reviste especial importancia las necesidades del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, al no disponer de los recursos suficientes no podrá ponerse en operación

Por otro lado el presupuesto limitado y el personal insuficiente puede conducir al deterioro del servicio de informática a su falta de crecimiento y a la caída del sistema.

La repetida insuficiencia de presupuesto, que invariablemente es compensada con ampliaciones presupuestales, genera trastornos al desempeño de las actividades sustantivas de investigación, enseñanza y atención médica. En relación al Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados se ha planteado en repetidas ocasiones ¿Cómo va a funcionar? Y ¿Con que recursos?, y si este nuevo requerimiento presupuestal va a impactar negativamente en los servicios de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Audiología y al mismo tiempo como se va a enfrentar el costo del mantenimiento de la tecnología de punta, cuya solución podría ser que efectivamente se pusiera en marcha el presupuesto por programas y por resultados.

El Instituto tendrá que enfrentar los aspectos relativos a la sustentabilidad financiera para que se obtenga la satisfacción de los pacientes.

8. Objetivos Generales

- Elevar y mejorar la productividad de la investigación
- Mejorar la calidad de la enseñanza.
- Mejora continua de la calidad y seguridad de los pacientes.
- Mejora continua de la gestión administrativa.
- Proyectar internacionalmente al Instituto Nacional de Rehabilitación.

9. Objetivos Específicos

- Desarrollar investigación científica del más alto nivel en materia de discapacidad.
- Formar profesionales altamente especializados en el ámbito de su competencia para enfrentar el grave problema de la discapacidad.
- Desarrollar, programas, encuestas y capacitación para brindar una mejora en la calidad de la atención y consecuentemente la seguridad del paciente.
- Optimizar el manejo y aplicación de los recursos.
- Promover las oportunidades de diversificación de alternativas de financiamiento con el objeto de incrementar la sustentabilidad financiera del instituto.
- Aplicar como Centro Colaborador de la OPS/OMS.
- Obtener la certificación de la ABA para el CENIAQ.

10. Estrategias

Estrategia 1 Investigación aplicada de calidad.

Estrategia 2 Enseñanza para la prevención y la atención de la discapacidad.

Estrategia 3 Atención Médica de Alta Especialidad.

Estrategia 4 Programas Extramuros.

Estrategia 5 Administración eficiente y responsable orientada a apoyar la eficiencia de las funciones sustantivas.

11.- Líneas de Acción

11.1 Investigación aplicada de calidad

Líneas de Acción

11.1.1 Reingeniería.

La organización de la Dirección de Investigación partió de la Estructura Orgánica y del Programa de Trabajo 2005-2010, implementándose con los recursos disponibles, lo que permitió un importante desarrollo de partida, pero que ahora es necesario reevaluar y reorganizar de acuerdo a la situación actual y a los proyectos de investigación previstos a mediano plazo, tomando en consideración las debilidades y fortalezas, así como la rectoría de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y los requerimientos de CONACYT

11.1.2 Alinear las líneas de investigación con los problemas de discapacidad

A pesar de la insuficiente información bioestadística acerca de la discapacidad, se dispone de datos a través de las Encuestas Nacionales de Salud, de los censos de población del INEGI y de los informes de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud, que permiten orientar las líneas de investigación en tal forma que aborden los problemas prioritarios de discapacidad.

11.1.3 Incrementar la calidad y cantidad de las publicaciones científicas

Se ha logrado un importante avance en materia de publicaciones científicas, incrementándose tanto el número anual de las mismas como el nivel de impacto de las revistas médicas y científicas. Sin embargo, es necesario continuar mejorando en estos aspectos, a los cuales, habrá que agregar otro de mayor trascendencia, que es el impacto de las mismas.

Deberá aumentarse el número de publicaciones de nivel III o más a 1.9 publicaciones anuales por investigador, para lo que se requiere:

- Capacitación avanzada
- 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

11.1.4 Incrementar el número de investigadores en el SIN

Se ha incrementado el número de investigadores en el SIN, así como el porcentaje de los investigadores con plaza de investigador aceptados en el mismo. En los próximos 5 años deberá incrementarse esto último para alcanzar por lo menos un 50% de investigadores con plaza de investigador en el SIN. Así mismo, deberá promoverse el ingreso al SIN de investigadores clínicos sin plaza de investigador.

11.1.5 Incrementar el número de plazas de investigador en el SII

La implementación y desarrollo de los nuevos laboratorios demandará un incremento en el número total de investigadores con plaza de investigador y todos ellos deberán calificar en el SII, estimándose que se podrán alcanzar las 70 plazas de investigador.

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

11.1.6 Incrementar el financiamiento para la investigación científica (interno y externo)

Dado que la misión del Instituto es fundamentalmente la investigación, esto deberá reflejarse en el Presupuesto de Operación, el que debe incrementarse principalmente en base a recursos propios, para lo cual se requiere que estos no sean destinados en su mayor parte a atención médica. Por otro lado deberá incrementarse prioritariamente el financiamiento externo 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.

11.1.7 Incrementar el desarrollo del capital humano en investigación (maestrías, doctorados, posdoctorados)

Deberá presentarse 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, para que contribuyan significativamente a incrementar y mejorar los recursos humanos para la investigación, en tal forma que en los próximos años se disponga de un mayor número de personal con Maestrías y Doctorados, mejor capacitados para la investigación científica.

11.1.8 Incrementar las estancias de investigación en el extranjero

En el periodo 2005-2010 algunos investigadores del Instituto realizaron estancias de investigación en diferentes laboratorios de Instituciones en diversos países, pero es necesario la planeación, programación y apoyo para que se incrementen y contribuyan al desarrollo de los proyectos prioritarios de investigación.

