

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL



**“SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA
NORMA ISO 9001:2008 PARA EL INSTITUTO SALVADOREÑO
DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI)”**

TOMO I

PRESENTADO POR:

**ELISA ALEJANDRINA AVALOS TURCIOS
KAREN GUISELA MANZANO RAUDA
NORMAN ALFONSO TUTILA RIOS**

PARA OPTAR AL TITULO DE:
INGENIERO INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL DE 2012

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR :

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

SECRETARIA GENERAL :

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA

DECANO :

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO :

ING. JULIO ALBERTO PORTILLO

ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

DIRECTOR :

ING. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Título :

**“SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA
NORMA ISO 9001:2008 PARA EL INSTITUTO
SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
(ISRI)”**

Presentado por :

**ELISA ALEJANDRINA AVALOS TURCIOS
KAREN GUISELA MANZANO RAUDA
NORMAN ALFONSO TUTILA RIOS**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docentes Directores :

**ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA
INGRA. JEANNETTE ELIZABETH SÁNCHEZ DE POCASANGRE**

San Salvador, Abril de 2012

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docentes Directores :

ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA

INGRA. JEANNETTE ELIZABETH SÁNCHEZ DE POCASANGRE

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a DIOS Todopoderoso por permitirme culminar con éxito esta etapa de mi vida, por darme fortaleza y sabiduría para superar los obstáculos y pruebas durante estos años en la universidad.

Agradezco A MIS PADRES: Rosa Imelda y Eugenio Avalos los cuales me han dado siempre su apoyo, amor y comprensión durante todos estos años, ustedes han sido mi ejemplo a seguir y mi motivación, gracias por enseñarme a luchar por lo que queremos, por estar conmigo en los momentos más difíciles, por alentarme a seguir adelante y principalmente por creer en mí y en todo lo que he logrado hasta ahora.

A MI HERMANO: Fabricio Alexander por escucharme, por sus consejos algunos atinados otros no tanto, por apoyarme en mis decisiones, por alentarme siempre a exigirme más de mi misma hasta lograr mis metas.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS: Karen Manzano por ser más que mi compañera de tesis, mi amiga gracias por tu apoyo en estos años de universidad, por el tiempo que pase en tu casa, noches interminables de mucho trabajo, porque juntas vivimos momentos de tristeza y desesperación pero otros de mucha alegría, y siempre logramos salir adelante con todo, superando las pruebas en nuestro camino. Gracias **Norman Tutila** por el esfuerzo y gran apoyo en el desarrollo de este trabajo que a pesar de las desventuras logramos concluir con éxito.

A MIS AMIGOS: Juan Ramón, David Orantes por el apoyo que nos brindaron en el desarrollo de la tesis, por su amistad sincera y su cariño, sin su ayuda hubiese sido más difícil este camino. A los amigos **ASEII** que a lo largo de la carrera tuve el privilegio de conocer y de los cuales me llevo muy gratos recuerdos.

A MI NOVIO: Eduardo Llanes porque la Universidad permitió que nuestros caminos se cruzaran, y me brindaras tu apoyo incondicional, tu comprensión en los momentos de dificultad, y principalmente por tu cariño.

AL ISRI: por permitirnos desarrollar nuestro trabajo de Graduación en una institución modelo de servicio y entrega a sus usuarios. Y un especial agradecimiento al Ing. Luís Navarrete y al Lic. Carlos Pineda por todos sus consejos y guías para el logro efectivo del presente trabajo.

A MIS ASESORES: Ing. Mayorga e Ingra. Pocasangre por sus consejos académicos y su experiencia hicieron posible que lográramos nuestra tan ansiada meta de obtener nuestro título de Ingenieros.

Elisa Alejandrina Avalos Turcios

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios por toda la sabiduría, fortaleza, paciencia y perseverancia que me permitió tener durante todo el recorrido de este largo camino, que con su luz logré finalizar exitosamente. A nuestra Madre María por su intersección y fe que me brindo en este caminar, a San Juan Bosco sin duda el Padre y Maestro de la Juventud quien intercedió por mí para brindarme la fuerza que necesitaba y así poder triunfar en cada lucha a la que me enfrentaba.

A mis padres por todo su apoyo incondicional en todo este proceso, por ser esos pilares que siempre me sostienen, por enseñarme que siempre hay que ir hacia adelante sin importar lo que pase, saber luchar por nuestros sueños y creer que somos capaces de lograrlos siempre que trabajemos por ellos. A mi ma Admira de Manzano, por estar siempre cuidando de mi, acompañándome en ese diario caminar, por apoyarme en mis decisiones y estar siempre en los momentos que la necesito. A mi pa por brindarme todo lo que necesitaba, por apoyarme en cada proyecto que emprendo y enseñarme que luchando es como ganamos. Pa y ma este triunfo es de ustedes!!!

A mis hermanos, quienes sin duda fueron grandes apoyos, con sus alegrías, distracciones, locuras y consejos que me supieron dar. A Henry por su apoyo en este camino, donde me enseñó los pasos que debía seguir para triunfar, por sus consejos y sus locuras dramáticas de siempre. A Oscar por siempre acompañarme cuando lo necesito, y mostrarme siempre su apoyo. A Ale por compartir conmigo tantas locuras, por realizar partes de mis responsabilidades para que yo pudiera trabajar en cosas de la U, por escucharme siempre y en especial por sus detalles de cariño. A Jesé por su alegría y cariño, y por sus abrazos que siempre me llenaban de su alegría.

A mis compañeros de tesis, Elisa mi amiga incondicional con quien siempre compartimos momentos imborrables, con los cuales aprendimos que la amistad nos hace más fuerte y nos permite triunfar. Gracias por siempre estar ahí y demostrarme tu apoyo, juntas logramos muchos éxitos y sé que este es el inicio de muchos de ellos. A Norman, por ser un buen compañero y amigo que con su esfuerzo y apoyo logramos este triunfo.

A mi novio y mejor amigo David Orantes por brindarme todo su cariño, amor y alegría, por estar siempre pendiente de mí, por comprenderme y alentarme para seguir siempre adelante, por apoyarme en cada prueba y recordarme que la

perseverancia nos permite triunfar. Por alegrarme siempre y ser un apoyo incondicional ¡¡Gracias por siempre estar conmigo!!

A mis amigos, Juan Ramón quien fue un gran apoyo en este proceso final, sin duda Dios te recompensara por todo lo que has hecho por mi, por darme siempre esos ánimos para echarle ganas y salir adelante, por estar siempre dispuesto cuando te necesitaba. ¡Gracias!. Los ASEII quienes me enseñaron que la amistad permite que logremos grandes metas, quienes con su apoyo y alegría permitieron disfrazar lo difícil y cansado que a veces resultaban las cosas, todos estábamos en las mismas, todos nos alentábamos de las experiencias de cada uno. Gracias por compartir buenos e inolvidables momentos.

Y sin olvidar a Lic. Carlos Pineda por ser mi amigo y asesor privado más que especial, quien siempre me ilumino y aconsejo para seguir adelante y salir con este proyecto. Gracias por todos los conocimientos compartidos.

Al ISRI por abrirnos las puertas y brindarnos su ayuda en este proceso. En especial al Ing. Luis Navarrete.

Y finalmente a mis asesores, los ingenieros Manuel Mayorga y Jeannette de Pocasangre, quienes nos guiaron siempre con paciencia y carisma, gracias por brindarnos sus consejos y compartir sus conocimientos los cuales nos permitieron alcanzar esta ansiada meta.

Gracias a todos!!! Siempre los llevaré en mi corazón!!!

Karen Guisela Manzano Rauda.

Agradecimientos

Como preámbulo a los agradecimientos, parte inseparable de los trabajos de graduación, es imprescindible reseñar el siguiente versículo bíblico, el cual es la base para el bosquejo de gratitud mostrado a continuación:

“Se alista al caballo para el día de la batalla, pero la victoria depende del Señor”. Proverbios 21: 31. Nueva Versión Internacional

Tomando en cuenta el versículo anterior, el agradecimiento principal es a Dios, siendo él, quien que nos permitió terminar este trabajo satisfactoriamente, fue él quien nos dio la fortaleza y todo lo necesario para poder finalizar la tesis, ya que, con mis compañeras de trabajo, preparamos todo lo necesario poniendo de todo nuestro esfuerzo, pero fue Dios quien nos dio la victoria en el trabajo de graduación, Gracias Señor, este trabajo es para darte la gloria, honra y honor siempre. Infinitas Gracias.

Las palabras de gratitud se describen de la siguiente manera:

A mi Mama y Papa: gracias por su apoyo incondicional, desde el inicio de la carrera de ingeniería industrial hasta la realización de este paso final, siempre serán ejemplo a seguir para mí, y sobre todo, son las personas de las que puedo estar orgulloso siempre, estaré agradecido eternamente con Dios por darme el privilegio de poder ser su hijo.

A mis compañeras de tesis Elisa Avalos y Karen Manzano: fue todo un reto poder realizar la tesis, pero el trabajo en equipo demostrado en este lapso de tiempo, y sobre todo el poder encajar en el mecanismo humano conformado de tres personas con el propósito de dar por finalizado el último eslabón de la carrera, se resume en estar agradecido, por la oportunidad de poder trabajar mano a mano con ustedes, porque avanzamos juntos en esta carrera compuesta de obstáculos, pero juntos logramos llegar a la meta.

A nuestros docentes directores: Ing. Manuel Mayorga e Ingra. Jeannette de Pocasangre:

Gracias por sus consejos, por su orientación en todo el desarrollo del trabajo de graduación, sobre todo por compartir su experiencia y conocimientos en el área de Calidad, fomentando el desarrollo en nosotros de la responsabilidad siempre en todo lo que realizáramos.

Al Ing. Luís Alonso Navarrete, Jefe de la Unidad Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI, a las Jefaturas del CAL y la Administración Superior: gracias por darnos la oportunidad de realizar el trabajo de graduación en la Institución, por apoyarnos en el desarrollo de este, sin olvidar que siempre se caracterizaron por la amabilidad y la atención amena brindada en el trato hacia nosotros, y a todas las demás personas que visitan el ISRI.

Al Lic. Carlos Pineda: Gracias por su apoyo y orientación incondicional, referente a la temática de Calidad, su ayuda siempre fue valiosa, cuando más lo necesitamos a lo largo de todo el desarrollo de la tesis, sin olvidar que siempre dispuso de su tiempo para compartirlo con nosotros ,con el afán de ayudarnos a lograr alcanzar esta meta.

A nuestras/os compañeras/os colegas: Alejandra Carranza, David Orantes y Juan Ramón Orellana: Gracias por su apoyo brindado para que pudiéramos llegar al final de esta carrera, por siempre ayudarnos de diversas formas las cuales variaban desde el préstamo de sus computadoras, impresoras, casas etc. Todo en aras de ayudarnos a poder culminar satisfactoriamente este trabajo de graduación, que gracias a su ayuda cumplimos el objetivo propuesto.

Norman Alfonso Tutila Rios

TOMO I:
SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD DEL ISRI

CONTENIDO:

INDICE DE TABLAS	xii
INDICE DE ESQUEMAS Y GRÁFICOS.....	xvii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS.....	3
2.1 GENERAL	3
2.2 ESPECÍFICOS.....	3
III. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN.....	5
3.1 IMPORTANCIA.....	5
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPITULO I: MARCO CONTEXTUAL.....	10
A. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	11
1. CALIDAD.....	11
1.1 Consideraciones Generales	11
1.2 Definición de Calidad.....	14
2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	15
2.1 Que son los Sistemas Gestión de Calidad.....	16
3. GENERALIDADES DE LA NORMA ISO 9001:2008.....	17
3.1 Antecedentes de ISO	17
3.2 Principios de gestión de calidad.....	18
3.3 Descripción de las normas ISO 9001:2008	21
3.3.1 La Familia de Normas ISO 9001:2008.....	22
3.3.2 Descripción de los apartados de la norma ISO 9001:2008	25
3.4 Enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de calidad.....	30
3.5 El ciclo PHVA y el enfoque basado en procesos.....	31
4. ANTECEDENTES DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD RELACIONADOS A INSTITUCIONES PÚBLICAS	34
4.1 CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.....	34
4.2 MINISTERIO DE HACIENDA.....	35
4.3 BANCO CENTRAL DE RESERVA	36
B. MARCO LEGAL	37
1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR.....	37
2. CÓDIGO DE SALUD	37
3. DECRETO N° 503: LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL	40
4. DECRETO LEGISLATIVO NO. 134.....	40
5. CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA	41
6. ANTEPROYECTO DE LEY DEL SISTEMA SALVADOREÑO PARA LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD.....	42

C. MARCO INSTITUCIONAL.....	44
1. ¿QUÉ ES EL ISRI?.....	44
2. FUNCIONES Y ROL A NIVEL NACIONAL.....	44
3. ANTECEDENTES DEL ISRI	44
3.1 EL PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO 2010-2014	44
3.2 CAMBIOS ORGANIZATIVOS DEL ISRI	46
4. HISTORIA DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI).....	56
4.1 COMO NACE EL ISRI:.....	56
4.2 Reforma de ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral	58
5. MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS Y VALORES INSTITUCIONALES	60
5.1 MISIÓN.....	60
5.2 VISIÓN.....	60
5.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES.....	60
5.4 VALORES INSTITUCIONALES.....	60
6. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL ISRI	61
6.1 ORGANIGRAMA DEL ISRI:	61
6.2 ORGANIZACIÓN DEL ISRI:.....	63
7. RECURSOS INSTITUCIONALES ISRI	65
7.1 ASIGNACIÓN DE RECURSOS	65
7.2 RECURSO HUMANO DEL ISRI:	67
7.3 GASTO PRESUPUESTARIO DEL ISRI:.....	67
8 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL ÁREA DE ADMISTRACIÓN SUPERIOR DEL ISRI 2011	69
9 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISRI 2011.....	71
9.1 Portafolio de servicios por Centro de Atención del ISRI 2011:.....	72
9.2 Número de atenciones brindadas por los Centro de Atención del ISRI 2011:.....	75
CAPITULO II:DIAGNOSTICO	76
A. METODOLOGÍA GENERAL.....	77
1. ESQUEMA DE METODOLOGÍA GENERAL	77
2. DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA GENERAL.....	78
2.1 Metodología de la Investigación.....	78
2.2 Pre-Diagnostico.....	78
2.3 Diagnostico	78
B. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	80
1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN	80
1.1 CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE INVESTIGACIÓN:.....	80
1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN A UTILIZAR EN EL ESTUDIO	85
1.2.1 INVESTIGACION DESCRIPTVA:	86
1.2.1.1 Etapas de la investigación descriptiva:	86
1.2.1.2 Recolección de datos de la investigación descriptiva:.....	86
1.2.1.3 Expresión de datos de la investigación descriptiva:	87

1.2.1.4	Tipos de investigación descriptiva:.....	87
1.2.2	CONSIDERACIÓN FINAL:.....	88
2.	METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	88
2.1	Metodología de recolección de datos para Pre-diagnostico.....	88
2.2	Metodología de recolección de datos para Diagnostico.....	89
C.	PRE-DIAGNOSTICO: SELECCIÓN DE CENTRO DE ATENCIÓN	91
1.	OBJETIVOS DEL PRE-DIAGNOSTICO.....	91
1.1	OBJETIVO GENERAL.....	91
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	91
2.	ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS TÉCNICOS PARA IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES CENTROS DE ATENCIÓN.....	91
2.1	Descripción general de Criterios Técnicos posibles a considerar.....	91
2.2	Selección de Criterios Técnicos a utilizar para seleccionar el Centro de Atención.....	92
2.2.1	Jurado de Opinión para la selección de criterios técnicos	92
3.	EVALUACION DE CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA.....	95
3.1	DESCRIPCION DE CRITERIOS TÉCNICOS SELECCIONADOS.....	95
3.1.1	Cantidad de Servicios Brindados:.....	95
3.1.2	Cantidad de Atenciones Brindadas en los diferentes Centros del ISRI:	96
3.1.3	Cantidad de gastos en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro:	96
3.2	CARACTERIZACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISRI	96
3.2.1	Cantidad de Servicios Brindados.....	97
3.2.2	Cantidad de Atenciones Brindadas en los diferentes Centros del ISRI:	98
3.2.3	Cantidad de gasto en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro.....	99
4.	SELECCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN QUE REPRESENTA MEJOR LOS SERVICIOS BRINDADOS POR EL ISRI.....	100
4.1	RESUMEN DE LAS PRIMERAS POSICIONES DE SEGÚN CRITERIOS:	100
4.1.1	Cantidad de Servicios Brindados.....	100
4.1.2	Cantidad de Atenciones Brindadas en los diferentes Centros del ISRI:	101
4.1.3	Cantidad de gasto en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro	101
4.2	PRIMERAS POSICIONES DE CENTROS DE ATENCIÓN POR ORDEN DE CRITERIOS:	101
4.3	SELECCIÓN DEL CENTRO DE ATENCION:	102
D.	INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	103
1.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	103
1.1	OBJETIVO GENERAL.....	103
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	103
2.	SITUACION ACTUAL DEL ISRI.....	103
2.1	SISTEMAS DE INFORMACION: SITUACIÓN ACTUAL	103
2.2	SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR	106
2.2.1	AUDITORÍA INTERNA:.....	106
2.2.1.1	Generalidades de la Auditoría Interna:	106
2.2.1.2	Procedimientos de Auditoría Interna:	107
2.2.1.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Auditoría Interna:	112

