# INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

## PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO

## DEL DIRECTOR GENERAL

## 2013

## DR. LUIS GUILLERMO IBARRA

**INDICE**

1. Presentación
2. Antecedentes históricos
3. Marco de referencia
    - Vinculación con las prioridades nacionales, sectoriales e institucionales
        - Pacto por México
        - Programa Quinquenal de la Dirección General del Instituto
4. Misión
5. Visión
6. Análisis estratégico
    - FODA

7. Propuesta de trabajo 2013

7.1 Investigación
- 7.1.1 Objetivos
- 7.1.2 Líneas de Acción
- 7.1.3 Metas

7.2 Enseñanza
- 7.2.1 Objetivos
- 7.2.2 Líneas de Acción
- 7.2.3 Metas

7.3 Atención Medica
- 7.3.1 Objetivos
- 7.3.2 Líneas de Acción
- 7.3.3 Metas

7.4 Administración
- 7.4.1 Objetivos
- 7.4.2 Líneas de Acción
- 7.4.3 Metas

## 1. Presentación

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

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

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

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

médicas, de cursos de alta especialidad y diplomados, así como la incorporación de la enseñanza de la rehabilitación en las escuelas de medicina de la UNAM y del IPN y de otras universidades. Así mismo se iniciaron las maestrías y doctorados en el propio instituto a través de la UNAM y del IPN.

En cuanto a la atención médica, ésta se ha consolidado como una de las mejores instituciones para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema músculoesquelético, así como en 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 a las acciones anteriores hubo una gran actividad en el área administrativa, integrando primero las distintas áreas de administración de los tres Institutos, unificando criterios de estructuras y procedimientos pero además generando una política de mejora de la calidad que condujo, en 2006, a la certificación por el Consejo de Salubridad General y luego a la certificación bajo la Norma ISO-9001:2008, 2009-2012 en forma integral en sus procesos sustantivos y de soporte: investigación, enseñanza, asistencia médica, y administración.

Hay que señalar que el programa de trabajo propuesto 2005-2010, fue sumamente ambicioso comprendiendo 8 estrategias y 56 líneas de acción, a todo lo cual se le dio cabal cumplimiento. Dentro de este programa de trabajo lo más difícil fue lo relativo a la construcción del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), lo cual significó un esfuerzo sostenido durante dos sexenios, ya que durante la presidencia del Lic. Vicente Fox Quezada, y siendo Secretario de Salud el Dr. Julio Frenk, se hizo la propuesta de este Centro, la cual, no fue cristalizada. Afortunadamente, durante la administración del 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, y posteriormente Coordinador de Asesores de la Secretaría de Salud.

El informe quinquenal dio cuenta cabal de las metas conseguidas durante 2005 al 2010, como un primer paso, 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 este programa de trabajo.

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

orgullo de nuestro país, sabiendo las dificultades que se enfrentan para sostener y mejorar lo conseguido.

Cabe señalar, que la planeación estratégica, planteó un cambio para este año, que permitirá cumplir con la misión y visión para crecer y consolidarse.

## 2. Antecedentes Históricos

**Desarrollo**

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

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

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

Siendo Secretario de Salud el Dr. Jesús Kumate Rodriguez, 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 facilitaría 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. Luis Guillermo Ibarra la presentación de un proyecto de fusión de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para crear un Instituto Nacional de Rehabilitación como organismo descentralizado, quedando de manifiesto en un oficio que a la letra dice:

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

Rehabilitación, como un organismo descentralizado, el cual absorbería las funciones de los Institutos aludidos".

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

Siendo Secretario de Salud el Dr. Juan Ramón De la Fuente, 1994-1999. Reinició la construcción en el año de 1996 y el 6 de agosto de 1997 creó el Centro Nacional de Rehabilitación como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, a través de la publicación en el Diario Oficial de la Federación de esa fecha, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con atribuciones relativas a la prestación de servicios de atención médica de alto nivel para la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades, así como para el desarrollo de investigación científica y tecnológica, y enseñanza en dichas materias, quedando abrogados los Decretos de creación de los tres Institutos anteriores. El Dr. De la Fuente nombró al Dr. Luis Guillermo Ibarra, Director General de esta nueva Institución.