11.1.9 Incrementar las colaboraciones 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.

11.1.10 Proyectos prioritarios de investigación por discapacidad.

11.1.10.1 Epidemiología de la Discapacidad

Generar información actualizada del comportamiento epidemiológico de las condiciones discapacitantes y de las discapacidades de mayor frecuencia, así como de los factores de riesgo que las condicionan para establecer medidas de prevención, control y de atención de la discapacidad.

11.1.10.2 Osteoartritis

Desarrollar programas de investigación sobre la prevención, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico de la osteoartritis y rehabilitación que contribuyan a disminuir la discapacidad por esta condición.

11.1.10.3 Osteoporosis

Desarrollar programas de investigación sobre la prevención, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico de las fracturas y rehabilitación que contribuyan a disminuir la discapacidad por esta condición.

11.1.10.4 Trauma Músculoesquelético

Desarrollar programas de investigación sobre la prevención, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico del trauma músculoesquelético y rehabilitación que contribuyan a disminuir la discapacidad por esta condición.

11.1.10.5 Neurorehabilitación

Desarrollar programas de investigación sobre la plasticidad del Sistema Nervioso Central y métodos de rehabilitación que conduzcan a una mayor recuperación funcional, independencia e integración social y laboral, de pacientes que sufren alguna de estas condiciones. Establecer además, una unidad modelo de atención de lesiones medulares y establecer una unidad modelo de atención de lesiones medulares con el objeto de minimizar el daño permanente y de prevenir complicaciones como, atelectasia, tromboembolia, escaras de presión, contracturas musculares, infección urinaria, atrofia muscular y desajuste psicosocial, reduciendo costos de atención, e impulsando la investigación científica y la formación de recursos humanos, la subespecialización y la capacitación de personal.

11.1.10.6 Quemaduras

Investigación, formación de personal y atención de alta especialidad de quemaduras severas, con calidad y calidez, mediante la utilización de los conocimientos más avanzados y con tecnología innovadora a nivel internacional.

11.1.10.7 Amputados

Desarrollo de tecnología mexicana y de procesos de elaboración que abatan los costos, incrementen la funcionalidad y la durabilidad de las prótesis, especialmente para amputaciones de la extremidad inferior.

11.1.10.8 Deficiencia Auditiva y Trastornos de la Voz, Lenguaje y del Equilibrio.

Investigar la epidemiología de la discapacidad auditiva, de la voz, lenguaje y de los trastornos del equilibrio en la República Mexicana, así como el de las mejores estrategias para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

11.1.10.9 Deficiencia Visual

Investigar la epidemiología de la discapacidad visual en la República Mexicana, así como las mejores estrategias para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

11.1.10.10 Discapacidades Congénitas Y De La Infancia

Investigar la epidemiología de las discapacidades Congénitas y de la Infancia en la República Mexicana, así como las mejores estrategias para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

11.1.10.11 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
Investigar la epidemiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la República Mexicana, así como las mejores estrategias para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

11.1.10.12 Discapacidades por Envejecimiento
Investigar la epidemiología de las discapacidades asociadas al envejecimiento en la República Mexicana, así como las mejores estrategias para su prevención o la de sus secuelas, encontrar mejores alternativas para su diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación.

11.1.10.13 Dolor Músculoesquelético
Investigar la epidemiología del Dolor Neuromúsculoesquelético en la República Mexicana, así como las mejores estrategias para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

11.2 Enseñanza para la prevención y la atención de la discapacidad

Líneas de Acción

11.2.1 Reingeniería.

En el proceso de integración de los tres institutos de origen al Centro Nacional de Rehabilitación, se llevaron a cabo los primeros intentos de unificación de las diversas acciones, creándose la Dirección General Adjunta de Investigación y Enseñanza, que conservaba tres Subdirecciones de Investigación y tres de Enseñanza. A partir de la creación del Instituto Nacional de Rehabilitación y de su Estatuto Orgánico, se estableció una sola Dirección de Enseñanza, con las Subdirecciones de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua, y de Enseñanza de Pregrado, lo que condujo a la total integración en base a los recursos humanos disponibles.

Las actividades de enseñanza han tenido un extraordinario desarrollo tanto en el número de cursos que se imparten como de alumnos, lo cual demanda de un siguiente paso de reingeniería que considere en forma fundamental la capacitación avanzada de personal médico, paramédico y de investigadores en el extranjero, así como el cabal cumplimiento de los compromisos contraídos con las instituciones de educación superior con las cuales se han establecido convenios y programas.

11.2.2 Mejora continua de los programas de enseñanza

Debe mantenerse la mejora continua de los programas de enseñanza acorde con los avances de las diferentes especialidades médicas, con los requisitos de las instituciones educativas y con los programas académicos de instituciones nacionales e internacionales.

Para estas acciones se debe fomentar y apoyar la capacitación continua de los profesores que participan en los diferentes cursos.

11.2.3 Incrementar la rotación de médicos residentes del INR de las distintas especialidades en el extranjero.

Durante los pasados años, los médicos residentes del INR, han rotado por diversos hospitales y universidades de distintos países, siempre en base al autofinanciamiento de los mismos médicos. Aquellos que no cuentan con los recursos suficientes se ven limitados para poder llevar a cabo estas rotaciones. Por esto será necesario conseguir los apoyos necesarios para ampliar este programa.