2.2.2	ASESORÍA JURÍDICA:	113
2.2.2.1	Generalidades de la Asesoría Jurídica:	113
2.2.2.2	Procedimientos de Asesoría Jurídica:	115
2.2.2.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Asesoría Jurídica:	129
2.2.3	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL:.....	131
2.2.3.1	Generalidades de la Planificación estratégica y desarrollo institucional:.....	131
2.2.3.2	Procedimientos de Planificación estratégica y desarrollo institucional:.....	132
2.2.3.3	Mapa de Procesos y procedimientos de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional:	159
2.2.4	RECURSOS HUMANOS.....	161
2.2.4.1	Generalidades de Recursos Humanos:	161
2.2.4.2	Procedimientos de Recursos Humanos:	162
2.2.4.3	Mapa de Procesos y procedimientos de Recursos Humanos:	171
2.2.5	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI).....	172
2.2.5.1	Generalidades de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional:	172
2.2.5.2	Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional: ...	172
2.2.5.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional:	184
2.2.6	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL (UFI).....	185
2.2.6.1	Generalidades de la Unidad Financiera Institucional	185
2.2.6.2	Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional:.....	186
2.2.6.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional:.....	199
2.2.7	COMUNICACIONES:	201
2.2.7.1	Generalidades de Comunicaciones:	201
2.2.7.2	Procedimientos de Comunicaciones:.....	201
2.2.7.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Comunicaciones:.....	207
2.2.8	CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES:.....	208
2.2.8.1	Generalidades de Control de Bienes Institucionales:.....	208
2.2.8.2	Procedimientos de Control de Bienes Institucionales:	208
2.2.8.3	Mapa de Procesos y procedimientos de Control de Bienes Institucionales:	219
2.2.9	SERVICIOS GENERALES.....	220
2.2.9.1	Generalidades de Servicios Generales:	220
2.2.9.2	Procedimientos de Servicios Generales:.....	220
2.2.9.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Servicios Generales:	239
2.2.10	ALMACÉN CENTRAL.....	241
2.2.10.1	Generalidades de Almacén Central:.....	241
2.2.10.2	Procedimientos de Almacén Central:	241
2.2.10.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Almacén Central:.....	245
2.3	SITUACIÓN ACTUAL DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL).....	246
2.3.1	ADMINISTRACIÓN DEL CAL	248
2.3.1.1	Generalidades de Administración del CAL:	248
2.3.1.2	Procedimientos de la Administración:	248

2.3.1.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Administración del CAL:.....	261
2.3.2	ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS MÉDICOS.....	263
2.3.2.1	Generalidades de Estadística y Documentos Médicos:.....	263
2.3.2.2	Procedimientos de Estadística y Documentos Médicos:	263
2.3.2.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de Estadística y Documentos médicos:	270
2.3.3	CONSULTA EXTERNA DEL CAL.....	271
2.3.3.1	Generalidades de Consulta Externa del CAL:	271
2.3.3.2	Procedimientos de Consulta Externa del CAL:.....	273
2.3.3.3	Mapas de Procesos y procedimientos de las Unidades de Consulta Externa del CAL	292
2.3.4	UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES -ULAM.....	297
2.3.4.1	Generalidades de ULAM:	297
2.3.4.2	Procedimientos de la ULAM:	297
2.3.4.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de la ULAM:	306
2.3.5	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA - OUT	307
2.3.5.1	Generalidades de OUT:	307
2.3.5.2	Procedimientos de la OUT:	313
2.3.5.3	Mapa de Procesos y Procedimientos de la UOT:	326
2.3.6	PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)	328
2.3.6.1	Análisis de problemática de la UOT:	328
2.3.6.1.1	Producción 2011 de la UOT:.....	329
2.3.6.1.2	Tiempo de producción Estándar.....	334
2.3.6.1.3	Tiempo de producción Real Utilizado	337
2.3.6.1.4	Resumen de Tiempos de producción:	341
2.3.6.1.5	Eficiencia del Tiempo de producción:	343
2.3.6.1.6	Análisis de resultados de la UOT:.....	344
2.4	MAPA DE PROCESO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.....	344
2.4.1	MAPA DE PROCESO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.....	346
3.	INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS DEL ISRI.....	347
3.1	INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS INTERNOS DEL ISRI.....	347
3.1.1	POBLACIÓN DE USUARIOS INTERNOS DEL ISRI.....	347
3.1.1.1	Población de usuarios internos DEL ISRI de la Administración Superior	347
3.1.1.2	Población de usuarios internos del Centro del Aparato Locomotor (CAL).....	347
3.1.2	DISEÑO DE INSTRUMENTOS: USUARIOS INTERNOS DEL ISRI	348
3.1.2.1	Diseño del Cuestionario basado en la Norma ISO 9001:2008: Administración Superior y Centro del Aparato Locomotor (CAL).....	348
3.1.2.1.1	Criterios para la elaboración del Cuestionario basado en la Norma ISO 9001:2008: Requisitos Considerados.....	348
3.1.2.1.2	Requisitos consideraciones para la elaboración de los cuestionarios: No Consultados	352

3.1.2.1.3	Justificación de exclusiones.....	352
3.1.2.1.4	Consideraciones para Diseño del cuestionario del Censo para verificar los requisitos de la Norma ISO 9001:2008	353
3.1.2.2	Instrumento para la Administración Superior.....	353
3.1.2.3	Instrumento para el Centro del Aparato Locomotor (CAL).....	353
3.2	INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL ISRI	354
3.2.1	DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE USUARIOS EXTERNOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL).....	354
3.2.2	DETERMINACIÓN DEL MARCO MUESTRAL.....	354
3.2.2.1	Determinación del tipo de muestreo:.....	354
3.2.2.2	Prueba Piloto	354
3.2.2.2.1	Encuesta para Prueba Piloto para Consulta Externa	355
3.2.2.2.2	Encuesta para Prueba Piloto para la Unidad de Ortopedia Técnica	355
3.2.2.2.3	Tabulación de Prueba Piloto	355
3.2.2.2.3.1	Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de consulta externa	355
3.2.2.2.3.2	Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de Unidad de Ortopedia Técnica	355
3.2.2.3	Determinación de p y q:.....	355
3.2.2.3.1	Determinación de p y q para Consulta Externa:	355
3.2.2.3.2	Determinación de p y q para la UOT:	356
3.2.2.4	Cálculo del tamaño de la muestra.....	356
3.2.2.4.1	Muestra de Consulta Externa y Terapias de Rehabilitación.....	357
3.2.2.4.2	Muestra de Unidad de Ortopedia Técnica	357
3.2.2.4.3	Muestra de ULAM.....	357
3.2.3	DISEÑO DE INSTRUMENTOS.....	358
3.2.3.1	Diseño del Cuestionario para Centro del Aparato Locomotor (CAL).....	358
3.2.3.2	Instrumento para el Consulta Externa y Servicios de Rehabilitación	358
3.2.3.3	Instrumento para la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).....	358
3.2.3.4	Instrumento para la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM)	358
E.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	359
1.	Análisis de la Información referente a la Norma ISO 9001:2008	359
A.	Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para la Administración Superior del ISRI.....	359
B.	Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para el Centro del Aparato Locomotor	366
2.	Análisis de la Información referente a la Satisfacción del cliente externo	378
2.1	Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa.....	378
2.2	Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM).....	378
2.3	Análisis de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica	378
2.4	VALIDACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO:.....	378

2.4.1	Comparación de resultados obtenidos en la investigación de campo versus estudio realizado por la Unidad de Planificación al Centro del Aparato Locomotor en el año 2009.....	378
F.	DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ISRI	383
1.	ANÁLISIS DE HALLAZGOS ENCONTRADOS EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS	383
1.1	CONSULTA EXTERNA Y TERAPIAS DE REHABILITACIÓN	384
1.2	UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES (ULAM)	385
1.3	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT).....	386
2.	PROPUESTA DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA EN LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)	387
3.	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001: 2008 EN EL ISRI	387
3.1	Tabla Resumen de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 del ISRI ..	387
3.2	Nivel de cumplimiento del ISRI con respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001.2008	390
	CAPITULO III: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	393
A.	PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	394
1.	DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD: MISIÓN, VISIÓN, VALORES INSTITUCIONALES, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	394
1.1	Metodología para el desarrollo de la Gestión Estratégica de la Calidad	394
1.1.1	Método Delphy	394
1.1.2	Desarrollo de la Gestión Estratégica de la Calidad	395
1.1.1	Cuestionario para la propuesta de Misión, Visión, Política de Calidad y Objetivos de Calidad y Análisis de resultados de la Gestión Estratégica de la Calidad	397
1.1.2	Propuesta de la Gestión Estratégica de la Calidad	398
1.1.2.1	REVISIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL ISRI	398
1.1.2.1.1	Misión del ISRI	398
1.1.2.1.2	Visión del ISRI	398
1.1.2.1.3	Valores del ISRI	399
1.1.2.2	DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.....	400
1.1.2.2.1	Propuestas de la Política de Calidad	400
1.1.2.2.2	Propuestas de los Objetivos de Calidad.....	400
2.	DETERMINACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN Y DEL COMITÉ DE CALIDAD.....	401
2.1	Propuesta de Perfiles de miembros integrantes del Comité de Calidad	404
2.1.1	Perfil del Representante de la Alta Dirección (Presidente del Comité).....	404
2.1.2	Perfil de Miembros del Comité de Calidad	405
2.2	Guía para la formación del Comité de Calidad.....	407
3.	Lineamientos de Integración de los Centros de Atención del ISRI en el Comité de Calidad	407
B.	DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	409

1. DEFINICIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	409
1.1. Identificación de los procedimientos para el SGC	409
1.1.1. Metodología para la evaluación de los procedimientos	409
1.1.2. Selección de los procedimientos necesarios para el SGC.....	422
1.1.3. Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.....	426
1.1.4. MEJORA EN LOS PROCESOS DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL CON EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	430
1.1.4.1 METODOLOGÍA DE MEJORA DE PROCESOS.....	433
1.1.4.1.1 Matriz de Valor Agregado.....	433
1.1.4.2 Análisis de las actividades a partir de la Matriz de Valor Agregado	434
1.1.4.2.1 Resultado de Análisis de las actividades a partir de la Matriz de Valor Agregado	454
1.1.4.2.1.1 Interpretación de Resultados	460
1.1.4.2.1.2 Consideraciones Finales del Análisis de Valor Agregado	461
2. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	463
2.1 Esquema del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001: 2008	464
2.1.1 Interpretación del Esquema de Conceptualización del Diseño:.....	465
3. Diseño de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad	473
3.1 Estructura de la documentación	473
3.1.1 Guía para la Elaboración de Documentos del Sistema	478
3.1.2 Listado maestro de documentos	478
3.2 Documentos del Sistema de Gestión de Calidad.....	490
3.2.1 MANUAL DE ORGANIZACIÓN	490
3.2.2 MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS	490
3.2.3 MANUAL DE CALIDAD	490
3.2.4 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	490
3.3 Plan de Acción para los Objetivos de Calidad.....	491
3.4 Plan de mejora del Sistema de Gestión de Calidad.....	494
3.4.1 Indicadores de evaluación del Sistema de Gestión de Calidad.....	496
3.4.1.1 Guía de Indicadores del Sistema Gestión de Calidad	496
CAPITULO IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	497
A. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	498
1. GENERALIDADES.....	498
1.1. Metodología para desarrollar el SGC	499
2. DESGLOSE ANALÍTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	500
2.1. Descripción de los Paquetes de Trabajo	500
2.1.1. Subsistema: Papel de Alta Dirección del ISRI.....	500
2.1.2. Subsistema: Capacitación	502
2.1.3. Subsistema: Medición, Análisis y Mejora	506
3. PERFIL DEL CONSULTOR EN LA SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	508

4. DURACIÓN DEL PROYECTO.....	509
4.1. Diagrama PERT.....	511
4.2. Cronograma de Actividades.....	513
5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PROPUESTA PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	514
6. LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL SGC.....	522
CAPITULO V: EVALUACIONES DEL PROYECTO	525
A. EVALUACIÓN DE CALIDAD.....	526
1.Estimación del Nivel de Cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.	526
2.Resumen general comparativo del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI	537
3.REDUCCIÓN DE LA BRECHA CON EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ISRI BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008.....	540
B. EVALUACIÓN EN BASE A LOS REQUISITOS DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD..	541
C. EVALUACIÓN ECONÓMICA.....	542
1. INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO.....	543
1.1 Costos del Diseño del Sistema	543
1.1.1 Costo de Diseño del sistema	543
1.1.2 Costo de Documentación del Sistema	544
1.1.3 Costo Total del Diseño del Sistema.....	544
1.2 Costos de Implementación del Proyecto	545
1.2.1 Costos de Equipamiento	545
1.2.2 Costo de Capacitaciones.....	545
1.2.3 Costo de Mano de Obra por capacitaciones y preparaciones.....	546
1.2.4 Costo Total de Implementación.....	548
1.3 Costos de Operación del Proyecto.....	548
1.3.1 Costo de Operación por el Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación	548
1.3.2 Costo de Operación por la Gestión del Sistema por el Comité de Calidad.....	549
1.3.3 Total de Costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad.....	549
1.4 Costos del Proyecto	550
2. LA TASA MÍNIMA ACEPTABLE DE RENDIMIENTO (TMAR)	550
3. BENEFICIO ECONÓMICO	551
3.1 Escenario 1: Sin Política de Gratuidad para los servicios.....	554
3.1.1 EL VALOR ACTUAL NETO (VAN).....	557
3.1.2 LA TASA INTERNA DE RETORNO (TIR)	559
3.1.3 ÍNDICE DE RENTABILIDAD (IR)	560
3.1.4 RESUMEN DE INDICADORES DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA	561
3.2 Escenario 2: Relación Costo- Costo	561
4. FUENTES DE FINANCIAMIENTO	562

4.1 Fondos propios	562
4.2 Donaciones	563
4.3 Conclusión de las Fuentes de financiamiento	564
D. EVALUACIÓN SOCIAL- ECONÓMICA	565
1. IMPACTO ORGANIZACIONAL	565
2. IMPACTO EN LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	566
3. IMPACTO SOCIAL-ECONOMICO	567
IV. CONCLUSIONES	568
V. RECOMENDACIONES	570
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	571
VII.GLOSARIO TÉCNICO	572
VIII.ANEXOS	578
ANEXO 1: REGISTRO Y DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CLIENTES EXTERNOS DE LAS UNIDADES DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR.....	578
1. CONSULTA EXTERNA Y TERAPIA DE REHABILITACIÓN	578
2. UNIDAD DE ORTOPIEDIA TÉCNICA (UOT).....	578
3. UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULAR (ULAM)	579
ANEXO 2: TABLA DE VALORES PARA CÁLCULO DE MUESTRAS DE PARA ENCUESTAS DE CLIENTES EXTERNOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR.	579
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE DIAGNOSTICO: CENSO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001.2008.....	581
ANEXO 4: CUESTIONARIO DIAGNOSTICO ACERCA DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001.2008.....	588
ANEXO 5: ENCUESTA DE PRUEBA PILOTO PARA CONSULTA EXTERNA	600
ANEXO 6: ENCUESTA DE PRUEBA PILOTO PARA LA UOT.....	601
ANEXO 7: Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de consulta externa: Prueba Piloto	602
ANEXO 8: Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de Unidad de Ortopedia Técnica: Prueba Piloto.....	603
ANEXO 9: Instrumento para el Consulta Externa y Servicios de Rehabilitación.....	604
ANEXO 10: Instrumento para la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).....	611
ANEXO 11: Instrumento para la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM).....	615
ANEXO 12: Análisis de la Información referente a la Satisfacción del cliente externo.....	621
A. Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa.....	621
B. Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM).....	632
C. Análisis de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica	641
ANEXO 13: PROPUESTA DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA EN LA UNIDAD DE ORTOPIEDIA TÉCNICA (UOT)	646
1.1 Análisis de la propuesta de solución:	646
1.1.1 PROPUESTA DE SOLUCIÓN ALTERNATIVA A:.....	646