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

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

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

A pesar de las limitaciones impuestas por las obras de terminación del Instituto, las cuales aún no estaban concluidas por falta de presupuesto específico, la productividad de la institución fue creciendo en todos las 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 período y conforme se estipula en el artículo 20 del Capitulo III de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se puede participar por un segundo período únicamente. Posterior a la convocatoria expedida el 13 de octubre de 2010, y con la participación de dos candidatos en la 2ª Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Instituto, celebrada el 26 de noviembre de 2010, se designó al Dr. Luis Guillermo Ibarra como Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación para el período 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-008-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) Ultima Reforma. D.O.F. 30-V-2012
Artículo 6.- A los Institutos Nacionales de Salud les corresponde:

I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo 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 sobre 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.

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 2013 *"Estrategia para enfrentar el problema social y de salud pública creciente mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y la atención médica de alta especialidad"* del Instituto, además de ser congruente con el objetivo señalado en el Estatuto Orgánico del INR, se encuentra

debidamente vinculado con el Pacto por México en su numeral 1.1. Seguridad Social Universal; Acceso Universal a los Servicios de Salud; compromisos 1 y 2; así como al de educación, salud, infraestructura y créditos para los habitantes de las comunidades indígenas como prioridad presupuestal; compromiso 35; y al Programa para dirigir el Instituto Nacional de Rehabilitación 2010-2015 .

**Vinculación Programática**

El siguiente paso de la democracia mexicana es la creación de una sociedad de derechos que logre la inclusión de todos los sectores sociales y reduzca los altos niveles de desigualdad que hoy existen entre las personas y entre las regiones de nuestro país.

Mediante este Pacto por México, los signatarios acuerdan que el gobierno realizará un conjunto de acciones administrativas y que las fuerza políticas pactantes impulsarán reformas legislativas, así como acciones políticas que amplíen la libertad y la gama de derechos exigibles y efectivos para todos los mexicanos.

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

### 1.1. Seguridad Social Universal

Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente:

• **Acceso universal a los servicios de salud**

Se aprecian los avances alcanzados en los últimos años en la materia, pero también se reconoce que todavía debe avanzarse mucho en la calidad y el alcance efectivo de los servicios de salud, particularmente para atender a millones personas que no cuentan con empleo formal y viven en las zonas de mayor marginación social y dispersión poblacional.

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos. **(Compromiso 1).**

Adicionalmente, ante el crecimiento de los males asociados a la obesidad, se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra. **(Compromiso 2).**

- **Educación, salud, infraestructura y créditos para los habitantes de las comunidades indígenas como prioridad presupuestal**

El injusto rezago en el ejercicio de derechos, así como en el acceso a instrumentos para el bienestar económico de la población indígena frente al resto de los mexicanos, obliga a que los indígenas y sus comunidades sean una prioridad de Estado y, por lo tanto, una prioridad presupuestal. Por ello, se incrementará sustancialmente los presupuestos para que la educación y la salud de calidad lleguen a la población indígena. De igual forma, se realizarán inversiones históricas en la infraestructura de sus comunidades y para facilitar su acceso al crédito. **(Compromiso 35).**

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

El Programa Quinquenal del Director General 2010-2015 del Instituto Nacional de Rehabilitación está 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 él 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.

Por lo que el Programa Anual de Trabajo 2013 del Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación, esta vinculado al Programa Quinquenal 2010 – 2015, en la consecución de sus 5 estrategias y 45 líneas de acción, todas ellas encaminadas a lograr las metas y dar seguimiento a los indicadores a través de un tablero de control semaforizado para corregir cualquier desviación que se detecte.

## 4. Misión

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

## 5. Visión

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

## 6. Análisis Estratégico

### FODA

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

### Análisis Interno

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

**Fortalezas**

- Investigadores con elevado potencial. incremento de investigadores con maestría y doctorado, así como pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI)

- Posicionamiento a nivel internacional, así lo demuestra el Programa de Cooperación con Centroamérica y el hecho de formar parte de la Sociedad Internacional de Centros Ortopédicos (ISOC), conformada por hospitales de

elevado prestigio en el mundo, la denominación como Centro Colaborador de la OMS/OPS y los convenios internacionales.