Hasta el momento las instituciones por donde han rotado son las siguientes:

1. Rancho los Amigos National Rehabilitation Center. Downy Cal, EUA.
2. Hospital Jall de Bond Bellvitge Clinic. Barcelona, España
3. New England Baptist, Hospital Boston
4. Harvard Medical School Britgham and Women's Hospital, Boston. EUA
5. Hospital Universidad la Paz. Madrid, España
6. Clínica Tres Torres, Hospital Barcelona España
7. House Ear Institute. Los Angeles, California
8. Shriners USA. Hospital Quemados, Sacramento, Ca. Y Galveston, Tx. EUA
9. Hospital Princesa Alexandra. Brisbane, Australia
10. Spalding Rehabilitation Hospital. Boston, EUA

Dado el incremento en el número de residentes, se hace necesario, así mismo, disponer de un mayor número de hospitales y universidades en donde pueda llevarse a cabo estas rotaciones, siempre de acuerdo con los programas de enseñanza respectivos

11.2.4 Incrementar la formación y capacitación del personal médico, paramédico y de investigación del INR, en el extranjero

El personal médico y paramédico del Instituto, está altamente capacitado. El primero es de alta especialidad y se encuentra certificado por los Consejos de Especialidad correspondientes y los segundos, cada día en mayor número, cuentan con licenciatura y de ellos un número creciente con especialidad y se

inician en las Maestrías. El personal de investigación cuenta en su mayoría con maestrías y doctorados, no obstante lo anterior, el desarrollo del Instituto requiere ahora una capacitación de mayor nivel siendo indispensable que incrementen y perfeccionen sus conocimientos en las instituciones de mayor prestigio en el extranjero, y tal como se está realizando con la preparación de médicos en materia de atención a quemados. Se pretende en los próximos 5 años al menos se cuente con 4 becas anuales para realizar estudios y capacitación avanzada, en relación a los proyectos estratégicos de investigación y atención médica.

11.2.5 Incrementar el número de residentes extranjeros en especializaciones médicas y diplomados

Considerando las fortalezas que el Instituto tiene tanto en materia de recursos humanos altamente calificados, como en instalaciones y equipamiento, debe de retomarse el liderazgo en materia de formación y capacitación de recursos humanos, promoviendo la participación y asistencia de médicos y paramédicos de Centro y Sudamérica tanto en los cursos de Especialización, en los Diplomados y en los de Alta Especialidad, al igual que los de educación continua. También debe considerarse la rotación de médicos residentes y especialistas en los diferentes servicios del instituto, estimando al menos 6 por año y 30 en el periodo.

Para lo anterior será necesario contar con una oficina internacional de enseñanza, que difunda, los servicios y recursos del instituto, promueva las solicitudes de estudiantes extranjeros, las relaciones con Universidades, Hospitales y Centros de Enseñanza y lleve a cabo el seguimiento y apoyo de los participantes.

11.2.6 Desarrollar la enseñanza a distancia

Siendo el Instituto Nacional de Rehabilitación una institución donde se proporciona atención médica de alta especialidad, se lleva a cabo investigación de punta en materia de los diferentes aspectos de la discapacidad y contando con un muy amplio programa de enseñanza es conveniente se desarrollen acciones a distancia.

Para lo anterior se deberán determinar las áreas de oportunidad, elaborar los programas, completar el equipamiento, considerando que ya se dispone de un sistema de circuito cerrado de TV-Enseñanza y de instalaciones para teleconferencia.

Por otro lado con la experiencia de varios años de una teleconferencia semanal con la Clínica Mayo deberá ampliarse este recursos a otras Universidades, Centros Médicos y Hospitales de prestigio internacional.

11.2.7 Certificación de los egresados por los Consejos de Especialidades Médicas 100%.

En la actualidad más del 90% de los egresados del Instituto en los diferentes cursos de especialización médica obtienen la certificación por sus Consejos de Especialidad, al momento de su egreso. Se pretende que en los próximos años el 100% de los egresados sean certificados por los Consejos correspondientes.

Para este propósito se está incrementando la participación de los médicos residentes en los programas de titulación oportuna de la UNAM.

11.2.8 Maestrías y Doctorados

Las maestrías y doctorados que actualmente se han iniciado en el instituto han sido producto de un esfuerzo persistente del área de enseñanza que ha realizado los trámites requeridos por las instituciones de educación superior y luego a promovido y seleccionado el profesorado y los alumnos. Este esfuerzo debe continuar bajo la supervisión y control de la Dirección de Enseñanza a través de la Jefatura correspondiente.

11.2.9 Mejorar el Centro de Información documental (CID)

El Centro de Información Documental (CID), ha venido desarrollando un amplio trabajo para ofrecer cada día más apoyo a estudiantes e investigadores. Sin embargo sus instalaciones no son las adecuadas por lo que deberá llevarse a cabo su remodelación, actualización y equipamiento para dar respuesta a los requerimientos de los usuarios. Así mismo debe de fortalecerse la vinculación con otros centros de información nacional e internacional.

11.2.10 Centro Colaborador de la OPS/OMS en la formación y capacitación de recursos humanos

Se encuentra en proceso la solicitud para ser designado Centro Colaborador de la OPS-OMS, en la formación y capacitación de recursos humanos, en los aspectos relativos a: Rehabilitación Médica de Enfermedades y Lesiones del Sistema Músculoesquelético, en cuyo caso deberán prepararse los programas correspondientes.

11.3 Atención Médica de Alta Especialidad

Líneas de Acción

11.3.1 Reingeniería 2

La creación del Instituto Nacional de Rehabilitación, a partir del Centro Nacional de Rehabilitación, condicionó la expedición del Estatuto Orgánico por la Junta de Gobierno con el propósito de propiciar la integración total de los servicios y en concordancia con su nuevo carácter de Instituto Nacional de Salud. Para lo anterior, se llevó a cabo un proceso de Reingeniería integrando todos los servicios pertenecientes y persistentes de los 3 Institutos de origen, teniendo que enfrentar tanto la resistencia al cambio como la política interna con intereses preestablecidos, a lo cual se sumó la problemática generada por la inadecuada e insuficiente creación de plazas desde el año de 1997, sin concordancia con una estructura aprobada en el año 2005.