1.1.2	PROPUESTA DE SOLUCIÓN ALTERNATIVA B:.....	648
1.2	Selección de Alternativa de Solución:	650
ANEXO 14:	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001: 2008 EN EL ISRI	651
1.	Tabla de Cumplimiento de requisitos basada en el Cuestionario ISO 9001:2008 para la Administración Superior.....	651
2.	Tabla de cumplimiento de requisitos, basada en el Cuestionario ISO 9001:2008 para el Centro del Aparato Locomotor	653
2.1	Tabla de Exclusiones de Requisitos en Cuestionarios ISO 9001:2008	657
ANEXO 15:	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008.....	668
ANEXO 16:	670
1.1	CUESTIONARIO PARA LA PROPUESTA DE MISIÓN, VISIÓN, POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD.....	670
1.2	Análisis de resultados de la Gestión Estratégica de la Calidad	672
ANEXO 17:	Objetivos de Calidad del ISRI.	677
ANEXO 18:	Valores para los Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.	679
1.	Valores para el Indicador de Eficiencia, Cumplimiento de la Producción y Cumplimiento de Atenciones	679
2.	Valores para el Indicador de Cumplimiento de la Producción.....	688
3.	Valores para el Indicador de Cumplimiento de Atenciones.....	689
5.	Valores para el Indicador de Productos Defectuosos	691
6.	Valores para el Indicador de Producto No Conforme	691
7.	Valores para el Indicador de Número de Quejas	692
8.	Valores para el Indicador de Satisfacción del Cliente	692
ANEXO 19:	PLAN DE ACCIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD DEL ISRI.....	693
ANEXO 20:	REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	693

INDICE DE TABLAS

CAPITULO I:MARCO CONTEXTUAL.....	10
Tabla 1: Apartados de la Norma ISO 9001:2008.....	25
Tabla 2: CAMBIOS ORGANIZATIVOS REALIZADOS EN EL ISRI:.....	49
Tabla 3: Empleados por Centro de Atención del ISRI	50
Tabla 4: Datos Demográficos de Usuarios por Centro de Atención del ISRI	51
Tabla 5: Niveles de Organización del ISRI	63
Tabla 6: Cantidad de Empleados por Dependencia del ISRI	67
Tabla 7: GASTO EN REMUNERACIONES Y GASTO EN BIENES DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN UNIDAD ORGANIZATIVA, JUNIO 2009 – MAYO 2010	68
Tabla 8: Programas de Servicios de los Centros de Atención del ISRI.....	71
Tabla 9: Portafolio de Servicios de los Centros de Atención del ISRI	72
Tabla 10: NÚMERO DE ATENCIONES BRINDADAS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, SEGÚN CENTRO DE ATENCIÓN DEL ISRI, JUNIO 2009 - MAYO 2010.....	75
Tabla 11: NÚMERO DE ATENCIONES BRINDADAS EN LOS PROGRAMAS MÉDICOS, SEGÚN CENTRO DE ATENCIÓN DEL ISRI, JUNIO 2009 - MAYO 2010	75
Tabla 12: NÚMERO DE ATENCIONES BRINDADAS EN LOS PROGRAMAS DE APOYO, SEGÚN CENTRO DE ATENCIÓN DEL ISRI, JUNIO 2009 - MAYO 2010	75
CAPITULO II:DIAGNOSTICO	76
Tabla 1: Metodología de recolección de datos para Pre-diagnostico	89
Tabla 2: Metodología de recolección de datos para diagnostico	90
Tabla 3: Criterios Técnicos Preliminares	93
Tabla 4: Resumen de factores y calificación para cada criterio	93
Tabla 5: PARTICIPANTES DEL JURADO DE OPINIÓN.....	93
Tabla 6: Formato de Registro para el Jurado de Opinión.....	94
Tabla 7: Resultados de la Aplicación de la Técnica Jurado de Opinión.....	95
Tabla 8: Criterios base para la selección del Centro de Atención representativo.....	95
Tabla 9: Servicios Brindados por cada Centro de Atención	97
Tabla 10: Cantidad de Atenciones Brindadas por cada Centro de Atención	98
Tabla 11: Gastos realizados por cada Centro de Atención	99
Tabla 12: Cantidad de Servicios Brindados por cada Centro de Atención con mayores valores	100
Tabla 13: Cantidad de Atenciones Brindadas por cada Centro de Atención con mayores valores	101
Tabla 14: Gastos realizados por cada Centro de Atención con mayores valores	101
Tabla 15: Primeras posiciones de los Centro de Atención.....	101
Tabla 16: Resumen de Hallazgos de Centro de Atención Seleccionado	102
Tabla 17: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad Auditoría Interna	112
Tabla 18: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Asesoría Jurídica	129

Tabla 19: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	159
Tabla 20: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Recursos Humanos	171
Tabla 21: La Modalidad Libre Gestión por Orden de Compra	172
Tabla 22: La Modalidad Libre Gestión por Contrato	173
Tabla 23: La Modalidad de Licitaciones	173
Tabla 24: La Modalidad Licitación: contratación Directa	173
Tabla 25: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI).....	184
Tabla 26: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional (UFI)	199
Tabla 27: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Comunicaciones	207
Tabla 28: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Control de Bienes Institucionales	219
Tabla 29: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Servicios Generales.....	239
Tabla 30: Códigos de Procesos y Procedimientos de Almacén Central	245
Tabla 31: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Administración del CAL	261
Tabla 32: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Estadísticas y Documentos del CAL	270
Tabla 33: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Consulta Externa, Servicios Médicos y De Apoyo del CAL.....	292
Tabla 34: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Psicología del CAL	293
Tabla 35: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Trabajo Social del CAL	294
Tabla 36: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Imagenología del CAL	295
Tabla 37: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Terapias de Servicios de Rehabilitación del CAL.....	296
Tabla 38: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM) del CAL	306
Tabla 39: Códigos y Descripción de los Productos fabricados por la UOT.....	308
Tabla 40: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL	326
Tabla 41: Actividades realizadas a la semana en la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL ..	328
Tabla 42: Tiempos de producción de actividades por días a la semana	329
Tabla 43: Meta de Producción Anual de la UOT	329
Tabla 44: Producción de la UOT por línea de Productos Ortopédico	329
Tabla 45: Producción de la UOT de Productos Ortopédico de Enero a Julio 2011.....	330
Tabla 46: Resumen de Producción de la UOT de Productos Ortopédico de Enero a Julio 2011	334
Tabla 47: Tiempos de Producción estándar de la UOT por Productos Ortopédico	334
Tabla 48: Promedio de Tiempos de Producción utilizado en la UOT por Productos Ortopédico ...	337
Tabla 49: Resumen de tiempos de producción	341
Tabla 50: Clasificación de procesos	345

Tabla 51: Requisitos de la Norma ISO 9001: 2008	348
Tabla 52: Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 no considerados en los Cuestionarios	352
Tabla 53: Exclusiones de Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 en los Cuestionarios.....	352
Tabla 54: Población Promedio de usuario en las áreas del CAL.....	354
Tabla 55: Población a encuestar para prueba piloto en las áreas del CAL	355
Tabla 56: Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para la Administración Superior del ISRI.....	359
Tabla 57: Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para el Centro del Aparato Locomotor (CAL) del ISRI	366
Tabla 58: Validación de Resultados de investigación de campo versus estudio de satisfacción de usuarios 2009 del ISRI	378
Tabla 59: Análisis de Hallazgos de las encuestas de satisfacción de usuario de Consulta Externa y Terapias De Rehabilitación	384
Tabla 60: Análisis de Hallazgos de las encuestas de satisfacción de usuario de la Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM).....	385
Tabla 61: Análisis de Hallazgos de las encuestas de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT)	386
Tabla 62: Resumen de calificación de requisitos de la Norma ISO 9001:2008	387
Tabla 63: Determinación de Brecha de la Situación Actual del ISRI en base a requisitos de la Norma ISO 9001:2008.....	390
Tabla 64: Validación de puntos de la problemática de la Situación Actual del ISRI	392
CAPITULO III: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	393
Tabla 1: Valores de ponderación para evaluación	415
Tabla 2: Ponderaciones de procedimientos por Unidad Organizativa.....	417
Tabla 3: Procedimientos seleccionados por Unidad Organizativa.....	422
Tabla 4: Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	427
Tabla 5: Brecha de la Situación Actual del ISRI en base a requisitos de la Norma ISO 9001:2008	431
Tabla 6: Tabla de Valor Agregado.....	433
Tabla 7: Cantidad de Actividades Agregadas y Eliminadas de los procedimientos evaluados para mejora	435
Tabla 8: Análisis de Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Actual	437
Tabla 9: Análisis de Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Propuesta	451
Tabla 10: Actividades según Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Actual	454
Tabla 11: Actividades según Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Propuesta	455
Tabla 12: Cantidad de Actividades de los procedimientos evaluados para mejora.....	456
Tabla 13: Soluciones de Mejora Diseñadas	461
Tabla 14: Conceptualización del Diseño por Requisito de la Norma ISO 9001:2008	466
Tabla 15: Contenido de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad a diseñar.....	474

Tabla 16: Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI	474
Tabla 17: Listado Maestro de Documentos.....	480
Tabla 18: Plan de acción para alcanzar los objetivos	492
CAPITULO IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	497
Tabla 1: Actividades del paquete Compromiso de implementación	501
Tabla 2: Actividades del paquete Gestión de los Servicios de Capacitación ISO 9001:2008	501
Tabla 3: Actividades del paquete Designación de representante de la Alta dirección y Comité de Calidad.....	502
Tabla 4: Actividades del paquete Distribución de la documentación.....	502
Tabla 5: Actividades del paquete Informar sobre la implementación a todo el personal	503
Tabla 6: Actividades del paquete Taller de los requisitos de la ISO 9001:2008	504
Tabla 7: Actividades del paquete Capacitación del Equipo Auditor.....	505
Tabla 8: Actividades del paquete Realización de Auditoria del Sistema de Calidad	507
Tabla 9: Actividades del paquete Realización de Auditoria del Sistema de Calidad	507
Tabla 10: Actividades del paquete Revisión de Resultados de Auditoria del Sistema de Calidad... ..	507
Tabla 11: Actividades del paquete Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas.....	508
Tabla 12: Actividades de la Implementación del SGC para el ISRI	509
Tabla 13: Actividades y sus relaciones en la Implementación del SGC para el ISRI	510
CAPITULO V: EVALUACIONES DEL PROYECTO	525
Tabla 1: Cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 evaluados con los Cuestionarios que han sufrido cambios con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	527
Tabla 2: Cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 que forman parte de las exclusiones de los Cuestionarios que han sufrido cambios con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	531
Tabla 3: Resumen General comparativo del cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	537
Tabla 4: Resumen del cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 del ISRI actualmente con su brecha y con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	540
Tabla 5: Tabla de Costos del Diseño	544
Tabla 6: Costo de Documentación del Sistema	544
Tabla 7: Costo Total del Diseño del Sistema	545
Tabla 8: Costo de Equipamiento.....	545
Tabla 9: Costo de Capacitación por Consultoría	546
Tabla 10: Costo de Capacitación de la Alta dirección y Jefaturas	546
Tabla 11: Costo de Capacitación del Personal en General del ISRI	547
Tabla 12: Costo de Capacitación del Comité de Calidad como Equipo Auditor	547
Tabla 13: Costo del Comité de Calidad por Auditorias al Sistema	547
Tabla 14: Resumen de Costo del Comité de Mano de Obra por capacitaciones y preparaciones	548
Tabla 15: Costo Total del Proyecto.....	548

Tabla 16: Costo de Utilización del Sistema.....	549
Tabla 17: Costo de Operación de los miembros del Comité de Calidad	549
Tabla 18: Costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad	549
Tabla 19: Costo del Proyecto del Sistema de Gestión de Calidad	550
Tabla 20: Nivel de Eficiencia en los Servicios de Rehabilitación del CAL.....	552
Tabla 21: Beneficio por Atenciones brindadas	555
Tabla 22: Beneficio esperado por implementación del Sistema de Gestión de Calidad.....	557
Tabla 23: Flujos de efectivo del proyecto: Beneficio Total	558
Tabla 24: Flujos de efectivo del proyecto y Valor Presente	558
Tabla 25: Flujos de Efectivo y Cálculo del TIR	560
Tabla 26: Resumen de Indicadores de la Evaluación Económica.....	561
Tabla 27: Relación Costo-Costo	562
Tabla 28: Actividades para financiamiento de proyecto MH	563
Tabla 29: Actividades para financiamiento de proyecto por otras organizaciones.....	564
Tabla 30: Comparativa de la Eficiencia y atenciones realizadas con el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008	566
Tabla 31: Costo por atenciones realizadas con el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008.....	567

INDICE DE ESQUEMAS Y GRÁFICOS

CAPITULO I:MARCO CONTEXTUAL.....	10
Esquema 1: Esquema de proceso	30
Esquema 2: Modelo de un Sistema de Gestión basado en el Enfoque por procesos.....	31
Esquema 3: Ciclo PHVA	32
Esquema 4: estructura de la Documentación del Sistema de Calidad	33
Esquema 5: Organigrama ISRI 2001	47
Esquema 6: Organigrama ISRI 2011.....	48
Grafica 1: Aspectos que incluyen en la satisfacción de los Usuarios	55
Esquema 7: ORGANIGRAMA DEL ISRI 2011	62
Esquema 8: Asignación de recursos al ISRI.....	66
Grafico 2: Gasto Según Unidad Organizativa del ISRI	69
CAPITULO II:DIAGNOSTICO	76
Esquema 1: Metodología General	77
Esquema 2: Organigrama del CAL.....	247
CAPITULO III: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	393
Esquema 1. Metodología Delphy.....	397
Esquema 2: Esquema de la Propuesta de Formación del Comité de Calidad	403
Esquema 3: Metodología de Análisis de Actividades en base a Matriz de Valor Agregado ...	434
Esquema 4: Jerarquía de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008	473
Esquema 5: Metodología del Plan de Mejora.....	495
CAPITULO IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	497
Esquema 1: Estructura Analítica del Plan de Implementación.....	499
Esquema 2: Desglose Analítico del Sistema de Gestión de Calidad.....	500
Esquema 3: Subsistema Papel de la Alta Dirección del ISRI	501
Esquema 4: Subsistema Capacitación.....	503
Esquema 5: Subsistema Medición, Análisis y Mejora	506
Esquema 6: Diagrama PERT del Proyecto SGC para el ISRI.....	512
Esquema 7: Cronograma de Actividades del Proyecto SGC para el ISRI	513
Esquema 8: Estructura organizativa para la implementación.....	514

I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), es la única institución gubernamental que se encarga de proveer servicios de rehabilitación integral a personas con capacidades especiales, participar en la prevención y detección temprana de las facultades especiales, asistencia a los adultos mayores con la participación activa del usuario, familias y la comunidad. Con el objetivo de proporcionarles las herramientas necesarias para que sean y se sientan útiles a la sociedad, ayudándoles con esto a desarrollar sus habilidades y actividades que realizan en su vida cotidiana. Además con esto se promueve la inserción de las personas con facultades especiales, que pueden ingresar al mercado laboral y llegar a ser independientes económicamente.