- Formación de recursos humanos altamente especializados para la atención médica integral de la discapacidad. Cuatro especialidades se encuentran en el padrón de postgrados de excelencia de CONACYT: Medicina de Rehabilitación, Audiología, Otoneurología y Foniatría, Ortopedia y Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, así como 25 cursos de alta especialidad y los programas de Maestría en Ciencias Médicas y de la Salud, del Instituto Politécnico Nacional y de la Universidad Nacional Autónoma de México. Además de los programas de licenciatura en Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje con alto prestigio.

- Profesorado altamente calificado, con una capacitación continua.

- Atención multidisciplinaria de enfermedades y lesiones potencialmente discapacitantes.

- Instalaciones quirúrgicas con tecnología de punta.

- Unidad médica certificada bajo la norma ISO 9001:2008, así como por el Consejo de Salubridad General.

- Cumplimiento de la normatividad.

**Debilidades**

- Deficiencias en el desarrollo de la capacitación de los investigadores, involucrando la asistencia de congresos y pasantías en el extranjero, dando como resultado la falta de estrategias de investigación integral orientada a la solución de problemas nacionales de medicina preventiva y de rehabilitación.

- Insuficiente vinculación del proceso enseñanza-aprendizaje con la investigación médica.

- Insuficientes espacios físicos para dar atención acorde a la creciente demanda de servicios.

- Insuficiencia de personal médico, paramédico y de apoyo

- Obsolescencia de equipo médico e informático.

- Insuficiente mantenimiento de equipo médico y de instrumental quirúrgico, así como deterioro del existente.

- Subutilización de quirófanos en turno vespertino.
- Áreas de trabajo dispersas con invasión de áreas médicas por áreas administrativas

**Análisis Externo**

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

**Oportunidades**

- Generación de una mayor cantidad de publicaciones científicas de calidad a mediano y largo plazos, gracias al equipamiento, el incremento en el financiamiento, tanto interno como externo, y la continua cualificación de los recursos humanos del Instituto.
- Incrementar la generación de patentes e impulsar proyectos público-privados.
- Mayores alianzas externas con:

  El Hospital Shriner´s, de Sacramento, California, y el Hospital Shriner´s de Galveston.

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

  Convenios con universidades nacionales como la UNAM, el IPN y demás instituciones de educación superior.
- Fortalecer la vinculación del proceso enseñanza-aprendizaje con la investigación médica.
- Dar atención acorde a la creciente demanda de servicios, mediante el establecimiento de unidades o centros periféricos y el desarrollo de un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Actualizar la tecnología médica e informática.
- Constituirse en centro de excelencia internacional
- Organizar un área administrativa modelo en la Administración Pública.

- Incrementar las fuentes de financiamiento externo (públicos y privados). Contratos con compañías de seguros.

**Amenazas**

- Fuga de investigadores; una política de sueldos y estímulos insuficientes y poco competitivos de los investigadores puede provocar fuga de cerebros.
- Baja productividad científica y pérdida de competitividad, derivada de un insuficiente aporte financiero federal para la investigación.
- Incumplimiento de metas por presupuesto insuficiente.
- Desactualización gerencial por no contar con programas de actualización pedagógica y de habilidades para mandos medios y superiores.
- Incremento de la demanda de atención.
- Falta de consolidación de los procesos de referencia y contra referencia a nivel nacional.
- Diferimiento de cirugías
- Obsolescencia de equipos e instalaciones por limitaciones presupuestales y falta de recursos

## 7. Propuesta de Trabajo 2013

### 7.1 Investigación

#### 7.1.1 Objetivo

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

Mantener la mejora continua en los procesos de investigación..

#### 7.1.2 Líneas de Acción

*a. Reingeniería*

Llevar a cabo la etapa 2 de reingeniería para la optimización de la organización con el propósito de mejorar la productividad y la calidad de los procesos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*f. Mejorar el Financiamiento para la Investigación Científica*

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

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

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

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

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

De manera ideal, en 2013 se buscará que un mayor número de investigadores del Instituto realicen estancias de investigación en diferentes laboratorios de diversos países, pero es necesario la planeación, programación y apoyo financiero para que este esfuerzo contribuya al desarrollo de los proyectos y líneas prioritarias de investigación. Se elaborará, en consecuencia, un proyecto de estancias en el extranjero para investigadores del INR con elevado potencial.