Por lo anterior, es necesario llevar a cabo una segunda etapa de Reingeniería, compactando, por una parte, la estructura y por otro complementándola para la puesta en marcha del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, tomando en consideración así mismo, la demanda histórica de los servicios de atención médica y la nueva Estrategia y Líneas de Acción de investigación.

11.3.2 Actualizar los Criterios de Admisión y las Guías Clínicas

La Atención Médica deberá alinearse con los nuevos Proyectos Prioritarios de Investigación que están enfocados hacia las discapacidades de mayor incidencia, prevalencia y peso, conforme a la información disponible, por lo que los Criterios de Admisión deberán ser actualizados y de acuerdo a los mismos se tendrán que elaborar las Guías Clínicas correspondientes.

11.3.3 Poner en marcha el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados

El Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados requerirá de un gran esfuerzo para su puesta en marcha que comprende desde la dotación integral de equipo, recursos humanos y presupuesto de operación, hasta lo que constituye el mayor desafío que es su funcionamiento como un servicio de Alta Especialidad, certificado a nivel nacional e internacional y que pueda dar resultados equivalentes a los centros de quemados más connotados de otras partes del mundo. Para ello será necesaria la capacitación continua de personal, como se ha iniciado ya, y establecer una organización apropiada y una selección

de personal basada en los conocimientos y en la capacidad de los recursos humanos en las diferentes especialidades, por lo que sus mandos directivos, a partir de un Subdirector de Área tendrán que ser objeto de concurso.

Por otro lado, adicional a la atención médica de excelencia deberán ponerse en operación los proyectos de investigación relacionados y los programas de enseñanza para preparar personal especializado para todo el país.

Se requerirá del establecimiento de convenios de coordinación con las Secretarías de Salud del D.F. y las de los Estados, con el propósito de fijar los procedimientos de referencia y contra-referencia.

Así mismo, deberá promover las acciones correspondientes a la prevención de quemaduras.

La Atención Médica será integral, partiendo de las urgencias y soporte de vida a la de cuidados intensivos, intermedios y reconstrucción de secuelas, así como de rehabilitación física, psicológica y social que se inicie en la etapa aguda y conduzca a la integración social, educativa y laboral, mejorando sustancialmente la calidad de vida.

11.3.4 Poner en marcha el Centro Nacional de Medicina del Deporte

La Medicina del Deporte es un campo de gran trascendencia para la promoción de salud, prevención de enfermedades y lesiones discapacitantes y para la rehabilitación. Tienen cada día una mayor importancia las lesiones deportivas que generan una significativa pérdida económica por los gastos derivados de la atención médica y por otro lado puede tener una importante aplicación en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. Su valor en la rehabilitación data ya de muchos años.

Estos aspectos no habían sido objeto de atención en el Sector Salud, hasta que en el año de 1987, se le asignaron atribuciones en materia de Medicina del Deporte al Instituto Nacional de Ortopedia, que fueron recogidas por el Centro Nacional de Rehabilitación y luego por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Para cumplir con estas funciones se hizo necesario construir el Centro Nacional de Medicina del Deporte dado que no alcanzó a incluirse en las obras del Centro Nacional de Rehabilitación, por lo que en forma provisional se instalaron estos servicios invadiendo áreas de Medicina de Rehabilitación pero disponiendo de una Subdirección de Medicina del Deporte que ha estado operando con limitaciones.

La puesta en marcha del Centro Nacional de Medicina del Deporte requerirá de una reorganización, de algunas plazas de nueva creación y de algún equipamiento dado que dispone de buena parte de estos recursos.

El desafío consiste en que cumpla su misión como un servicio único dentro del Sistema Nacional de Salud, que desarrolle la investigación científica, epidemiológica, básica, clínica y tecnológica, así como que sea lugar de formación y capacitación de personal para la salud y de atención de alta especialidad y que complete los procedimientos de la rehabilitación integral de personas con discapacidad.

11.3.5 Incrementar la vinculación con el Seguro Popular

El Instituto tiene ya muy bien establecida la vinculación con el Seguro Popular a través del Programa de Cirugía de Cataratas y recién se ha iniciado la coordinación respecto al Programa de Implantes cocleares. Así mismo el Seguro popular ha otorgado un apoyo muy importante para el equipamiento del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados y se ha validado la cédula correspondiente de por el Consejo de Salubridad General de gastos catastróficos por quemaduras severas.

Sin embargo aún se encuentra en proceso la acreditación para la atención médica relacionada con el Seguro Médico Universal para una Nueva Generación; de igual forma se encuentra en proceso la inclusión de la atención médica de niños con cáncer músculoesquelético.

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

Conforme avance el Sistema Nacional de Salud en la Universalización de los servicios de atención médica, el Instituto podrá incorporarse a esta acción tomando en cuenta la demanda de servicios por parte de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. No obstante el instituto deberá iniciar convenios con las instituciones antes señaladas con el propósito de acordar la atención de determinadas enfermedades y condiciones discapacitantes.

11.3.7 Actualizar la tecnología para el diagnóstico y el tratamiento

De origen el Instituto fue concebido como una institución de cuarto nivel con tecnología de punta y con este criterio fue equipado. Sin embargo, han transcurrido más de 11 años desde la adquisición de muchos equipos, por lo que el de gammagrafía ya ha sido dado de baja y por lo tanto se ha suspendido este

servicio, habiéndose solicitado la donación de un nuevo gammagrafo a la Fundación Gonzalo Río Arronte.

Por otro lado está próximo a quedar fuera de servicio la resonancia magnética requiriendo su reposición por un equipo de 3Teslas.

Así mismo el equipamiento de Audiología ha sido solicitado a CONADIS y el de Medicina de Rehabilitación y en especial el de Terapia Física y Ocupacional al Seguro Popular el primero y a la Secretaria de Seguridad Publica Federal, el segundo, dado que ha ofrecido un donativo con este propósito.