Considerando el papel tan importante que desempeña el ISRI ante la sociedad se hace necesario lograr el cumplimiento de las expectativas y necesidades que presentan los usuarios de dichos servicios, lo cual se puede lograr a través de un Sistema de Gestión de Calidad que coordine y dirija los esfuerzos de la institución para proporcionar servicios de Calidad. Sumado a lo anterior, se considera la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública creada y aprobada en el 2008, además las propuestas de modernización del actual gobierno que apuntan hacia que todas las instituciones públicas brinden servicios de calidad para la población, nace la oportunidad de realizar un Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001; 2008 para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI).

Para realizar el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, se hace necesario determinar qué nivel de cumplimiento posee el ISRI en cuanto a sus procedimientos de trabajo en relación a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, para lo cual se desarrolla un Diagnóstico de la Situación Actual de la Institución, que abarca las 10 unidades de la Administración Superior y Centro de Atención más representativo, siendo este el Centro del Aparato Locomotor. En esta etapa se muestran los diferentes procesos y procedimientos con los cuales se trabajan, así como también los resultados de los censos de los requisitos de la norma realizados a las diferentes Jefaturas de la Administración Superior y Centro del Aparato Locomotor, lo que permite identificar el nivel de 67% de cumplimiento de los requisitos conforme la Norma ISO 9001:2008, determinando la existencia de una brecha del 33% para cumplir en totalidad con lo que estipula la Norma. Con la terminación de la Etapa de Diagnóstico se obtuvo como principal resultado la Conceptualización del Diseño en la cual se identifican los procesos que deben mejorarse o crearse para la etapa posterior que es el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad.

En la etapa del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad se retoma información valiosa determinada en la etapa de Diagnostico para establecer el alcance del sistema, para lo que se realiza una priorización de todos los procedimientos identificados en la etapa de Diagnóstico, considerando para el Diseño la inclusión de 96 procedimientos dada su importancia y relación directa en la prestación de los servicios de rehabilitación además de la creación de 11

procedimientos de calidad necesarios y en congruencia con lo que establecen los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y que fueron identificados con bajo cumplimiento en el Diagnóstico. También se hace necesaria la creación de una serie de manuales y guías en donde se documentarán los procesos y procedimientos, para el uso y consulta del personal del ISRI.

Finalizando con el plan de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, como en todo proyecto es muy importante desglosar y enlistar todos los recursos necesarios para la correcta ejecución del mismo. En la implementación del SGC en el ISRI se considera lo siguiente: el papel que realizará la Alta Dirección del ISRI en la Implementación, así como el desarrollo de una serie de capacitaciones con el objetivo de proporcionar los conocimientos necesarios sobre el SGC y los beneficios que traerá a la institución, para que el personal contribuya positivamente en la etapa de implementación y adopte los nuevos lineamientos de trabajo propuestos en la Etapa de Diseño evitando así que exista una posible resistencia al cambio. También se considera el subsistema Análisis, Medición y Mejora en el cual se establece el desarrollo de una prueba piloto del SGC, con el objetivo de identificar como se ejecuta el funcionamiento del mismo, posteriormente se realizará una auditoria del sistema para identificar posibles oportunidades de mejora aplicando acciones correctivas y preventivas logrando así dejar a pleno el SGC. Estableciendo todos los elementos necesarios para la implementación se presentan las diferentes evaluaciones pertinentes para la ejecución de un proyecto como los son: La Evaluación Económica, Determinación de Fuentes de Financiamiento y la Evaluación Social determinando la viabilidad de la ejecución del proyecto en términos de recursos económicos, tiempo e impacto que genera en la sociedad.

Para una mayor comprensión del Trabajo de Graduación Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) este se encuentra subdividido en los siguientes Tomos:

TOMO I: en el cual están comprendidos los capítulos:

- **Capítulo I: Marco Contextual**
- **Capítulo II: Diagnóstico**
- **Capítulo III: Diseño del Sistema de Gestión de Calidad**
- **Capítulo IV: Plan de Implementación**
- **Capítulo V: Evaluaciones del Proyecto**

TOMO II: en el cual están comprendidos las guías, documentos y manuales del Sistema de Gestión de Calidad:

- **Guía de Documentos**
- **Guía de Indicadores**
- **Manual de Organización**
- **Manual de Funciones y Descripción de Puestos**
- **Manual de Calidad**
- **Manual de procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI**

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

- ⊕ Diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

2.2 ESPECÍFICOS

- ⊕ Establecer las Bases Teóricas necesarias para desarrollar un Diagnostico adecuado de la Situación Actual del ISRI.
- ⊕ Realizar un Pre-diagnóstico a fin de determinar los centros de atención que tengan mayor representación de los servicios brindados por la Institución.
- ⊕ Recopilar la información referente a los procesos que realiza la administración Superior del ISRI, así como los procesos relacionados a los centros de servicios de atención seleccionados.
- ⊕ Investigar la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados de manera que, se pueda crear una perspectiva más amplia de sus necesidades.
- ⊕ Determinar la brecha que existe en la ISRI en relación con los requerimientos que establece la Norma ISO 9001:2008 para los Sistemas de Gestión de Calidad.
- ⊕ Definir la gestión estratégica del ISRI a partir de la revisión de la misión y visión y la definición de la política y objetivos de calidad del Sistema de Gestión de Calidad.
- ⊕ Establecer las funciones del representante de la Alta Dirección y el Comité de Calidad responsables de la implementación y gestión del Sistema de Gestión de Calidad.
- ⊕ Determinar los procesos claves para el Sistema de Gestión de Calidad que contribuyan al desempeño eficaz del ISRI, considerando la revisión y mejora de dichos procesos a fin de garantizar la calidad en la prestación de servicios de rehabilitación.
- ⊕ Diseñar los procesos necesarios para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.
- ⊕ Desarrollar la documentación del Sistema de Gestión de Calidad estableciendo los lineamientos para la estructura de dicha documentación.

- ⊕ Establecer indicadores para el monitoreo de los procedimientos Sistema de Gestión de Calidad.
- ⊕ Diseñar los lineamientos para la difusión del Sistema de Gestión de Calidad en el ISRI.
- ⊕ Establecer la metodología para desarrollar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI, definiendo el desglose analítico de los paquetes de trabajo que se desarrollaran para garantizar el exitoso desempeño del Sistema.
- ⊕ Definir el perfil de los formadores en la sensibilización y capacitación del personal del ISRI para la implementación de sistema.
- ⊕ Estimar la duración del proyecto de implementación a partir de la consideración de cada una de las actividades a desarrollar y el tiempo que cada una de ellas abarcara.
- ⊕ Definir la estructura organizativa para el proyecto de implementación, a fin de facilitar la coordinación de las diferentes actividades a desarrollar.
- ⊕ Realizar las evaluaciones del proyecto a fin de presentar los beneficios que genera la implementación de dicho sistema en relación a los costos que son necesarios realizar para lograr su implementación y desarrollo satisfactorio.

III. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

3.1 IMPORTANCIA

Para desarrollar estratégicamente las Instituciones, es clave considerar su Misión, Visión y especialmente su Razón de Ser, ello a fin de lograr una exitosa administración y sobre todo la máxima satisfacción de los usuarios y/o clientes.

Razón por la cual es importante considerar la **Misión** del ISRI la cual tiene como finalidad *la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social*; la **Visión** la cual busca ser *una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional*. Y finalmente su **Razón de Ser**, la cual está encaminada en *proveer servicios de calidad en el proceso de rehabilitación integral de las personas con discapacidad, participar en la prevención y detección temprana de las discapacidades, asistencia a los adultos mayores con la participación activa del usuario, familias y la comunidad*. Ya que en bases a ello podemos lograr el desarrollo estratégico y por ende el desempeño exitoso de la institución, a partir de la mejor alternativa de administración en función a las metas establecidas.

El ISRI como institución clave para el desarrollo del país por su ardua labor social necesita la modernización de sus actividades a través de la mejora y actualización de sus procesos los cuales permiten su desempeño. Para lograr un mejor desempeño a fin de adaptarse de una mejor manera a las necesidades crecientes de la sociedad actual, es necesario diseñar: UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, basada en la norma ISO 9001 y su relación a los lineamientos de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, el cual permita lograr las metas de dicha institución.

La base de la norma **ISO 9001: Sistema de Gestión de la Calidad**, proporciona un enfoque a las organizaciones para analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que proporcionan productos aceptables para el cliente y a mantener estos procesos bajo control.

Un sistema de gestión de la calidad puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con objeto de aumentar la probabilidad de alcanzar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas. Proporciona confianza tanto a la organización como a sus clientes, de su capacidad para proporcionar productos que satisfagan los requisitos de forma consistente.

Por su parte la **Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública** establece que: La adopción de estrategias de innovación, racionalización y mejora de la gestión pública, orientadas por la calidad, permitirá a las Administraciones Públicas iberoamericanas posicionarse

favorablemente frente a la incertidumbre, reforzar su influencia en un entorno dinámico y complejo y acometer el necesario desarrollo organizativo para la gestión del cambio y la formulación de soluciones de mejora creativas, con el fin de cumplir al máximo las expectativas de la ciudadanía, proporcionando un instrumento para lograr la coherencia en la dirección estratégica a seguir.

La **calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora** que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

El reto de la calidad en la gestión pública es su orientación al servicio de las necesidades y expectativas de la ciudadanía y su compromiso en alcanzar una sociedad de bienestar. La capacidad de innovar y adaptarse continuamente a los requerimientos sociales *permitirá a la Administración Pública incrementar la credibilidad y confianza de los ciudadanos sobre las diversas prestaciones y variados servicios que suministra.*

¿Porque un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI?

Un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI considera de forma general una transformación hacia la modernización, para lograr una mejor calidad en los servicios que preste, ello se lograra a partir de una eficiente y eficaz administración, por ende es vital empezar dicha transformación a partir de la *Administración Superior del ISRI*, ya que representa la base de organización y administración de la institución total y posteriormente a los *Centros de atención*. Es importante establecer que un sistema de calidad debe regirse bajo ciertos lineamientos a fin de lograr el mejor resultado, por ello para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI se consideran como base:

⊕ La carta iberoamericana de calidad en la gestión pública:

La carta iberoamericana de calidad considera como factor importante para el logro de los objetivos institucionales, las *orientaciones, acciones e instrumentos para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública*, definidas en su capítulo cuarto.

⊕ La Norma ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 se basa en ocho principios fundamentales que vienen a *representar el marco hacia la mejora del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad de una organización.*

3.2 JUSTIFICACIÓN

Un Sistema de Gestión de Calidad contribuye a una administración más eficaz de las instituciones públicas y por ende a una mejor calidad en los servicios brindados, por ello considerar un Sistema de Gestión de Calidad como una nueva alternativa de administración para el ISRI, permite establecer estratégicamente lineamientos que contribuyen al logro de sus

objetivos, que como institución se han propuesto, para el caso del ISRI entre uno de sus objetivos está: ser reconocidos como la institución modelo a nivel nacional y centroamericano en el campo de la rehabilitación. Tanto la misión como la visión del ISRI están acompañadas de una serie de objetivos básicos como la de mejorar la prestación de servicios integrales de rehabilitación para personas con discapacidad, fomentar la investigación en el área de la rehabilitación integral, promover la participación social en el contexto de la rehabilitación integral de la persona entre otros. Ello será posible al desarrollar y establecer procesos claves y estratégicos correspondientes a cada una de las áreas y/o unidades involucradas en su organización.

Lograr el reconocimiento solo será posible a través de una administración organizada que establezca los lineamientos a realizar a través de los procesos, actualizar su organización permitirá identificar aquellos procesos vitales para el ISRI que permitirán de manera significativa lograr sus metas.

Lo anterior amarrado a la proyección de modernización de la administración pública definida por el actual gobierno, permite considerar el diseño del Sistema de Gestión de Calidad.

Considerando y validando las principales razones por las cuales se debe desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI tenemos:

⊕ **EL PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO 2010-2014:**

Este justifica por qué realizarlo ahora, ya que establece las proyecciones de gobierno que se están realizando y las que se esperan realizar, estableciendo indirectamente el plazo para la ejecución de dichas proyecciones. Y considerando que el ISRI es una institución pública, la cual está bajo los lineamientos establecidos por el gobierno y su administración.

Ahora bien, Considerando las principales apuestas estratégicas del plan quinquenal de gobierno, es importante resaltar la siguiente:

Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de calidad, que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada con las atribuciones que le asigna la Constitución de la República y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligente y transparente.

Lo que permite incidir de forma positiva en las áreas prioritarias, en las que se ha concebido una novedosa estrategia de intervención integral que considera tanto la creación de una nueva institucionalidad para promover el desarrollo como el rediseño y la modernización de la ya existente.

Creando así un nuevo modelo de gestión de las políticas públicas. Esto conlleva, a su vez, una reforma integral de la coordinación, de la programación, del presupuesto y de la ejecución de las políticas sociales. A la vez considera el fortalecimiento de las instituciones y la adopción de las herramientas de gestión que permitan formalizar la coordinación interinstitucional.

Es clave considerar la estrategia: **Política nacional de gobernabilidad y modernización del Estado** la cual considera la eficacia, efectividad y eficiencia. Es decir lograr una administración pública profesional y eficiente.

Para lograr lo antes mencionado se han definido como una las principales líneas estratégicas la siguiente: Promoción de una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo de la administración pública,

Considerando todo lo anterior resulta clave el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI dado que como entidad pública debe de adaptarse y cumplir con las proyecciones y lineamientos establecidos por el gobierno a fin de contribuir al desarrollo del país.

⊕ **PROYECTO DE LEY DEL SISTEMA SALVADOREÑO PARA LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**

Este proyecto de ley complementa al Plan Quinquenal ya que posee como principal objetivo: *Definir, establecer y regular el Sistema Salvadoreño para la Calidad y Productividad*, esta ley aunque aún no ha sido aprobada, es importante considerar sus lineamientos dado que al entrar en vigencia exigirá a las entidades su correcto desempeño y sobre todo el cumplimiento de las proyecciones del plan quinquenal.

⊕ **CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA Y LA NORMA ISO 9001**

Considerando a la vez que como institución pública del país el ISRI, debe de modernizar sus funciones bajo los esquemas **definidos y exigidos actualmente por el Gobierno en gestión**, esta institución debe basarse en la CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA. La cual reconoce que el Estado es un instrumento indispensable para el *desarrollo económico, político y social de cualquier país*. Considera que los *Estados iberoamericanos deben adecuar su organización y funcionamiento a las nuevas realidades, aprendiendo de los errores y aciertos de las diversas experiencias recientes* y **adoptando un nuevo modelo de gestión pública que recupere la capacidad de las Administraciones Públicas iberoamericanas como instrumentos útiles y efectivos al servicio del bien común o interés general de sus respectivas sociedades**.

Ahora bien, si consideramos su fundamento y contenido como base para el logro de los objetivos del ISRI, se puede lograr al focalizar la necesidad del ISRI y relacionarla con las herramientas que establece dicha carta. Apoyándose fundamentalmente en las bases que brinda la norma ISO 9001 para el diseño y establecimiento de Sistemas de Gestión de la Calidad, la cual en resumen establece los lineamientos para el diseño de Sistemas de Gestión de Calidad los cuales se relacionan con las exigencias de la Carta Iberoamericana de Calidad.

El ISRI cuenta con documentación general de los procesos, normas y formatos claves relacionados a su antigua organización. Dicha organización corresponde al año 2001, de ese tiempo para el actual su organización ha cambiado significativamente incorporando nuevas unidades, o fusionando otras, con ello surgen nuevos procesos claves que contribuyen y buscan la mejora de la calidad de los servicios, pero dichos cambios se han realizado con el paso del tiempo y adaptándose a las necesidades que han ido surgiendo, lo cual deja un vacío en el registro y control de dichas actividades, dificultando la administración exitosa de dicha institución. Por ello resulta clave desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad para reorganizar las actividades desarrolladas actualmente y garantizar de esta manera una gestión eficaz que contribuya al logro de los objetivos institucionales.