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

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

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

*j. Proyectos Prioritarios de Investigación*

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

Continuar apoyando los proyectos prioritarios de investigación relacionados con las discapacidades de mayor prevalencia e impacto en nuestro país

### 7.1.3 Metas

**Estimación de Metas Anuales 2011-2015**

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

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

**METAS 2013**

| | |
|---|---|
| Número de publicaciones por Investigador | 1.7 |
| Total de investigadores en el SNI | 30 |
| Total de plazas de investigador | 65 |
| Publicaciones totales | 110 |
| Becas PROBEI | 8 |
| Número de nuevos proyectos de investigación financiados con recursos de terceros | 4 |
| Número de nuevos protocolos de investigación revisados por la Comisión de Investigación | 57 |
| Asesorías brindadas por la Unidad de Apoyo Metodológico a la Investigación | 57 |

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

- Publicar 1.9 trabajos por investigador.
- Lograr que 50% de los investigadores ingresen al SIN.
- Contar con 60 investigadores en el SII.
- Incrementar el número de investigadores con maestría, doctorado y posdoctorado.
- Desarrollar el Laboratorio de Tejido Conjuntivo.
- Desarrollar el Laboratorio de Genética en Quemaduras.
- Poner en funcionamiento el Laboratorio de Biotecnología.
- Desarrollar el funcionamiento el Laboratorio de Infectología.
- Incrementar el financiamiento interno al 10% del PEF y externo del 50% para la investigación.
- IV Congreso Internacional de Investigación de Rehabilitación (11 al 15 de noviembre de 2013)

## 7.2 Enseñanza

### 7.2.1 Objetivos

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

Estableciendo las siguientes prioridades de enseñanza:

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

**Objetivos específicos:**

- Fortalecer los programas académicos de las licenciaturas, especialidades médicas, cursos de alta especialidad, diplomados, maestrías y doctorados mediante la supervisión y evaluación.

- Diseñar un programa de formación y actualización de instructores y gestores de educación continua.

- Establecer un programa para fortalecer el ingreso de médicos extranjeros a cursos de especialización y alta especialidad.

- Fortalecer el proceso de diplomación oportuna.

- Implementar el programa de educación a distancia.

- Consolidar la enseñanza de la discapacidad y la rehabilitación, en programas de licenciaturas en medicina en el Instituto Politécnico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México y otras instituciones de educación superior.

- Implementar programas académicos de discapacidad y rehabilitación, en licenciaturas afines al campo de la salud.

- Continuar con el programa de profesionalización de los egresados de la Escuela para Técnicos en Rehabilitación y otras instancias.

- Fortalecer y unificar el servicio social en el INR, impulsando la implementación del servicio social en investigación.

- Incrementar la rotación clínica de grupos de alto rendimiento académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- Fortalecer las alianzas Interinstitucionales, nacionales e internacionales.

- Implementar un sistema de internet inalámbrico que funcione dentro del CID, para brindar un mejor servicio a los usuarios del Centro.

- Promover la remodelación de áreas del CID, con la finalidad de hacerlo más funcional.

- Consolidar el programa de seguimiento de egresados.

- Consolidar las líneas de investigación educativa que promueva la productividad científica en educación médica, con impacto a nivel nacional e internacional.

- Consolidar el programa de profesionalización docente en educación médica a profesores.

### 7.2.2 Líneas de Acción

a. Reingeniería.

b. Mejora continua de los programas de enseñanza.

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

d. Incrementar la formación y capacitación del personal

e. Incrementar el número de residentes extranjeros eN especializaciones médicas y diplomados.

f. Desarrollar la enseñanza a distancia.

g. Certificación de los egresados por los Consejos de Especialidades Médicas.

h. Maestrías y Doctorados

i. Mejorar el Centro de Información Documental (CID).

j. Desarrollar el Centro Colaborador de la OPS/OMS en la formación y capacitación de recursos humanos.