La tecnología en los quirófanos de ortopedia se mantiene estática siendo indispensable su actualización.

En todo caso se requiere que en los próximos años el instituto se mantenga en la vanguardia de la tecnología médica en constante evolución, lo que incluye, además, la red de informática médica.

Por todo lo anterior el Programa de Anual de Trabajo incluye todos los esfuerzos para mantener actualizado el equipamiento del instituto.

11.3.8 Mejorar la calidad y seguridad del paciente

El Instituto ha participado y deberá continuar haciéndolo en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), que integra información proveniente de encuestas realizadas a los usuarios del servicio médico, de los expedientes clínicos y de los registros de los establecimientos del sistema nacional de salud, con el propósito de conocer los niveles de Calidad Percibida, Calidad Técnica y Calidad de la Gestión de los servicios de salud otorgados.

Deberán continuar funcionando los Comités de Calidad, Expediente Clínico, Infecciones Nosocomiales, Abasto de Medicamentos, Defunciones, el Departamento de Gestión de Cuidados y los Subcomités de Calidad de enfermería así como el Aval Ciudadano.

Así mismo deberán cumplirse con todos los requisitos para la certificación por el Consejo de Salubridad General y la del ISO 9001:2008, así como con las acreditaciones correspondientes por el Seguro Popular y las licencias de la COFEPRIS. No se dejará de hacer todo esfuerzo necesario que conduzca a mejorar la calidad y seguridad de la atención médica.

11.3.9 Proyectos Prioritarios de Atención Médica

11.3.9.1 Quemaduras

Implementar la atención médica de excelencia de quemaduras severas, promover su prevención, propiciando el desarrollo de la investigación científica y la formación de recursos humanos.

11.3.9.2 Epidemiología de la discapacidad

Desarrollar el área de epidemiología, abarcando los aspectos de Vigilancia Epidemiológica dentro del Instituto, así como en las acciones preventivas requeridas.

11.3.9.3 Osteoartritis

Organizar un Programa de Osteoartritis que mejore la atención médica y facilite la investigación, la docencia, mediante la coordinación de los servicios.

11.3.9.4 Osteoporosis

Implementar un Programa de Osteoporosis que permita la coordinación de los diferentes servicios, mejorando la prevención, tratamiento médico-quirúrgico y rehabilitación de los pacientes, facilitando la investigación y la enseñanza.

11.3.9.5 Trauma músculoesquelético

Organizar la atención de urgencias del Sistema Músculoesquelético mediante un Programa que coordine las actividades de los Servicios involucradas en el manejo de estas lesiones y facilite la investigación y la enseñanza.

11.3.9.6 Neurorehabilitación

Integrar los servicios de enfermedad vascular cerebral, trauma craneoencefálico y lesiones medulares en un programa de neurorehabilitación, que ofrezca atención integral de excelencia, aplicando los mayores avances en la tecnología disponible y que permita la máxima recuperación basad en los conocimientos de la plasticidad del sistema nervioso y facilite la investigación y la enseñanza.

11.3.9.8 Amputados

Organizar un servicio de atención integral de pacientes amputados, de calidad, basado en la investigación epidemiológica, clínica y tecnológica que sirva como centro de formación y capacitación de personal y que contribuya ha disminuir la discapacidad por esta causa.

Se realizará el estudio de costo-beneficio en relación a las amputaciones transtibiales con el propósito de proponer al Seguro Popular su incorporación a gastos catastróficos dado que el costo de la prótesis es menor que la falta de productiva de estas personas.

11.3.9.9 Programa de atención a discapacidades de la audición, voz, Lenguaje y de trastornos del equilibrio.

Proporcionar servicios de atención médica de excelencia a pacientes con déficit auditivo, con problemas graves de la voz y del lenguaje y con trastornos del equilibrio.

11.3.9.10 Programa de atención a personas con discapacidades visuales

Ampliar las actividades de la Subdirección de Oftalmología con el propósito de poder ofrecer servicios de alta especialidad para la atención de pacientes con catarata, glaucoma y retinopatía diabética, favoreciendo la investigación y la enseñanza.

11.3.9.11 Discapacidades congénitas y de la infancia

Impulsar el Programa de Rehabilitación de Discapacidades Congénitas y de la Infancia, promoviendo la coordinación de los variados servicios que intervienen en la atención médica y vincular con el Seguro Popular la atención médica del Programa del Seguro Universal de Una Nueva Generación, promoviendo así mismo la investigación y la docencia.

11.3.9.12 Discapacidades por envejecimiento

Fortalecer y ampliar el Programa de Rehabilitación Geriátrica, coordinándolo con el Instituto Nacional de Geriátrica, para ofrecer servicios integrales de prevención y rehabilitación de discapacidades a adultos mayores.

11.3.9.13 Programa de dolor Músculoesquelético

Desarrollar un programa para la atención del dolor en sus diferentes vertientes que abarque la atención de pacientes en consulta externa, la atención de pacientes posoperados, atención de pacientes en urgencias y la del dolor crónico en la Clínica del Dolor

11.4 Programa Extramuros

Líneas de Acción

11.4.1 Centro Colaborador de la OPS-OMS

De tiempo atrás se tiene establecida en la Visión del Instituto la designación como Centro Colaborador de la OPS/OMS, en las variadas actividades que se desarrollan en la institución. En este sentido se ha establecido contacto con OPS México y con el Consultor en materia de Rehabilitación para la Región de América Latina y el Caribe, lo que permitió definir inicialmente un área posible de colaboración y que comprende la investigación y la rehabilitación médica de enfermedades y lesiones del sistema músculoesquelético para ser desarrollado por la División de Rehabilitación Ortopédica y que comprende cuatro etapas:

1. Prevención y rehabilitación del dolor músculoesquelético, prevención y rehabilitación de síndromes dolorosos de la columna vertebral
2. Rehabilitación de pacientes con trauma del sistema músculoesquelético: (fracturas, amputaciones, lesiones medulares, lesiones de nervios periféricos. Prevención y complicaciones) Rehabilitación de trauma craneoencefálico
3. Rehabilitación en osteoporosis y Rehabilitación en osteoartritis
4. Rehabilitación de enfermedades músculoesqueléticas y Prevención y Rehabilitación de síndromes músculoesqueléticos ocupacionales

Independientemente de la posibilidad de designación como Centro Colaborador de OPS-OMS, los aspectos anteriormente mencionados están incluidos tanto en los proyectos prioritarios de investigación como en los Programas prioritarios de Atención Médica, lo que permitirá su proyección internacional, especialmente en Centro y Sudamérica.