Considerando la Organización 2001, el ISRI cuenta con aproximadamente 40 procesos administrativos vitales para su desempeño y 9 centros de atención cada uno con sus respectivos procesos. Los cuales se presentan en el apartado CONTRAPARTE. Al retomar dichos procesos claves podemos identificar la magnitud de las funciones realizadas por cada área de la organización y la importancia de dichos procesos, ello como base para demostrar la **necesidad de actualizar la organización a partir de un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI en base a los lineamientos que establece Norma ISO 9001 y la Carta Iberoamérica de Calidad a fin de lograr el máximo desempeño del ISRI y sobre todo el satisfacción del logro de sus objetivos.**

Es importante mencionar que dichos procesos son en base al organigrama 2001, y que actualmente el ISRI cuenta con más procesos que se lograran establecer a partir de una investigación más detallada dado que no existe documentación formal de dichos procesos.

⊕ **DECRETO 134**

Este decreto en mención fue publicado en fecha 13 de diciembre del 2010 en el diario oficial, en el cual la presidencia de la República considera lo siguiente:

II. Que la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, originada por el Consejo Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, CLAD, promueve un enfoque común sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública. Asimismo, propone la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos competitivos.

Considerando lo anterior se decreta: La Creación del Premio Salvadoreño a la Calidad y el Reconocimiento a las mejores Prácticas. Por lo cual es parte de la justificación para la realización de un Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI, ya que en un futuro puede optar por participar en dichos reconocimientos, sirviendo como modelo e incentivo para otras instituciones a fin de lograr el cumplimiento de los lineamientos que dicta la Carta Iberoamericana sobre la Calidad en la Gestión Pública.

CAPITULO I: MARCO CONTEXTUAL

A. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1. CALIDAD

1.1 Consideraciones Generales

Cualquier empresa en la actualidad debe enfrentarse a un entorno empresarial altamente competitivo. La constante carrera por conquistar clientes genera reto cada día más difícil y la única vía para sobrevivir en ese medio es concebir productos de mayor calidad. El éxito futuro de una Empresa depende de la habilidad para ofrecer los bienes y servicios de más alta calidad.

Las primeras manifestaciones efectivas de la importancia de la calidad surgen durante la Segunda Guerra Mundial, como resultado de la enorme expansión de la industria militar. En esta época se consolidan las técnicas de control de la calidad, mediante las cuales la línea de producción es muestreada e inspeccionada en sus etapas finales para colocar en el mercado productos libres de defectos y acordes con sus especificaciones. Sin embargo, este sistema demuestra ser ineficiente, pues al orientarse al producto terminado, la calidad no es una prioridad para el departamento de producción, diluyéndose entonces la responsabilidad por el elevado costo de los rechazos. Posteriormente, hacia fines de la década de los 60 e impulsados por las necesidades de aquellas empresas donde la seguridad es crítica, por ejemplo en centrales núcleo-eléctricas o en el transporte aéreo, se perfeccionan procedimientos *de garantía de calidad*, orientados fundamentalmente a prevenir la ocurrencia de accidentes causados por componentes defectuosos o por procesos no bien controlados. El énfasis se coloca ahora en producir con calidad, de modo que las responsabilidades se comparten entre todos los estamentos de la empresa. El control de la calidad se extiende a todas las etapas del proceso productivo, desde los estudios de mercado hasta la disposición después del uso. Esta orientación produce tan buenos resultados que se difunde con rapidez hacia otras empresas de manufacturas y servicios.

En la actualidad la Empresa debe brindar a sus clientes productos y servicios que satisfagan a sus clientes en todos los aspectos que para este sean importantes e incluso llegar más allá de las expectativas que el mismo posee a la hora de adquirir un producto o hacer uso de un servicio, lo que ubicara a la empresa en una mejor posición ante su competencia. El mejoramiento de la calidad surge, entonces, como una estrategia de supervivencia fundamental para la empresa inserta en el mundo contemporáneo.

Detalles de la evolución histórica de la calidad.

La calidad ha evolucionado durante el presente siglo, para tener una idea más amplia se citan a continuación las cinco etapas principales en su desarrollo hasta la fecha:

1º Etapa. Desde la revolución industrial hasta 1930.

La Revolución Industrial, desde el punto de vista productivo, representó la transformación del trabajo manual por el trabajo mecanizado. Antes de esta etapa el trabajo era prácticamente artesanal y se caracterizaba en que el trabajador tenía la responsabilidad sobre la producción completa de un producto.

En los principios de 1900 surge el supervisor, que muchas veces era el mismo propietario, el cual asumía la responsabilidad por la calidad del trabajo. Durante la Primera Guerra Mundial, los sistemas de fabricación se hicieron más complicados y como resultado de esto aparecen los primeros inspectores de calidad a tiempo completo, esto condujo a la creación de las áreas organizativas de inspección separadas de las de producción.

Esta época se caracterizaba por la inspección, y el interés principal era la detección de los productos defectuosos para separarlos de los aptos para la venta.

2º Etapa. 1930-1949.

Los aportes que la tecnología hacía a la economía de los países capitalistas desarrollados eran de un valor indiscutible. Sin embargo, se confrontaban serios problemas con la productividad del trabajo.

Este estado permaneció más o menos similar hasta la Segunda Guerra Mundial, donde las necesidades de la enorme producción en masa requirió del control estadístico de la calidad.

La contribución de más significación del control estadístico de la calidad fue la introducción de la inspección por muestreo, en lugar de la inspección al 100 por ciento.

El interés principal de esta época se caracteriza por el control que garantice no sólo conocer y seleccionar los desperfectos o fallas de productos, sino también la toma de acción correctiva sobre los procesos tecnológicos.

Los inspectores de calidad continuaban siendo un factor clave del resultado de la empresa, pero ahora no sólo tenían la responsabilidad de la inspección del producto final, sino que estaban distribuidos a lo largo de todo el proceso productivo.

Se podría decir que en esta época “la orientación y enfoque de la calidad pasó de la calidad que se inspecciona a la calidad que se controla”

3° Etapa. 1950-1979.

Esta etapa, corresponde con el período posterior a la Segunda Guerra Mundial y la calidad se inicia al igual que en las anteriores con la idea de hacer hincapié en la inspección, tratando de no sacar a la venta productos defectuosos.

Poco tiempo después, se dan cuenta de que el problema de los productos defectuosos radicaba en las diferentes fases del proceso y que no bastaba con la inspección estricta para eliminarlos.

Es por esta razón que se pasa de la inspección al control de todos los factores del proceso, abarcando desde la identificación inicial hasta la satisfacción final de todos los requisitos y las expectativas del consumidor.

Durante esta etapa se consideró que éste era el enfoque correcto y el interés principal consistió en la coordinación de todas las áreas organizativas en función del objetivo final: la calidad.

A pesar de esto, predominaba el sentimiento de vender lo que se producía. Las etapas anteriores “estaban centradas en el incremento de la producción a fin de vender más, aquí se pasa a producir con mayor calidad a fin de poder vender lo mejor, considerando las necesidades del consumidor y produciendo en función del mercado”.

Comienzan a aparecer Programas y se desarrollan Sistemas de Calidad para las áreas de calidad de las empresas, donde además de la medición, se incorpora la planeación de la calidad, considerándose su orientación y enfoque como la calidad se construye desde adentro.

4° Etapa. Década del 80.

La característica fundamental está en la Dirección Estratégica de la Calidad, por lo que el logro de la calidad en toda la empresa no es producto de un Programa o Sistema de Calidad, sino que es la elaboración de una estrategia encaminada al perfeccionamiento continuo de ésta, en toda la empresa.

El énfasis principal de esta etapa no es sólo el mercado de manera general, sino el conocimiento de las necesidades y expectativas de los clientes, para construir una organización empresarial que las satisfaga.

La responsabilidad de la calidad es en primer lugar de la alta dirección, la cual debe liderarla y deben participar todos los miembros de la organización.

En esta etapa, la calidad era vista como “una oportunidad competitiva, la orientación o enfoque se concibe como la calidad se administra”

5° Etapa. 1990 hasta la fecha.

La característica fundamental de esta etapa es que pierde sentido la antigua distinción entre producto y servicio. Lo que existe es el valor total para el cliente. Esta etapa se conoce como Servicio de Calidad Total.

El cliente de los años 90 sólo está dispuesto a pagar por lo que significa valor para él. Es por eso que la calidad es apreciada por el cliente desde dos puntos de vista, calidad perceptible y calidad factual. La primera es la clave para que la gente compre, mientras que la segunda es la responsable de lograr la lealtad del cliente con la marca y con la organización.

Considerando las etapas anteriores podemos decir que la calidad ha estado presente a través de la historia siendo esta el objetivo primordial a conseguir por las Empresas en su ardua competencia por conseguir y mantener a sus clientes satisfaciendo sus necesidades primordiales.

1.2 Definición de Calidad

La calidad es herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.

La palabra calidad tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

Definiciones desde una perspectiva de producción

La calidad puede definirse como la conformidad relativa con las especificaciones, a lo que al grado en que un producto cumple las especificaciones del diseño, entre otras cosas, mayor su calidad o también como comúnmente es encontrar la satisfacción en un producto cumpliendo todas las expectativas que busca algún cliente, siendo así controlado por reglas las cuales deben salir al mercado para ser inspeccionado y tenga los requerimientos estipulados por las organizaciones que hacen certificar algún producto.

Desde una perspectiva de valor

La calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del producto o servicio superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana mostrando cierto interés por parte de la empresa a mantener la satisfacción del cliente.

Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.

Definiciones formales

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de la calidad son:

- ④ **Definición de la norma ISO 9000:** “Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”
- ④ **Real Academia de la Lengua Española:** “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”
- ④ **Philip Crosby:** “Calidad es cumplimiento de requisitos”
- ④ **Joseph Juran:** “Calidad es adecuación al uso del cliente”.
- ④ **Armand V. Feigenbaum:** “Satisfacción de las expectativas del cliente”.
- ④ **Genichi Taguchi:** “Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido”.
- ④ **William Edwards Deming:** “Calidad es satisfacción del cliente”.
- ④ **Walter A. Shewhart:** “La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece)”.

2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Un sistema de gestión es una estructura probada para la gestión y mejora continua de las políticas, los procedimientos y procesos de la organización.

Desarrollo del potencial

Las mejores empresas funcionan como unidades completas con una visión compartida. Ello engloba la información compartida, evaluaciones comparativas, trabajo en equipo y un funcionamiento acorde con los más rigurosos principios de calidad y del medioambiente.

Un sistema de gestión ayuda a lograr los objetivos de la organización mediante una serie de estrategias, que incluyen la optimización de procesos, el enfoque centrado en la gestión y el pensamiento disciplinado.

¿Por qué los sistemas de gestión son necesarios?

Las empresas que operan en el siglo XXI se enfrentan a muchos retos, significativos, entre ellos:

- ✓ Rentabilidad

- ✓ Competitividad
- ✓ Globalización
- ✓ Velocidad de los cambios
- ✓ Capacidad de adaptación
- ✓ Crecimiento
- ✓ Tecnología

Equilibrar estos y otros requisitos empresariales puede constituir un proceso difícil. Es aquí donde entran en juego los sistemas de gestión, al permitir aprovechar y desarrollar el potencial existente en la organización.

La implementación de un sistema de gestión eficaz puede ayudar a:

- Gestionar los riesgos sociales, medioambientales y financieros
- Mejorar la efectividad operativa
- Reducir costos
- Aumentar la satisfacción de clientes y partes interesadas
- Proteger la marca y la reputación
- Lograr mejoras continuas
- Potenciar la innovación
- Eliminar las barreras al comercio
- Aportar claridad al mercado

2.1 Que son los Sistemas Gestión de Calidad

Sistema de Gestión de Calidad, es un conjunto de actividades de planificación, control y mejora de la calidad en el seno de una organización, ello implica el uso de métodos para gestionar el suministro de productos/servicios teniendo en cuenta variables como las siguientes:

- ✓ Adecuación de los productos/servicios a los requerimientos de los clientes.
- ✓ Errores apreciados durante el proceso de fabricación/prestación de servicios.
- ✓ Productos/Servicios defectuosos
- ✓ Reclamaciones recibidas
- ✓ Control de todos los procesos y actividades.

Analizar, sintetizar y revisar todas estas variables requiere una gestión propia e individualizada. Esta gestión exige una documentación de todo el sistema, unas estadísticas periódicas, un control de procesos, un personal calificado, y naturalmente, unas pautas de participación generalizadas. El resultado final de todo ello es garantizar que los productos/servicios suministrados guardan los niveles de calidad requeridos. Para lograr ese resultado, es necesario llevar un control pormenorizado de todas las variables e indicadores de la calidad del producto/servicio. Este esfuerzo de gestión se ve recompensado con un resultado añadido al

anterior: la reducción de defectos trae consigo la reducción de costos. De ahí que hoy en día la gestión de la calidad sea útil por partida doble:

- ✓ Para disminuir los costos mediante la prevención de errores.
- ✓ Para asegurar la confianza de los clientes en el producto/servicio.

Vista su doble importancia, hoy en día no basta gestionar la calidad sino que es absolutamente necesario asegurar al máximo la calidad. La gestión de la calidad se basa en la planificación, control y mejora de los procesos. Puede afirmarse que el aspecto humano es el más importante, y también el más difícil de realizar. La eficacia de un sistema de gestión de la calidad se basa en la actitud positiva del personal hacia el trabajo. Es de vital importancia que todos los empleados de la organización reconozcan la importancia y se involucren en los retos de calidad fijados, desarrollando su trabajo en esos términos. Los sistemas de gestión de la calidad pueden ayudar a las organizaciones de cualquier tipo a aumentar la satisfacción del cliente. Los clientes necesitan productos y servicios con características que satisfagan las necesidades y expectativas. Estas necesidades y expectativas se expresan en la especificación del producto y/o servicio y son generalmente denominadas como requisitos del cliente. Los requisitos del cliente pueden estar especificados en forma contractual o pueden ser determinados por la propia organización. En cualquier caso, es finalmente el cliente quien determina la aceptación del producto y/o servicio.

El enfoque a través de un sistema de gestión de calidad anima a las organizaciones a analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que contribuyen al logro de productos y servicios aceptables para el cliente y a mantener estos procesos bajo control. Un sistema de gestión de la calidad puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas. Proporciona confianza tanto a la organización como a sus clientes, de su capacidad para proporcionar productos que satisfagan los requisitos de forma coherente.

3. GENERALIDADES DE LA NORMA ISO 9001:2008

3.1 Antecedentes de ISO

La Organización Internacional para la Estandarización, ISO por sus siglas en inglés (International Organization for Standardization), es una federación mundial que agrupa a representantes de cada uno de los organismos nacionales de estandarización, y que tiene como objeto desarrollar estándares internacionales que faciliten el comercio internacional.

Cuando las organizaciones tienen una forma objetiva de evaluar la calidad de los procesos de un proveedor, el riesgo de hacer negocios con dicho proveedor se reduce en gran medida, y si los estándares de calidad son los mismos para todo el mundo, el comercio entre empresas de diferentes países puede potenciarse en forma significativa.

Durante las últimas décadas, organizaciones de todos los lugares del mundo se han estado preocupando cada vez más en satisfacer eficazmente las necesidades de sus clientes, pero las empresas no contaban, en general, con literatura sobre calidad que les indicara de qué forma, exactamente, podían alcanzar y mantener la calidad de sus productos y servicios.

De forma paralela, las tendencias crecientes del comercio entre naciones reforzaba la necesidad de contar con estándares universales de la calidad. Sin embargo, no existía una referencia estandarizada para que las organizaciones de todo el mundo pudieran demostrar sus prácticas de calidad o mejorar sus procesos de fabricación o de servicio.

Teniendo como base diferentes antecedentes sobre normas de estandarización que se fueron desarrollando principalmente en Gran Bretaña, la ISO creó y publicó en 1987 sus primeros estándares de dirección de la calidad: los estándares de calidad de la serie ISO 9000.

Con base en Ginebra, Suiza, esta organización ha sido desde entonces la encargada de desarrollar y publicar estándares voluntarios de calidad, facilitando así la coordinación y unificación de normas internacionales e incorporando la idea de que las prácticas pueden estandarizarse tanto para beneficiar a los productores como a los compradores de bienes y servicios. Particularmente, los estándares ISO 9000 han jugado y juegan un importante papel al promover un único estándar de calidad a nivel mundial.

3.2 Principios de gestión de calidad

La orientación para la dirección presentada en la Norma Internacional ISO 9000:2008 se basa en ocho principios de gestión de la calidad, desarrollados con la intención de que la alta dirección pueda utilizarlos para liderar la organización hacia la mejora del desempeño.