**a. Reingeniería**

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

**Antecedentes**

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

**Situación actual**

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

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

La Subdirección de Pregrado está enfocada a las actividades de la Escuela Superior de Rehabilitación que cuenta con las licenciaturas de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje. Asimismo, lleva procesos de servicio social y prácticas profesionales en la disciplina del área de la salud no médicas. Reporta de manera directa a la Dirección de Enseñanza y a la Dirección Médica, quien ha sido también Directora de la Escuela Superior de Rehabilitación.

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

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

Como conclusiones del análisis de la actual estructura tenemos:

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

**Propuesta**

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

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

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

Con base en lo anterior, se propone que el tradicional nombre de la Dirección de Enseñanza cambie al de ***Dirección de Educación en Salud***, este último término

debido a que no es sólo la formación de médicos la que ocupa a la Dirección, sino también otras disciplinas del área de la salud. Al nombrar de esta forma a su Dirección, el INR, será pionero entre los Instituto Nacionales de Salud.

Para dar coherencia a los procesos y disminuir y hacer más lógico el tramo de control de la Dirección de Educación en Salud, se proponen tres subdirecciones.

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

- Pregrado Médico
- Especialidades Médicas y Alta Especialidad
- Desarrollo Profesional Continuo

Respecto a este último departamento el antiguo término de Educación Médica Continua (que denotaba sólo el desarrollo de actividades académicas aisladas) en algún momento fue cambiado por el de Formación Continua, sin embargo cayó en desuso al identificarse que la ***formación es un proceso educativo que tiene como propósito que los alumnos adquieran un perfil profesional previamente establecido*** y se logra a través de actividades educativas planeadas ex profeso (licenciaturas, maestría, doctorado, etc.). Es por ello que el concepto de ***Desarrollo Profesional Continuo (DPC)*** refleja el contexto más amplio en que se encuentra esta fase de la educación médica, e implica que, la responsabilidad de su práctica recae en la profesión y en el médico como individuo, quien tienen tres fuentes principales de motivación: la profesional para proveer óptima atención al paciente; la obligación de asumir las demandas de la sociedad y; la necesidad de mantener la satisfacción en su trabajo profesional .

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

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

- Formación de Licenciados en Terapia (Escuela Superior de Rehabilitación).
- Postgrado paramédicos (especialidades del área de la salud, no médica)
- Capacitación (desarrollo profesional continuo que incluya áreas no médicas o administrativas).
- Prácticas profesionales y servicio social.

La tercera subdirección se formaría de la fusión de la División de Difusión y Divulgación Científica y el Centro de Información Documental. **Subdirección de Divulgación Científica e Investigación Educativa, cuyo objetivo sería:** ***Difundir el conocimiento hacia grupos de especialistas a "pares" y divulgar el conocimiento científico,*** que no necesariamente es "analfabeta" o poco letrado, sino que han centrado sus intereses cognoscitivos en otras áreas. Los procesos que incluyen son el de diseño y elaboración de todos los impresos necesarios para difundir las actividades académicas, así mismo realizar esta difusión de manera electrónica. Continuar con la planeación, diseño y edición del Boletín Médico e Informativo del INR. Agregar la planeación, elaboración y edición de la Revista Médica del INR., así como continuar con el programa de formación docente a través de las Clínicas de Docencia.
Parece un tanto "forzado" integrar los procesos recién descritos con los servicios que otorga el Centro de Información Documental. Sin embargo, la creación del conocimiento, su divulgación, aplicación y transferencia establece una relación entre investigadores, editores y educadores que tiene como fin a la sociedad. ***El conocimiento médico se crea mediante la investigación, que busca solución a problemas; sus resultados se divulgan a través de las publicaciones y foros médicos y se aplican en la educación y en la atención de la sociedad como propuesta para mejorar el estado de salud.*** De ahí que, se proponga que el CID cambie de ***Centro de Información Documental*** a Centro de Investigación Documental lo que traduce que la información no sólo está disponible o guardada sino que de manera activa se satisface la necesidad de esa información a alumnos, maestros e investigadores.