11.4.2 Impulsar la colaboración en hospitales e institutos a nivel internacional mediante convenios o cartas de intención

Se ha firmado una carta de intención para la colaboración con el Shriners Hospital for Children Northern California y UC Davis Regional Burn Center, Sacramento, Cal., especialmente para la capacitación de personal y asesoría para el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, y están en proceso convenios en el mismo sentido con el Hospital Shrine's para niños quemados de Galveston y el Hospital de Pediatría de Little Rock de Arkansas.

También se ha planteado un convenio de colaboración con el Instituto de Medicina Genómica de Brasil, para el desarrollo de los laboratorios de Biotecnología y de Genética.

Estas acciones de colaboración deberán ampliarse y fortalecerse especialmente en aspectos relacionados con la formación y capacitación de personal y con la investigación científica.

11.4.3 Cirugía Extramuros

Este programa se viene desarrollando con éxito desde hace 22 años, primero en lo que fue el Instituto Nacional de Ortopedia, luego en el Centro Nacional de Rehabilitación y se ha continuado en el Instituto Nacional de Rehabilitación, como parte del Programa de Cirugía Extramuros de la Secretaría de Salud. En base a la experiencia obtenida es necesario que continúe cubriendo no solo los aspectos relacionados con el rezago en áreas marginadas, sino también abordando las nuevas necesidades como prótesis de cadera, prótesis de rodilla, cirugía de mano y artroscopia.

11.4.4 Fideiprótésis

Este fideicomiso para jubilados y pensionados del IMSS y del ISSSTE, fue asignado al Instituto para su manejo a través del Comité Técnico, presidido por el Secretario de Salud, quién designó, Secretario Ejecutivo al Director General del INR.

Ha estado funcionando en forma ininterrumpida desde el año de 2001, y por indicaciones del Secretario de Salud se está llevando a cabo las acciones necesarias para ampliar sus beneficios a la población no asegurada lo cual requerirá el fortalecer el área correspondiente en la Subdirección de Programas Extramuros.

11.5 Administración eficiente y responsable orientada a apoyar la eficiencia de las funciones sustantivas

Líneas de Acción

11.5.1 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 dan por resultado encontrarse por arriba del estándar establecido. Por otro lado fue el primer Instituto Nacional de Salud en establecer el Aval Ciudadano, que así mismo 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.

11.5.2 Tramites ágiles

El Instituto por un parte ha implementado un sistema automatizado de control de citas de consultas y preconsultas, así como del expediente clínico, para el siguiente periodo los pacientes podrán desde su casa y por vía electrónica obtener sus citas para preconsulta, consultas y verificar las citas para cirugía, terapias y auxiliares de diagnóstico. Así mismo las modificaciones que fueran indispensables de realizar se darán por este mismo medio.

En lo que se refiere al pago de cualquier servicio, también podrá realizarse por vía electrónica ó en las sucursales bancarias de su preferencia y con los bancos que estén registrados en el instituto, adicionalmente el servicio de cajas en el propio instituto permanecerá para los casos necesarios.

Por otra parte, en congruencia con lo establecido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, habrá de ser en forma electrónica, mismas que podrán ser remitidas por vía electrónica a los pacientes.

11.5.3 Información adecuada

La pagina Web del instituto, será actualizada 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.

11.5.4 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 a un área dedicada específicamente para este campo. En cuanto al Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, el inicio de sus actividades conducirá a un incremento en la estructura orgánica y en consecuencia en la plantilla de personal. La reingeniería administrativa general se propondrá en el primer año de este periodo para su consideración y aprobación por la H. Junta de Gobierno y posteriormente por las globalizadoras para su visto bueno.

11.5.5 Capacitación del personal y automatización de los procesos

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 en este sistema con objeto de proporcionar por parte del personal administrativo la satisfacción de los pacientes y de todo el personal médico, paramédico y administrativo.

11.5.6 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 estén actualizados y desarrollen con mayor eficiencia y efectividad sus funciones y contribuyan al desempeño del instituto como empresa social.

11.5.7 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.

11.5.8 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.

11.5.9 Mantenimiento oportuno, eficaz e innovador

Hemos considerado que el concepto de conservación y mantenimiento no es suficiente sino que debe promoverse la mejora continua de la infraestructura hospitalaria lo cual conlleva que esta se mejore, amplíe y perfeccione a través de los años.

11.5.10 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 sentido el instituto deberá llevar a cabo todas las acciones necesarias para disponer de los recursos que le permitan cumplir con esta necesidad.

11.5.11 Información, sensibilización, capacitación y monitoreo

El mantenimiento de las certificaciones del Consejo General de Salubridad y de ISO 9001:2008, obtenidas por el Instituto, serán sujetas a un proceso de mejora continua de tal manera que se conserven ambas certificaciones a través del tiempo y sobre la base de la actualización, capacitación, sensibilización y compromiso de todo el personal del instituto.