Estos principios son:

a) Enfoque al cliente.

"Las organizaciones dependen de sus clientes y deberían comprender sus necesidades, satisfacer sus requisitos y esforzarse por exceder sus expectativas".

Aplicando este principio, se impulsa las siguientes acciones:

- Comprender el alcance de las necesidades y expectativas de los clientes para los productos, condiciones de entrega, precio, seguridad de funcionamiento, etc.
- Equilibrar las necesidades y expectativas de los clientes y de las otras partes interesadas.
- Comunicar estas necesidades y expectativas en toda la organización.
- Medir la satisfacción de los clientes y actuar sobre los resultados.

Existen 5 niveles típicos de relación con los clientes:

- **Mínimo indispensable:** consiste en estrecharle la mano y darle las gracias.

- **Reactivo:** el que le decimos que *"si algo anda mal, no dude en llamarnos"*
- **Responsable:** en el cual lo llamamos para cerciorarnos que todo marcha bien.
- **Proactivo:** En el cual el contacto se hace con miras al desarrollo de nuevos producto o servicios.
- **Relación total:** caracterizado por la mutua comunicación permanente y el desarrollo conjunto.

Algunas herramientas para cumplir el enfoque al cliente son:

- **Sondeos transaccionales.** Cuestionarios cortos que los clientes responden inmediatamente después de adquirir el producto o servicio. Periodicidad Continua.
- **Mystery shopping.** Un investigador experimentado y debidamente preparado se hace pasar por cliente para experimentar y evaluar la calidad del servicio que la empresa entrega a sus clientes. Periodicidad Trimestral.
- **Focus Group.** Reuniones de investigación que se realizan con pequeños grupos de clientes (8 a 12) centradas en aspectos específicos del producto y/o servicio. Periodicidad según sea necesario.
- **Quejas y reclamos.** Establecimiento de un sistema de gestión que capte, registre y categorice y dé seguimiento a las quejas, reclamos y otras comunicaciones de los clientes con la empresa y se distribuya la información obtenida y sus análisis y resultados en toda la organización. Continuo.

b) Liderazgo.

"Los líderes establecen unidad de propósito y dirección a la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda involucrarse en la consecución de los objetivos de la organización".

Aplicando el principio, se impulsa las siguientes acciones:

- Ser proactivo y dirigir con el ejemplo.
- Establecer una clara visión del futuro de la organización.
- Considerar las necesidades de todas las partes interesadas.
- Promover una comunicación abierta y honesta.
- Crear confianza y eliminar temores.
- Establecer objetivos y metas desafiantes.

c) Participación del personal

"El personal con independencia del nivel en el que se encuentre, es la esencia de una organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para beneficio de la organización".

Aplicando el principio, se impulsa las siguientes acciones:

- Búsqueda activa de oportunidades de aumentar competencias, conocimiento y experiencias.

- Enfoque hacia la creación de valores para los clientes.
- Ser innovador en el seguimiento de los objetivos de la organización.
- Obtener satisfacción del trabajo.
- Estar orgulloso de ser parte de la organización.

d) Enfoque basado en procesos.

"Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como proceso"

Aplicando el principio se impulsa las siguientes acciones:

- Definir el proceso para lograr resultados deseados.
- Identificar y medir las entradas y salidas del proceso.
- Identificar interfases en el proceso con las funciones de la organización.
- Establecer responsabilidades y autoridades claras en la gestión del proceso.

e) Enfoque del sistema hacia la gestión.

"Identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objetivo dado, mejora la eficacia y eficiencia de una organización".

Aplicando el principio, se impulsa las siguientes acciones:

- Definir y estructurar el sistema desarrollando procesos que afectan un objetivo concreto para alcanzarlo de forma eficaz.
- Entender las interdependencias entre los procesos del sistema.
- Mejorar continuamente el sistema a través de la medición y la evaluación.

f) Mejora continua.

"La mejora continua debería ser un objetivo permanente en la organización".

Aplicando el principio, se impulsa las siguientes acciones:

- Lograr que la mejora continua sea un objetivo para todo el personal de la organización.
- Establecer auditorías periódicas en base a criterios de excelencia para identificar áreas de mejora.
- Mejorar continuamente en la eficacia y efectividad de los procesos.
- Determinar medidas y objetivos para orientar y seguir las mejoras.

g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.

"Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información"

Aplicando el principio se impulsa las siguientes acciones:

- Medición y toma de datos e información relativos al objetivo.
- Asegurar que estos sean preciso y fiables.
- Analizar estos con métodos válidos.

h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.

"Una organización y sus proveedores son interdependientes y unas relaciones mutuamente beneficiosas intensifican la capacidad de ambos de crear valor".

Aplicando el principio, se impulsa las siguientes acciones:

- Identificar y seleccionar proveedores clave.
- Establecer relaciones para equilibrar beneficios.
- Crear comunicaciones claras y abiertas.
- Iniciar el desarrollo conjunto y la mejora de los productos y procesos.
- Reconocer las mejoras y logros del proveedor.

3.3 Descripción de las normas ISO 9001:2008

Las normas ISO 9000 han cobrado mayor relevancia internacional en la última década y en la actualidad es utilizada en más de 120 países.

Estas normas requieren de sistemas documentados que permitan controlar los procesos que se utilizan para desarrollar, fabricar los productos y prestar servicios. Estos tipos de sistemas se fundamentan en la idea de que hay ciertos elementos que todo sistema de calidad debe tener bajo control, con el fin de garantizar que los productos y/o servicios se fabriquen en forma consistente y a tiempo.

Las ISO 9000 no definen cómo debe ser un Sistema de Gestión de Calidad de una organización, sino que ofrecen especificaciones de cómo crearlo e implementarlo; éste será diferente en función de las características particulares de la organización y sus procesos.

Las normas ISO 9000 designan un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad. Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación, como los métodos de auditoría. El ISO 9000 especifica la manera en que una organización opera, sus estándares de calidad, tiempos de entrega y niveles de servicio. Existen más de 20 elementos en los estándares de este ISO que se relacionan con la manera en que los sistemas operan.

Su implantación, aunque supone un duro trabajo, ofrece numerosas ventajas para las empresas, entre las que se cuentan con:

- Estandarizar las actividades del personal que trabaja dentro de la organización por medio de la documentación
- Incrementar la satisfacción del cliente
- Medir y monitorizar el desempeño de los procesos

- Disminuir re-procesos
- Incrementar la eficacia y/o eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos
- Mejorar continuamente en los procesos, productos, eficacia, etc.
- Reducir las incidencias de producción o prestación de servicios

La principal norma de la familia es la ISO 9001:2008 - Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.

Otra norma vinculante a la anterior es la ISO 9004:2000 - Sistemas de Gestión de la Calidad - Directrices para la mejora del desempeño.

Las normas ISO 9000 de 1994 estaban principalmente dirigidas a organizaciones que realizaban procesos productivos y, por tanto, su implantación en las empresas de servicios planteaba muchos problemas. Esto fomentó la idea de que son normas excesivamente burocráticas.

3.3.1 La Familia de Normas ISO 9001:2008

La norma ISO 9000. Contiene las directrices para seleccionar y utilizar las normas para el aseguramiento de la calidad, es decir, es la que permite seleccionar un modelo de aseguramiento de calidad, entre las que se describen las ISO 9001/9002/9003.

- **La norma ISO 9004.** Establece directrices relativas a los factores técnicos, administrativos y humanos que afectan a la calidad del producto, es decir, establece directrices para la gestión de la calidad.
- **La norma ISO 9004-2** establece directrices relativas a los factores técnicos, administrativos y humanos que afectan a la calidad de los servicios, es decir, se refiere especialmente a los servicios.
- **Las normas ISO 9001/9002/9003.** Establecen requisitos que determinan que elementos tienen que comprender los sistemas de calidad, pero no es el propósito imponer uniformidad en los sistemas de calidad. Son genéricas e independientes de cualquier industria o sector económico concreto.

Objeto y campo de aplicación de las Normas ISO 9000:

- ⊕ **ISO-9001:** especifica los requisitos que debe cumplir un sistema de calidad, aplicables cuando un contrato entre dos partes exige que se demuestre la capacidad de un proveedor en el diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio posventa del producto suministrado, con la finalidad de satisfacer al cliente.

- ⊕ **ISO-9002:** especifica los requisitos que debe cumplir un sistema de calidad, aplicables cuando un contrato entre dos partes exige que se demuestre la capacidad de un proveedor en la producción, instalación y servicio posventa del producto suministrado, con la finalidad de satisfacer al cliente.

- ⊕ **ISO-9003:** especifica los requisitos que debe cumplir un sistema de calidad, aplicables cuando un contrato entre dos partes exige que se demuestre la capacidad de un proveedor en la inspección, y ensayos finales del producto suministrado, con la finalidad de satisfacer al cliente.

1.1.1. Selección y uso de la familia ISO 9000: 2008

Norma ISO 9001:2008

Dado que esta norma especifica los requisitos que debe cumplir un sistema de calidad, aplicables cuando un contrato entre dos partes exige que se demuestre la capacidad de un proveedor en el diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio posventa del producto suministrado, con la finalidad de satisfacer al cliente, es la familia de que más se adecua al propósito de nuestro Trabajo de Graduación por lo cual tomaremos como guía en el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.

Esta Norma Internacional pueden utilizarla partes internas y externas, incluyendo organismos de certificación, para evaluar la capacidad de la organización para cumplir los requisitos del cliente, los legales y los reglamentarios aplicables al producto/servicio y los propios de la organización.

El diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad de una organización están influenciados por:

- a) Su entorno organizativo, cambios en ese entorno y los riesgos asociados con ese entorno,
- b) Sus necesidades cambiantes,
- c) Sus objetivos particulares,
- d) Los productos que proporciona,
- e) Los procesos que emplea,
- f) Su tamaño y la estructura de la organización.

Estructura de la norma ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 está estructurada en ocho capítulos, refiriéndose los TRES primeros a declaraciones de principios, estructura y descripción de la empresa, requisitos generales, etc., es decir, son de carácter introductorio. Los capítulos CUATRO a OCHO están orientados a procesos y en ellos se agrupan los requisitos para la implantación del sistema de calidad.

A la fecha, ha habido cambios en aspectos claves de la norma ISO 9001, al 15 de noviembre del 2008, la norma 9001 varía

Los ocho capítulos de ISO 9001 son:

- 1. Guías y descripciones generales.**
 1. Generalidades.
 2. Reducción en el alcance.
- 2. Normativas de referencia.**
- 3. Términos y definiciones.**
- 4. Sistema de gestión:** contiene los requisitos generales y los requisitos para gestionar la documentación.
 1. Requisitos generales.
 2. Requisitos de documentación.
- 5. Responsabilidades de la Dirección:** contiene los requisitos que debe cumplir la dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc.
 1. Requisitos generales.
 2. Requisitos del cliente.
 3. Política de calidad.
 4. Planeación.
 5. Responsabilidad, autoridad y comunicación.
 6. Revisión gerencial.
- 6. Gestión de los recursos:** la Norma distingue 3 tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RRHH, infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se contienen los requisitos exigidos en su gestión.
 1. Requisitos generales.
 2. Recursos humanos.
 3. Infraestructura.
 4. Ambiente de trabajo.
- 7. Realización del producto:** aquí están contenidos los requisitos puramente productivos, desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio.
 1. Planeación de la realización del producto y/o servicio.
 2. Procesos relacionados con el cliente.
 3. Diseño y desarrollo.
 4. Compras.
 5. Operaciones de producción y servicio
 6. Control de equipos de medición, inspección y monitoreo

8. **Medición, análisis y mejora:** aquí se sitúan los requisitos para los procesos que recopilan información, la analizan, y que actúan en consecuencia. El objetivo es mejorar continuamente la capacidad de la organización para suministrar productos que cumplan los requisitos. El objetivo declarado en la Norma, es que la organización busque sin descanso la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de los requisitos.

1. Requisitos generales.
2. Seguimiento y medición.
3. Control de producto no conforme.
4. Análisis de los datos para mejorar el desempeño.
5. Mejora.

3.3.2 Descripción de los apartados de la norma ISO 9001:2008

Tabla 1: Apartados de la Norma ISO 9001:2008

Fuente: Norma ISO 9001:2008

Apartado	Consideraciones
4. Sistema de gestión de la calidad	
4.1. Requisitos generales	Identificación, secuencia e interacción de los procesos. Definir métodos de control, seguimiento y medición de los procesos, fijar acciones para alcanzar los objetivos planificados
4.2. Requisitos de la documentación	
4.2.1. Generalidades	La documentación debe incluir declaración, política y objetivos, manual de calidad, procedimientos documentados, registros.
4.2.2. Manual de la calidad	Contendrá descripción requisitos y ámbito del Sistema, procedimientos o referencia a los mismos, descripción de la interacción entre los procesos
4.2.3. Control de los documentos	Edición, Revisión, aprobación documentos y control documentos obsoletos
4.2.4. Control de los registros	Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.
5. Responsabilidad de la dirección	
5.1. Compromiso de la dirección	Comunicación a la organización, definir política y objetivos de calidad, revisiones sistema y disponibilidad de recursos

5.2. Enfoque al cliente	Identificar, definir y comprender las necesidades y requisitos del cliente
5.3. Política de la calidad	Coherente con objetivos, sometido a revisión. Compromiso de Mejora. Revisada continuamente
5.4. Planificación	
5.4.1.Objetivos de la calidad	Documentar objetivos (consecuentes con política y con mejora continua). Deben ser medibles.
5.4.2.Planificación del sistema de gestión de la calidad	La alta dirección debe asegurarse que se realice la planificación del sistema de calidad con el fin de cumplir con los requisitos del cliente.
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación	
5.5.1. Responsabilidad y autoridad	La alta dirección debe asegurarse de que se definan las responsabilidades y autoridad y que estas sean comunicadas dentro de la organización.
5.5.2.Representante de la dirección	La alta dirección debe designar un miembro representante que lleve el control y seguimiento sistema
5.5.3.Comunicación interna	Se deben establecer procesos de comunicación horizontal y vertical dentro de la organización
5.6. Revisión por la dirección	Se tendrá en cuenta: Auditorias, voz del cliente, seguimiento objetivos, proceso, productos y/o servicio, acciones correctoras y preventivas.
5.6.1.Generalidades	
5.6.2.Información de entrada para la revisión	La información de la revisión deberá contener los resultados de las auditorias, así como la retroalimentación del usuario, y los resultados del funcionamiento del SGC, además de dar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas aplicadas en pro de la mejora del sistema.
5.6.3.Resultados de la revisión	Los resultados de la revisión por la alta Dirección deberán contener las decisiones y acciones tomadas para lograr la mejora continua del SGC en relación a las necesidades de los usuarios y sus requisitos.
6. Gestión de los recursos	
6.1. Provisión de recursos	La organización debe identificar y aportar recursos necesarios para el sistema de gestión de calidad
6.2. Recursos humanos	

6.2.1. Generalidades	El personal debe ser competente con base en la educación, educación, formación y experiencias apropiadas.
6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia	Determinar necesidades de formación, facilitar y evaluar eficacia de la formación. Mantener registros. Sensibilizar a toda la organización sobre importancia Política de Calidad, Impacto del trabajo en la calidad, mejora, responsabilidades, consecuencias
6.3. Infraestructura	Se refiere al espacio de trabajo, equipos, mantenimiento, servicios de apoyo que la organización debe proporcionar para lograr la conformidad de los requisitos del producto.
6.4. Ambiente de trabajo	Salud e Higiene, Métodos de Trabajo, Ética, Condiciones Ambientales que la organización debe gestionar y determinar para lograr la conformidad del servicio.
7. Realización de los servicios	
7.1. Planificación de la realización de los servicios	Identificar y gestionar los procesos que afectan a la calidad de los servicios. Se deben definir métodos control proceso, parámetros, normas, mediciones
7.2. Procesos relacionados con el cliente	
7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con los servicios	Identificación de los requisitos de cliente, incluidos los legales por parte de la organización.
7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con los servicios	Requisitos definidos y documentados, registro pedidos verbales, resolver diferencias.
7.2.3. Comunicación con el cliente	La organización debe determinar e implementar las disposiciones eficaces para la comunicación de los clientes relativas a Información producto y/o servicio, voz del cliente, pedidos.
7.3. Diseño y desarrollo	
7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo	Planes de diseño: etapas, equipo, revisión, verificación y validación.
7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	Establecimiento de los elementos de entrada relacionadas con los requisitos de cliente, funcionales y de desempeño, legales y reglamentarios
7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo	Deben proporcionarse para verificar el cumplimiento de los requisitos entrada, criterio de aceptación, características especiales