Los departamentos son:

- Difusión
- Divulgación Científico (publicaciones periódicas)
- Investigación Documental.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 7.2.3 Metas

- Proporcionar 3 becas para estudios en el extranjero.
- Incorporar a la enseñanza 25 médicos extranjeros en especialidad, diplomados, cursos de alta especialidad y rotaciones.
- Desarrollar 3 cursos en línea
- Continuar la Certificación por los Consejos de Especialidades Médicas del 100% de los egresados.
- Capacitar al 100% de los médicos en medicina basada en evidencias.
- Incrementar la rotación al extranjero de médicos residentes del INR a 40.
- Capacitar al 100% los Jefes de Servicio, de División e Investigadores en Bases de Administración de Hospitales y Salud Pública.
- Capacitar a todo el personal directivo (Directores y Subdirectores) en Alta Dirección.
- Graduar al 100% de los residentes de especialidades médicas.
- Remodelar el Centro de Información Documental (CID).

- Incrementar al 90% el número de residentes que ingresan al programa de diplomación oportuna.

- Publicar 2 artículos de investigación educativa.

- Conservar y actualizar el proceso de enseñanza conforme a la Norma ISO-9001:2008 del Sistema de Gestión de Calidad.

- Participar y mejorar los procesos que deriven de la Certificación por el Consejo de Salubridad General.

## 7.3 Atención Médica

### 7.3.1 Objetivos

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

**Objetivos específicos**

- Planear y evaluar la productividad médico-quirúrgica y los servicios para presentar los avances y las desviaciones detectadas para implementar alternativas viables de solución.

- Coadyuvar en coordinación con otras áreas, en la solución de los asuntos y problemas del sistema de administración de personal, de recursos financieros y los de recursos materiales, en beneficio de la atención integral de los pacientes, entendiendo a ésta como rehabilitación integral que implica la reinserción del paciente a la sociedad, a la familia, al trabajo y/o a la escuela al final de su tratamiento.

- Mantener y elevar la calidad y seguridad de los servicios médico-quirúrgicos a través de un programa permanente de mejora continua que garantice el óptimo funcionamiento de los servicios en beneficio de las personas con discapacidad.

### 7.3.2 Líneas de Acción

a. Reingeniería
   - ~ Consulta Externa
   - ~ Audiología Pediátrica

- Procesos Centrales de la Audición

b. Actualizar los Criterios de Admisión y las Guías Clínicas
c. Consolidar el Centro Nacional de Investigación y de Atención de Quemados (CENIAQ)
d. Continuar el desarrollo del Centro Nacional de Medicina del Deporte.
e. Incrementar la vinculación con el Seguro Popular

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

f. Impulsar la universalización de los servicios de atención médica con el IMSS y con el ISSSTE.
g. Actualizar la tecnología para el diagnóstico y el tratamiento

- Equipamiento de Resonancia Magnética
- Equipamiento de Medicina de Rehabilitación
- Equipamiento de Audiología y término de la obra
- Equipamiento de Medicina del Deporte

h. Mejorar la calidad y seguridad del paciente.

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

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

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

i. Proyectos prioritarios de atención médica
   - Quemaduras
   - Epidemiología
   - Osteoartritis
   - Osteoporosis
   - Trauma musculoesqueletico

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

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

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

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

Asimismo, le corresponde la integración de los siguientes servicios:

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

k. Fortalecer las acciones de evaluación del desempeño

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

- ✓ Establecer índices de desempeño de médicos especialistas en medicina de rehabilitación, ortopedia, audiología, foniatría y patología del lenguaje, genética, reumatología otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, oftalmología, así como de medicina del deporte, radiología e imagen, neurología, psiquiatría, y otros.

- ✓ Establecer índices de desempeño de: terapistas físicos, terapistas ocupacionales, terapistas del lenguaje, psicólogos, trabajadoras sociales, ortesistas, protesistas, técnicos radiólogos, laboratoristas y personal administrativo de su área.

- ✓ Participación en el Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades.

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

- ✓ Incorporación de la cruzada por la calidad de los servicios de salud en su área de responsabilidad.