11.5.12 Capacitación, apego y supervisión de la normatividad

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

12.- Proyectos específicos

12.1. Proyectos prioritarios de investigación por discapacidad.

- 12.1.1. Epidemiología de la discapacidad
- 12.1.2. Osteoartritis
- 12.1.3. Osteoporosis
- 12.1.4. Trauma músculoesquelético
- 12.1.5. Neurorehabilitación
- 12.1.6. Lesiones Medulares
- 12.1.7. Quemaduras
- 12.1.8. Amputados
- 12.1.9. Deficiencia auditiva
- 12.1.10. Deficiencia visual
- 12.1.11. Discapacidades congénitas y de la infancia
- 12.1.12. Síndrome de Trastornos de Atención e Hiperactividad
- 12.1.13. Discapacidades por envejecimiento
- 12.1.14. Dolor músculoesquelético

12.2. Proyectos prioritarios de atención médica por discapacidad

- 12.2.1. Quemaduras
- 12.2.2. Epidemiología de la discapacidad
- 12.2.3. Osteoartritis
- 12.2.4. Osteoporosis
- 12.2.5. Trauma músculoesquelético
- 12.2.6. Neurorehabilitación
- 12.2.7. Lesiones Medulares
- 12.2.8. Amputados
- 12.2.9. Programa de atención a discapacidades de la audición, voz, Lenguaje y de trastornos del equilibrio.
- 12.2.10. Programa de atención a personas con discapacidades visuales
- 12.2.11. Discapacidades congénitas y de la infancia
- 12.2.12. Discapacidades por envejecimiento
- 12.2.13. Programa de dolor Músculoesquelético

13.- Indicadores

13.1 Investigación

"Investigación y desarrollo tecnológico en salud"

| DEFINICION DEL INDICADOR | | Meta |
|--------------------------|--|--------------|
| | | 2011 |
| INDICADOR | Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas | 51.4 |
| VARIABLE 1 | No. de artículos científicos publicados en revistas indexadas niveles III a V por Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa, durante el periodo de reporte | 37 |
| VARIABLE 2 | Total de artículos científicos publicados en revistas niveles I a V por Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa, durante el mismo periodo X100 | 72 |
| INDICADOR | Proporción de productos de la investigación apegados al PROSESA | 100.0 |
| VARIABLE 1 | No. de productos de investigación realizados en el periodo apegados al PROSESA | 60 |
| VARIABLE 2 | No. de productos de la investigación realizados en el periodo x 100 | 60 |
| INDICADOR | Porcentaje de proyectos en proceso | 67.3 |
| VARIABLE 1 | Número de proyectos de investigación en proceso (concluidos y en desarrollo) | 37 |
| VARIABLE 2 | Número de proyectos de investigación vigentes en el período (concluidos, en desarrollo, cancelados y suspendidos) X 100 | 55 |

13.2 Enseñanza

"Formación de recursos humanos especializados para la salud"

| DEFINICION DEL INDICADOR | | Meta |
|--------------------------|---|-------------|
| | | 2011 |
| INDICADOR | Eficiencia terminal de médicos especialistas | 100 |
| VARIABLE 1 | Número de especialistas médicos titulados de la misma cohorte | 95 |
| VARIABLE 2 | Número de especialistas médicos inscritos de la misma cohorte X 100 | 95 |
| INDICADOR | Eficiencia terminal de profesionales de la salud | 100 |
| VARIABLE 1 | Número de profesionales de la salud egresados de la misma cohorte con constancia de conclusión entregada por la institución | 95 |
| VARIABLE 2 | Número de profesionales de la salud inscritos de la misma cohorte X 100 | 95 |
| INDICADOR | Eficacia en la impartición de educación continua | 98.7 |
| VARIABLE 1 | Número de personal de la salud que recibió constancia de conclusión por la institución de programas de educación continua | 3800 |
| VARIABLE 2 | Número de personal de la salud inscrito a los mismos programas de educación continua X 100 | 3850 |
| INDICADOR | Nivel de satisfacción de posgrado en medicina. | 8.2 |
| VARIABLE 1 | Sumatoria de la calificación manifestada por los alumnos encuestados en el ciclo académico actual | 1400 |
| VARIABLE 2 | Total de alumnos encuestados del mismo ciclo académico | 170 |
| INDICADOR | Eficacia en la impartición de cursos de educación continua | 100 |
| VARIABLE 1 | Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo | 30 |
| VARIABLE 2 | Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100 | 30 |

13.3 Atención Médica

"Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"

| DEFINICION DEL INDICADOR | | Meta 2011 |
|--------------------------|---|--------------|
| INDICADOR | Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE | 99.6 |
| VARIABLE 1 | Egresos hospitalarios por mejoría en las entidades de la CCINSHAE | 7716 |
| VARIABLE 2 | Egresos hospitalarios totales en las instituciones coordinadas por la CCINSHAE x 100 | 7749 |
| INDICADOR | Promedio de consultas subsecuentes | 2.1 |
| VARIABLE 1 | Número de consultas subsecuentes | 154681 |
| VARIABLE 2 | Número de consultas de primera vez | 74255 |
| INDICADOR | Porcentaje de ocupación hospitalaria en camas censables | 80.0 |
| VARIABLE 1 | Días paciente durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica | 48348 |
| VARIABLE 2 | Días cama censables durante el mismo periodo en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica x 100 | 60435 |
| INDICADOR | Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos | 50.0 |
| VARIABLE 1 | Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica | 180 |
| VARIABLE 2 | Días cama de cuidados intensivos disponibles durante el mismo periodo en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica x 100 | 360 |
| INDICADOR | Promedio de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario | 0.7 |
| VARIABLE 1 | Número de exámenes de laboratorio realizados a pacientes egresados en el periodo | 5303 |
| VARIABLE 2 | Total de egresos hospitalarios realizados en el periodo | 7749 |
| INDICADOR | Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente | 2.9 |
| VARIABLE 1 | Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo | 890471 |
| VARIABLE 2 | Total de pacientes que recibieron rehabilitación en el mismo periodo | 307058 |
| INDICADOR | Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta por la institución | 79.7 |
| VARIABLE 1 | Número de casos nuevos aceptados como pacientes en el área de consulta externa en el periodo | 23676 |
| VARIABLE 2 | Número de pacientes a quienes se les otorgó preconsulta en el periodo X 100 | 29700 |
| INDICADOR | Porcentaje de ingresos hospitalarios programados | 74.6 |
| VARIABLE 1 | Número de ingresos hospitalarios programados en el periodo | 5784 |
| VARIABLE 2 | Número de ingresos hospitalarios en el mismo periodo X 100 | 7749 |
| INDICADOR | Porcentaje de estudios de laboratorio realizados | 100.0 |
| VARIABLE 1 | Número de estudios de laboratorio realizados en el periodo | 84456 |
| VARIABLE 2 | Número de estudios de laboratorio programados en el mismo periodo X 100 | 84456 |
| INDICADOR | Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas | 100.0 |
| VARIABLE 1 | Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo | 890471 |
| VARIABLE 2 | Número de sesiones de rehabilitación programadas en el mismo periodo X 100 | 890471 |