7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo	Realización de revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo para identificar problemas, evaluar capacidad de cumplir con los requisitos
7.3.5.Verificación del diseño y desarrollo	Verificación en etapas planificadas para asegurarse de que el producto resultante sea capaz de satisfacer los requisitos del cliente.
7.3.6. Validación del diseño y desarrollo	Comprobación de que el servicio cumple con los requisitos definidos.
7.3.7.Control de los cambios del diseño y desarrollo	Antes de realizar el cambio se debe determinar el efecto en el resto del diseño, así como entre las partes del producto y/o servicio
7.4. Compras	
7.4.1.Proceso de compras	El producto adquirido debe cumplir con los requisitos de compra especificados por ello es necesarios realizar una evaluación y selección de proveedores
7.4.2. Información de las compras	Se debe describir el producto a comprar incluyendo los requisitos para la aprobación, para la calificación del personal y de los requisitos del sistema de gestión de calidad.
7.4.3. Verificación de los productos comprados	Verificación de los productos y/o servicios con respecto a los requisitos de compra especificados por medio del establecimiento e implementación de actividades necesarias como la inspección.
7.5. Prestación de los servicios	
7.5.1.Control de la prestación de los servicios	La producción y la prestación de un servicio debe realizarse en forma controlada incluyendo descripción de la características del producto, entorno de trabajo, normas de trabajo, seguimiento y medición
7.5.2.Validación de los procesos de la prestación de los servicios	Validación de los proceso para demostrar su capacidad para alcanzar los resultados planificados
7.5.3.Identificación y trazabilidad	Identificación producto o servicio con respecto a los requisitos de medición. La trazabilidad se implantará cuando sea un requisito especificado
7.5.4. Propiedad del cliente	Verificación, Almacenamiento y Conservación de los bienes que son propiedad del cliente por parte de la organización.
7.6. Control de los equipos de seguimiento y de medición	Controlar, calibrar, conservar, manejar y almacenar los equipos de medición y prueba, incluyendo el software

8. Medición, análisis y mejora	
8.1. Generalidades	El proceso de análisis y medición debe demostrar la eficacia de la gestión y la mejora del sistema de gestión de calidad. Periódicamente se evaluará la efectividad de las mediciones, Los resultados son una entrada a la Revisión por la Dirección
8.2. Seguimiento y medición	
8.2.1. Satisfacción del cliente	Seguimiento de la satisfacción o insatisfacción cliente
8.2.2. Auditoría interna	Realización de intervalos planificados de auditoría para el seguimiento sistema, procesos y producto
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	Métodos apropiados para la medición y seguimiento del proceso para asegurar su capacidad establecidos por la organización.
8.2.4. Seguimiento y medición de los servicios	Se debe verificar el cumplimiento de los requisitos especificados para el producto y/o servicio en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo a lo planificado
8.3. Control del servicio no conforme	Definición de un procedimiento documentado donde se establezcan los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme
8.4. Análisis de datos	La recopilación y análisis de datos por parte de la organización tiene como objetivo demostrar la idoneidad y eficacia del sistema, el análisis de estos datos debe proporcionar: Satisfacción y/o insatisfacción del Cliente: Conformidad a los requisitos del Cliente: Características del productos, proceso y/o servicios
8.5. Mejora	
8.5.1. Mejora continua	Mejoramiento continuo de la eficacia del sistema de gestión de calidad mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección
8.5.2. Acción correctiva	Se deben tomar acciones para eliminar y reducir causas de No Conformidad
8.5.3. Acción preventiva	Eliminar y Reducir causas potenciales de No Conformidad

3.4 Enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de calidad

Esta Norma ISO 9001:2008 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

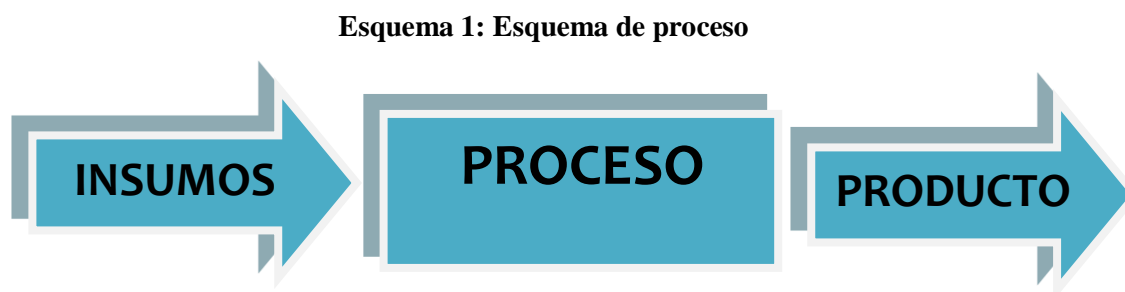
Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso.

Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso. La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como "enfoque basado en procesos".

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Enfoque por procesos: es un método por el cual una organización puede lograr un cambio radical de rendimiento, teniendo como eje del cambio la mejora de los procesos claves; lo cual se logra a través de la aplicación de diversas técnicas y herramientas cuyo centro de análisis o unidad de medida sea el proceso.

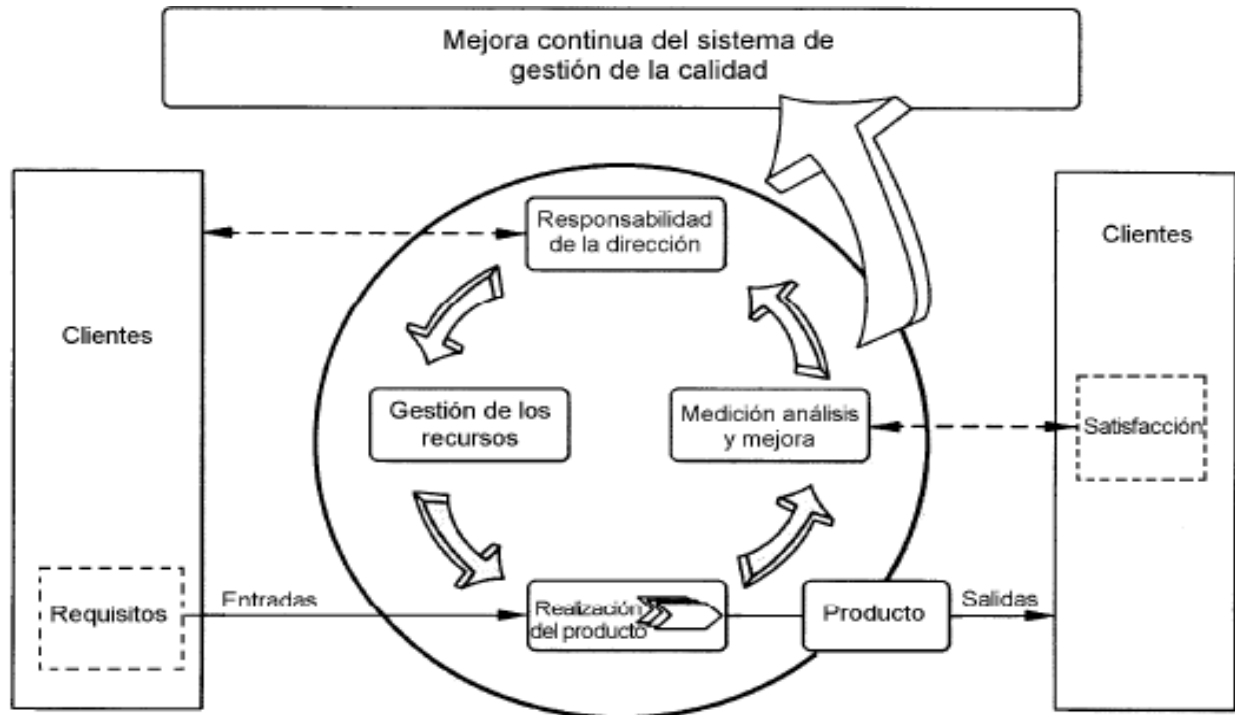
Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.



Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- a) la comprensión y el cumplimiento de los requisitos,
- b) la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- c) la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y
- d) la mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

Esquema 2: Modelo de un Sistema de Gestión basado en el Enfoque por procesos



3.5 El ciclo PHVA y el enfoque basado en procesos

El ciclo PHVA fue diseñado por el Dr. Walter Shewhart allá por 1920, pero su gran difusión y uso se le atribuye el Dr. William E. Deming para el mejoramiento de la calidad del Japón a partir de los años 50.

El PHVA forma parte del Kaizen, nombre que popularizó Masaaki Imai, sobre el milagro japonés de los 70 y en la versión americana del Control Total de la Calidad TCQ de Armand Feingembaun.

Para aquellos que en los años 80 incursionamos en los famosos "círculos de control de la calidad", teníamos por precepto la utilización del ciclo de Deming, como se conocía, con lo cual se lograban mejoras sorprendentes en la calidad.

El proceso de mejora de la calidad requiere dar varias vueltas al ciclo PHVA, lo cual se representa como un conjunto de círculos subiendo una pendiente. La ausencia de documentación de la mejora, y la falta de un sistema de gestión, provoca la entropía, haciendo que el círculo retroceda, regresando al estado anterior. Con ISO 9000, tenemos la cuña que hacía falta para que la mejora se mantuviera, pero lo que sigue siendo importante es el proceso de mejora continua o Kaizen, ya sea ésta incremental como la versión japonesa lo propone, o bien radical (reingeniería) en la versión norteamericana, ambos mediante la utilización continua del PHVA.

Planear:

1. Identificar productos
2. Identificar clientes
3. Identificar requerimientos de los clientes
4. Trasladar los requerimientos del cliente a especificaciones
5. Identificar los pasos claves del proceso (diagrama de flujo)
6. Identificar y seleccionar los parámetros de medición
7. Determinar la capacidad del proceso
8. Identificar con quien compararse (benchmarks)

Hacer

9. Identificar oportunidades de mejora
10. Desarrollo del plan piloto
11. Implementar las mejoras

Verificar

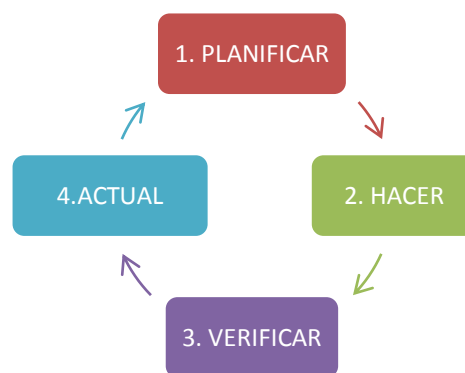
12. Evaluar la efectividad

Actuar

13. Institucionalizar la mejora

SATISFACCION DEL CLIENTE:

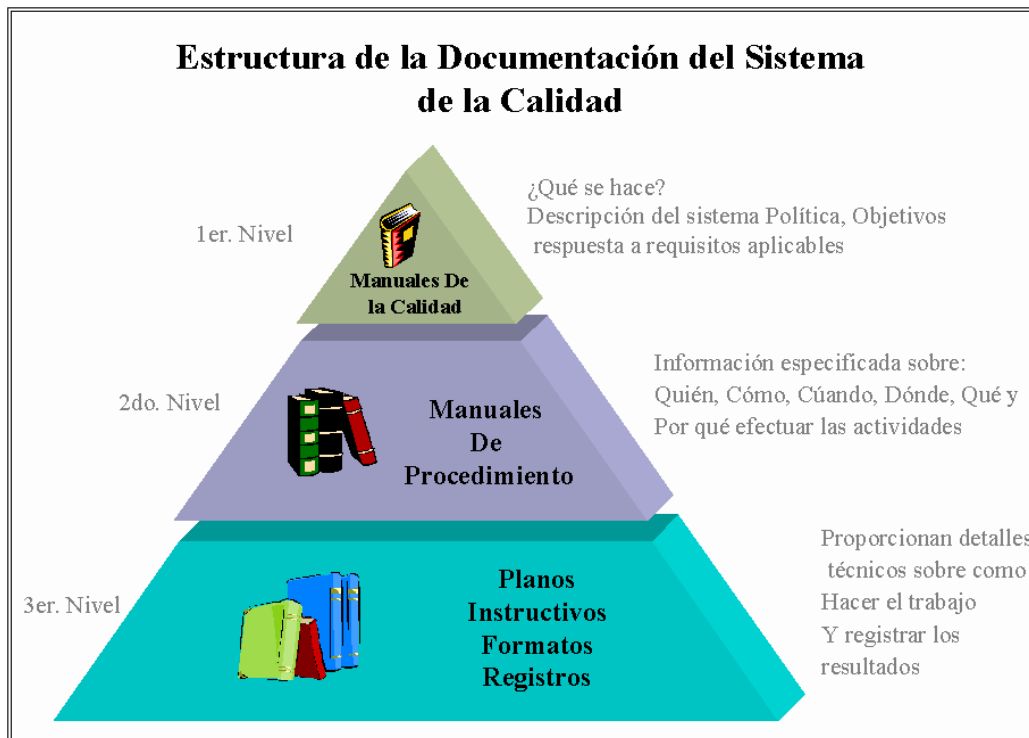
Esquema 3: Ciclo PHVA



PARTES INTEGRANTES DE UN SISTEMA DE CALIDAD

A continuación se muestran estructura de los niveles que componen la documentación de un sistema de Calidad los cuales están formados por tres niveles cada uno abordando componentes esenciales en un sistema de Gestión de Calidad abarcando desde lo que la política de calidad de la empresa, objetivos, información específica relacionada a los procesos que se desarrollan así como detalles técnicos sobre el trabajo, todo esto para lograr conseguir los objetivos de aseguramiento de la calidad.

Esquema 4: estructura de la Documentación del Sistema de Calidad



4. ANTECEDENTES DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD RELACIONADOS A INSTITUCIONES PÚBLICAS

4.1 CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Corte Suprema de Justicia Certificada certificada bajo la Norma ISO 9001:2008 en servicios administrativos para las diferentes áreas funcionales del Órgano Judicial orientados a la administración de recursos humanos, adquisición de bienes y servicios, gestión financiera y logística.

Como ejemplo de Instituciones gubernamentales certificadas bajo la Norma ISO 9001:2000 actualmente se cuenta con con la Corte Suprema de Justicia como se describe a continuación:

American Trust Register, R.C. Certifica que: Órgano Judicial de El Salvador ha sido evaluado por ATR y se encuentra conforme con la(s) siguientes norma(s): ISO 9001:2000 (**NMX-9001-CC-IMNC-2000**) en servicios administrativos para las diferentes áreas funcionales del Órgano Judicial orientados a la administración de recursos humanos, adquisición de bienes y servicios, gestión financiera y logística

- **País:** EL SALVADOR
- **Norma:** ISO 9001:2008
- **Estado del certificado:** vigente
- **Fecha de expedición:** 2008-04-16
- **Fecha de vencimiento:** 2011-04-15
- **País:** El Salvador
- **Dirección:** Centro de Gobierno Palacio de Justicia Corte Suprema de Justicia, San Salvador

Además de haber sido galardonada por parte de **la Asociación Salvadoreña de Industriales (ASI)**, con un reconocimiento por ser un modelo de institución en la administración de justicia y por estar certificada bajo la norma **ISO 9001:2008** en las áreas administrativa.

Contando con la siguiente política de calidad:

"Estamos comprometidos en la mejora continua de nuestra organización para una eficaz, satisfactoria y eficiente administración de los procesos y recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y logísticos en función de los tribunales y áreas administrativas, con la finalidad de contribuir al logro de una pronta y cumplida justicia".

4.2 MINISTERIO DE HACIENDA

Otra institución que ha adoptado un Sistema de Gestión de Gestión de la Calidad aplicando la Norma ISO 9001 es el Ministerio de Hacienda, su proceso de implantación ha sido por etapas considerando prioritariamente las Dependencias responsables de los ingresos.

Se inició el proceso, obteniendo en 1999 los certificados de la calidad para la Dirección de Impuestos Internos, Dirección General de Aduanas, y el Tribunal de Apelaciones de los Impuestos Internos y de Aduanas.