- ✓ Participación en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos para la provisión de órtesis, prótesis y ayudas técnicas para personas con discapacidad, anteriormente considerados en el Fideicomiso Fideprótesis.

- ✓ Consolidar modelos de atención de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y de Rehabilitación Basada en el Sistema de Salud (RBS).

- ✓ Participar en la formación de recursos humanos especializados para la rehabilitación, a nivel nacional e internacional.

- ✓ Participación en investigación orientada al desarrollo de nuevos conocimientos para la prevención y rehabilitación de discapacidades del aparato locomotor, audición, voz, del lenguaje, aprendizaje, cardiorrespiratorias y otras.

I. Tablero de control de proyectos

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

### 7.3.3 Metas

| Actividad | Número |
|---|---|
| ➢ Consultas 1ª vez | 21,238 |
| ➢ Consultas subsecuentes | 174,150 |
| ➢ Urgencias | 12,000 |
| ➢ Ingresos | 7,900 |
| ➢ Egresos | 7,900 |
| ➢ Cirugías | 11,085 |
| ➢ % de ocupación hospitalaria | 80% |
| ➢ Promedio días estancia | 5.5 |

## 7.4 Administración

### 7.4.1 Objetivos

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

**Objetivos por área**

- ❖ Subdirección de Planeación

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

- Subdirección de Recursos Humanos

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

- Subdirección de Recursos Financieros

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

- Subdirección de Compras y Suministros

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

- Subdirección de Servicios Generales

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

- Subdirección de Conservación y Mantenimiento

Coordinar y supervisar las actividades de conservación y mantenimiento, para garantizar la correcta, segura, eficiente y confiable operación del inmueble y equipos que lo conforman a fin de coadyuvar el logro de los objetivos del Instituto.

### 7.4.2 Líneas de Acción

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

1. Reducir la dispersión de las áreas administrativas

La estructura y los espacios administrativos no fueron considerados cabalmente en el proyecto arquitectónico original del Centro Nacional de Rehabilitación, derivado fundamentalmente de una falta de definición de la organización futura y menos aún como organismo público descentralizado. A lo anterior se sumó la resistencia al cambio por antiguas costumbres e intereses. Por esta razón las áreas de trabajo de las subdirecciones y departamentos administrativos se encuentran dispersas en todos

los edificios que comprende el Instituto, lo que dificulta los procesos eficientes y expeditos. Por lo anterior, deberá hacerse un esfuerzo para reducir al máximo la dispersión y favorecer el mejor desempeño administrativo, devolviendo además a las áreas sustantivas los espacios ocupados por la administración.

2. Trámites ágiles

En relación al pago de cualquier servicio, éste podrá realizarse por vía electrónica o en las sucursales de aquellos bancos que estén registrados en el Instituto, adicionalmente el servicio de cajas del INR atenderá los casos necesarios.

3. Capacitación del personal y automatización de los procesos administrativos

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

4. 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 objeto de que permanezcan actualizados, desarrollen con mayor eficiencia y efectividad sus funciones y contribuyan al mejor desempeño del Instituto.

5. 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.

6. 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 en el trabajo. Así mismo se desarrollarán en forma sistematizada actividades culturales que involucren a todo el personal.

7. Mantenimiento oportuno, eficaz e innovador

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

8. 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 estar preparadas para mantenerse al día, especialmente con tecnología de punta que incide en los procesos de diagnóstico, tratamiento e investigación de manera fundamental.

9. Información sensibilización, capacitación y monitoreo

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

10. Capacitación, apego y supervisión de la normatividad.

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

### 7.4.3 Metas

| Actividad | 2013 |
|---|---|
| Presupuesto federal modificado | $ 1’181,497* |
| Recursos propios modificado | $ 130,000* |
| % del presupuesto total destinado a capítulo 1000 | 68 % |
| % del presupuesto a gastos de investigación | 8% |
| % de presupuesto a gastos de enseñanza | 7% |
| % del presupuesto a gastos de asistencia | 70 % |
| Número de plazas laborales | 2,477 |
| % del personal administrativo | 7% |
| % del personal de áreas sustantivas | 87% |
| % del personal de apoyo (limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.) | 6% |

*Miles de pesos