| INVESTIGACIÓN | |
|--|------|
| AÑO | 2011 |
| 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).

| ENSEÑANZA | |
|---|------------------------------|
| AÑO | 2011 |
| 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 (e) cifra estimada |
| 7) Cursos de Posgrado: | 2 |
| 8) Núm. autopsias: | NA |
| % Núm. de autopsias / Núm. de fallecimientos: | NA |
| 9) Participación extramuros | 220 (e) cifra estimada |
| 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 (e) cifra estimada |
| Asistentes a cursos de actualización / educación continua: | 7500 (e) cifra estimada |

| | |
|--|------------------------|
| 13) Cursos de capacitación: | 11 |
| 14) Sesiones interinstitucionales: | 4 |
| Asistentes a sesiones interinstitucionales | 132 (e) cifra estimada |
| 15) Sesiones por teleconferencia: | 38 (e) cifra estimada |
| 16) Congresos organizados: | 2 |

| ASISTENCIA | |
|---|-------------|
| AÑO | 2011 |
| 1) <i>Núm. de consultas otorgadas:</i> | 258636 |
| Núm. de preconsultas: | 29700 |
| Consultas subsecuentes: | 154681 |
| 2) <i>Urgencias:</i> | 12000 |
| 3) <i>Núm. de casos nuevos atendidos:</i> | 62255 |
| 4) <i>Total de médicos adscritos:</i> | 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) <i>Núm. de ingresos hospitalarios:</i> | 7749 |
| 6) <i>Total de egresos</i> | 7749 |
| Núm. de egresos hospitalarios por mejoría | 7716 |
| 7) <i>Núm. de cirugías:</i> | 12219 |
| Núm. de cirugías / Sala / Día: | 3.2 |
| Núm. de cirugías ambulatorias: | 3650 |
| Cirugías ambulatorias / Núm. de Cirugías: | 0.298 |
| 8) <i>Núm. de cirugías / Núm. de cirujanos:</i> | 172.09 |
| Diferimiento quirúrgico: | 0.0 |
| 9) <i>Tasa de Infecciones nosocomiales (número de pacientes con infecciones nosocomiales / Total de ingresos del hospital en el periodo):</i> | 2.5 |
| 10) <i>Porcentaje de ocupación hospitalaria:</i> | 79.1 |
| Promedio de días de estancia en hospitalización: | 5.7 |

| ASISTENCIA | |
|---|-------------|
| AÑO | 2011 |
| 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 |
| 14) Trabajo Social | |
| Núm. estudios socioeconómicos x trabajadora social | |
| Núm. de camas / Núm. de trabajadores sociales: | |
| Núm. de casos nuevos / Núm. de trabajadores sociales: | |
| 15) Farmacia | |
| % de abasto de medicamentos (Recetas surtidas/Total de recetas): | 93% |
| % Medicamentos Genéricos / Total Medicamentos: | 85% |
| % Medicamentos innovadores / Total medicamentos: | 15% |
| % de Medicamentos adquiridos por licitación: | 95% |
| % de Medicamentos Adquiridos por adjudicación directa: | 5% |
| 16) Núm. de estudios de imagen | 5908 |



| | |
|---|-------|
| (TAC, RM y PET) | |
| 17) Núm. de estudios de laboratorio: | 84456 |
| 18) Transfusiones de sangre y hemoderivados: | 2340 |
| 19) Núm. de estudios de laboratorio especializados: | 11000 |
| 20) Grupos de apoyo a pacientes constituidos (denominación de los grupos): 20.1 Voluntarias del INR A.C. 20.2 Sociedad Mexicana de la Distrofia Muscular A.C. | |
| 21) Premios, reconocimientos y distinciones | |

| ADMINISTRACIÓN | |
|--|-------------|
| AÑO | 2011 |
| 1) Presupuesto federal original | 1,068,802 |
| 1.1) Recursos propios original | 76,765 |
| 2) Presupuesto federal modificado | 1,068,802 |
| 2.1) Recursos propios modificado | 76,765 |
| 3) Presupuesto federal ejercido | |
| 3.1) Recursos propios ejercido | |
| 4) % del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios: | 60 |
| 4) % del Presupuesto a gastos de investigación: | 12 |
| Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación | 58,480 |
| 6) % de Presupuesto a gastos de enseñanza: | 3 |
| Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza | 17,624 |
| 7) % del Presupuesto a gastos de asistencia: | 42 |
| Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia | 214,467 |
| 8) Total de recursos de terceros | |
| Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS | |
| Recursos de origen externo: | |
| 9) Núm. de plazas laborales: | 2305 |
| Núm. de plazas ocupadas | 2261 |
| 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 |