Posteriormente, en el año 2001, la Dirección General de Tesorería y la Unidad de Auditoría Interna obtuvieron sus certificados de la calidad.

En el año 2004 se obtuvo el certificado correspondiente a Dirección General de Inversión y Crédito Público, Dirección General del Presupuesto, Dirección General de Contabilidad Gubernamental, Dirección Nacional de Administración Financiera, Dirección General de Administración, Dirección de Política Económica y Fiscal, Dirección Financiera, Unidad de Comunicaciones, Unidad de Asesoría Técnica y Legal, y la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

Finalmente, en octubre de 2008 la empresa certificadora, **Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR)**, emitió el certificado que agrupa a todas las Dependencias del Ministerio de Hacienda.

El compromiso de esta institución es mantener un esfuerzo orientado a la mejora continua que permita aumentar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios proporcionándoles un servicio de mejor calidad. Dicho compromiso queda reflejado en la **Política de la Calidad**, asumida por el Ministerio de Hacienda en el enunciado de su Visión, Misión, Valores Institucionales y Objetivos Estratégicos.

Política de Calidad

Visión

Ser una institución moderna que permanentemente busca la excelencia y buen servicio a sus clientes, que se gestiona por resultados y practica la ética, la probidad y la transparencia.

Misión

Dirigir y administrar las finanzas públicas de manera eficiente, honesta y transparente, mediante una gestión responsable, la aplicación imparcial de la legislación y la búsqueda de la sostenibilidad fiscal; incrementando progresivamente el rendimiento de los ingresos, la calidad del gasto y la inversión pública.

Valores Institucionales

Servicio al Cliente

Nos preocupamos por satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y contribuyentes, con cortesía, oportunidad, profesionalismo y eficiencia.

Trabajo en equipo

Fomentamos la integración, el trabajo colaborativo, la comunicación y la solidaridad, en aras de alcanzar los objetivos institucionales.

Honestidad

Nos conducimos con ética, respeto, responsabilidad y lealtad a la institución, a nuestros compañeros de trabajo, usuarios y contribuyentes.

Transparencia

Actuamos de manera que se pueda conocer si nuestra gestión es apegada a la Ley y procedimientos; y se desarrolla con eficiencia, eficacia y responsabilidad.

Innovación

Aplicamos la mejora continua, la creatividad y fomentamos factores de éxito, en cada una de las actividades que realizamos.

4.3 BANCO CENTRAL DE RESERVA

A continuación se presenta información relacionada a la experiencia del Banco Central de Reserva referente a la Norma ISO 9001:2008 y la formación del comité de Calidad de dicha institución:

EXPERIENCIA DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA SGC ISO 9001:2008¹

El Banco Central de Reserva trabaja con un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 con el fin de proporcionar servicios de calidad basado en la mejora continua de sus procesos, para lograr dicho objetivo se formó un Comité de calidad que coordinara la acciones y estableciera propuestas de mejora del Sistema, a continuación se presenta información sobre la integración del mismo y las funciones o roles que desempeña en la organización

- **Formación del Comité de Calidad:** se realizó en Marzo 2011 hasta la fecha sigue en pleno funcionamiento.

- **Miembros del Comité de Calidad:**
 - **Presidente:** 1 persona
 - **Vicepresidenta:** 1 persona
 - **Asesor de Calidad:** 1 persona
 - **Gerentes y Jefaturas de las distintas áreas:** 9 personas

- **Funciones:**
 - Aplicar la Política y filosofía de la organización, estrategias y planes de Calidad.
 - Dar seguimiento al funcionamiento del Sistema
 - Identificar y proponer las mejoras dentro del SGC
 - Proveer recursos para la implementación de las mejoras

¹ Fuente: Banco Central de Reserva

B. MARCO LEGAL

Para el efectivo desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), se consideran varios aspectos legales que son fundamentales para lograr un diseño apropiado a las regulaciones y exigencias establecidas para el ISRI. A continuación se detallan los aspectos legales considerados para la propuesta de diseño del Sistema de Gestión de Calidad basada en la norma ISO 9001:2008 para el ISRI.

1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR

Art. 101: El orden económico debe responder esencialmente a principios de justicia social, que tiendan a asegurar a todos los habitantes del país una existencia digna del ser humano.

El Estado debe de promover el desarrollo económico y social mediante el incremento de la producción, la productividad y la racional utilización de los recursos, de la misma manera que fomentar los diversos sectores de la producción y defender los intereses de los consumidores.

2. CÓDIGO DE SALUD²

SECCION CUARENTA Y OCHO: Rehabilitación en Salud

Art. 206.- La rehabilitación integral está considerada como la tercera etapa dentro del proceso de atención del individuo y tiene como objeto fundamental rescatar las capacidades residuales del inválido, para reincorporarlo a su medio social y familiar.

Art. 207.- El Ministerio, por medio del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, que en el presente Código se le denominará: "El Instituto", promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación para las personas incapacitadas en los aspectos físicos, psíquicos, educacionales, profesionales y económicos, con el fin de integrarlos como miembros activos de la comunidad.

Art. 208.- El Instituto funcionará como una institución autónoma, con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios. Podrá establecer clínicas, centros o cualquier clase de servicios relacionados con la índole de sus actividades en todo el territorio nacional.

² Artículos relacionados con la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública en relación al campo de rehabilitación y el Instituto.

Art. 209.- El Instituto tendrá las siguientes finalidades.

- a) La detección de incapacidad y prevención del apareamiento de condiciones de minusvalidez a través de acciones específicas de salud y educación, basadas en estudios epidemiológicos de las causas físicas, psíquicas y sociales de las diferentes limitaciones;
- b) El estudio físico, psicológico, vocacional y social del minusválido para rehabilitarlo e incorporarlo a la sociedad de acuerdo a sus capacidades residuales;
- c) El fomento y promoción de las actividades tendientes a la rehabilitación integral de todo tipo de invalidez y la coordinación de la cooperación de entidades privadas y gubernamentales en materia de su competencia;
- Ch) La creación de programas de rehabilitación que favorezcan la atención de toda clase de minusvalidez que limiten la integración;
- d) La promoción de la incorporación e integración laboral y profesional de las personas limitadas;
- e) La participación en asociaciones, clubes o actividades que persiga los mismos objetivos del Instituto como la fabricación de prótesis, ortésis y otros aparatos ortopédicos y cualesquiera otras actividades que sean en beneficio de la institución y los limitados físicos;
- f) La coordinación con otras organizaciones nacionales o internacionales, de actividades que se realicen en el país, relativa a la rehabilitación de inválidos;
- g) *La promoción de la formación de recursos técnicos y profesionales a nivel universitario, para una eficaz docencia e investigación en rehabilitación;*

Para cumplir con estos fines el Instituto dispondrá de los departamentos, secciones y dependencias que se estime necesario, y cuya creación debe ser acordada por la Junta Directiva, previa la asesoría técnica correspondiente.

Art. 210.- El Instituto se relacionará con el Órgano Ejecutivo por medio del Ministerio. Los órganos de gobierno del Instituto serán a) la Junta Directiva; b) la Presidencia y c) la Gerencia General.

Los organismos asesores del Instituto serán: El Consejo Técnico Consultivo, El Comité Administrativo y el Comité Educacional.

Art. 216.- Son atribuciones de la Junta Directiva:

- i. Dictar las políticas y normas generales del Instituto y orientar su gestión por medio de planes, programas y proyectos en coordinación con el Ministerio;

Art. 223.- Son atribuciones del Gerente General:

- g) Formular a la Junta Directiva recomendaciones sobre normas y procedimientos a seguir en la organización y desarrollo del trabajo del Instituto;
- h) Dirigir, orientar y coordinar las labores del personal en los aspectos administrativos y controlar su eficiencia;

i) Evaluar los resultados obtenidos por las diversas dependencias del Instituto y hacerlos del conocimiento de la Junta Directiva;

Art. 225.- Corresponde al Director Médico, la planificación, dirección, supervisión, coordinación y evaluación de los servicios técnicos del Instituto, en los aspectos de Rehabilitación Integral, a fin de alcanzar el logro de su objetivo.

Art. 227.- Son atribuciones del Director Médico:

a) Preparar los programas de trabajo y hacer los estudios e investigaciones técnicas en los aspectos de Rehabilitación Integral en coordinación con la Gerencia General y el Consejo Técnico Consultivo;

d) Asesorar a la Administración Superior en los aspectos técnicos de Rehabilitación y Educación, con el fin de lograr un adecuado desarrollo de los servicios de la Institución;

g) Solicitar asesoría a la Unidad de Planificación para la elaboración de proyectos de carácter técnico;

SECCION CUARENTA Y NUEVE: Organización Técnica

Art. 229.- Para desarrollar las actividades técnicas del Instituto en forma eficiente, éstas se encomendarán, de acuerdo a cada especialidad, a las siguientes unidades:

a) Centro del Aparato Locomotor, que atenderá a personas que tengan impedimentos físicos de cualquiera de sus miembros o relacionados con el Sistema Musculoesquelético;

b) Centro de Rehabilitación de Ciegos, que atenderá a personas ciegas o amblíopes;

c) Centro de Educación Especial, que atenderá a personas con disminución intelectual;

Ch) Centro de Audición y Lenguaje, que atenderá a personas que presenten trastornos de dichas funciones;

d) Centro de Parálisis Cerebral, que atenderá a personas afectadas de este padecimiento;

e) Centro de Invalideces Múltiples, que atenderá a niños que sufran dos o más invalideces;

f) Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", que atenderá especialmente a personas de edad avanzada;

g) Centro de Rehabilitación Integral de Oriente y Occidente; y

h) Aquéllos otros centros o servicios que el Instituto pueda crear en el futuro.

Cada uno de los Centros antes mencionados estarán a cargo de un Director que cumpla con los requisitos descritos en el Art. 231 de este Código y que además deberá desenvolverse de acuerdo a la especialidad del Centro.

Art. 232.- Son atribuciones de los Directores de los Centros de Rehabilitación:

a) Velar por el buen funcionamiento del Centro a su cargo, tanto en la parte técnica como administrativa;

3. DECRETO N° 503: LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

Art. 1.- Créase el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, como una Institución Autónoma de derecho público, con domicilio en esta ciudad y con capacidad jurídica para contraer derechos, adquirir obligaciones e intervenir en juicio. Podrá establecer Clínicas, Centros o cualquier clase de servicios relacionados con la índole de sus actividades, en cualquier parte del territorio de la República.

Art. 2.- El Instituto tendrá las siguientes finalidades:

- a) La rehabilitación del inválido;
- b) El estudio físico, psicológico, vocacional y social del inválido;
- c) El fomento del interés en la rehabilitación de inválidos.

Para cumplir con estos fines el Instituto deberá disponer de los departamentos, secciones y dependencias que se estimaren necesarios, y cuya creación deberá ser acordada por la Junta Directiva, quien para hacerlo habrá de obtener la asesoría técnica correspondiente.

4. DECRETO LEGISLATIVO NO. 134

Con el propósito de incentivar *mejoras en la calidad de los productos y servicios que se ofrecen a la población salvadoreña*, y con el objeto de *instaurar un modelo de excelencia en la gestión público-privada*, el gobierno del presidente de la República, Mauricio Funes llevó a cabo, el 14 de diciembre 2010, el lanzamiento oficial del “Premio Salvadoreño a la Calidad” y “El Reconocimiento a las Mejores Prácticas”.

Dicho programa tiene como razón de ser *la mejora continua y sustancial de la eficacia y eficiencia de los servicios que se entregan a las salvadoreñas y los salvadoreños*, que son la razón de ser de la Administración del Gobierno en Gestión.

Esta es una estrategia de país que busca *desarrollar sistemas de calidad dentro de las organizaciones públicas y privadas* y fomentar la mejora de la productividad y competitividad de los sectores económicos del país. A su vez, pretende reconocer públicamente a aquellas organizaciones que demuestren ser Modelos de Excelencia como “ejemplares y referentes” para otras organizaciones.

A continuación se presenta el decreto 134: **“CREACIÓN DEL PREMIO SALVADOREÑO A LA CALIDAD Y RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS”**

Art. 1: créense el “PREMIO SALVADOREÑO A LA CALIDAD y RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS”, mismos que se otorgarán a aquellas entidades públicas o privadas que hayan establecido, consolidado y promovido el Modelo Salvadoreño para una Gestión de Excelencia y la Guía de Reconocimiento a las Mejores Prácticas.

Art. 2: Las categorías disponibles para el Premio Salvadoreño a la Calidad y Reconocimiento a las Mejores Prácticas son:

- a. Entidades Públicas;
- b. Entidades Privadas.

Los requisitos mínimos que deben cumplir las entidades para clasificar dentro de estas categorías, así como las actividades de dirección, coordinación, convocatoria y características del Premio Salvadoreño a la Calidad y Reconocimiento a las Mejores Prácticas, serán establecidos en las bases de postulación para cada periodo.

Art. 3: La oficina Administrativa del Premio y Reconocimiento convocará públicamente el concurso cada año y el premio será entregado por el Presidente de la República.

Art. 5: Las bases del Premio determinarán el procedimiento al que habrán de sujetarse las organizaciones postulantes y ganadoras.

Art. 6: Las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán la implementación de modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en procesos, de acuerdo a lineamientos emitidos por la Presidencia de la República, a través de la Secretaría de Asuntos Estratégicos.

Art. 7: Las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán autoevaluarse anualmente, independientemente de su postulación al Premio Salvadoreño a la Calidad y Reconocimiento a las Mejores Prácticas, con el fin de proporcionar sostenibilidad a las actividades encaminadas a una gestión de excelencia. La Secretaría de Asuntos Estratégicos, a través de la Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización del Estado coordinará dicha actividad.

5. CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

La CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA, la cual fue Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008 y Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de octubre de 2008; La cual reconoce que el Estado es un instrumento indispensable para el *desarrollo económico, político y social de cualquier país*, y que en la región tiene que orientarse a la atención de tres

grandes problemas: la consolidación de la democracia, la necesidad de retomar el crecimiento económico y la reducción de la desigualdad social, *garantizando la inclusión social*. Para abordar dichos desafíos, los *Estados iberoamericanos deben adecuar su organización y funcionamiento a las nuevas realidades, aprendiendo de los errores y aciertos de las diversas experiencias recientes y adoptando un nuevo modelo de gestión pública que recupere la capacidad de las Administraciones Públicas iberoamericanas como instrumentos útiles y efectivos al servicio del bien común o interés general de sus respectivas sociedades.*

La Carta Iberoamericana de la Calidad busca los siguientes objetivos:

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

Esta Carta busca principalmente servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

Por lo anterior se considera de vital importancia el diseño de una propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad para la Administración Superior del ISRI basada en la Norma ISO 9001 ya que esta norma establece los lineamientos específicos para el diseño del mismo permitiéndole a la Institución sobrellevar los desafíos en la actualidad respecto a Calidad en la prestación de servicios, convirtiéndola en una organización altamente competente en las áreas en las que se desempeña al enfocarse primordialmente en el cliente y su satisfacción.

6. ANTEPROYECTO DE LEY DEL SISTEMA SALVADOREÑO PARA LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD

En el país está por entrar en vigencia la Ley del Sistema Salvadoreño para la Calidad y Productividad, cuyos objetivos que persigue son los siguientes:

- a. Definir, establecer y regular el Sistema Salvadoreño para la Calidad y Productividad,
- b. La creación e integración del Consejo Salvadoreño para la Calidad y Productividad, entidad que ejercerá la máxima representación y coordinación del Sistema.

La finalidad del Sistema es proteger la salud de los seres vivos, el bienestar social, el medio ambiente y a los consumidores; así como promover la eficiencia y competitividad de todos los sectores productivos del país.

Entre los beneficios que esta ley proporcionaría se encuentran:

- **Consumidores:** Protección de su salud, la seguridad, el medio ambiente, así como prevención y erradicación de prácticas que puedan inducirles a errores en la compra o el consumo.
- **Empresarios:** Impulso al mejoramiento de la calidad, productividad y competitividad, en mercados nacionales e internacionales, abriendo nuevas oportunidades comerciales a los productos o servicios, al generar un mayor grado de confiabilidad y reducir brechas en calidad.
- **Académicos:** Incidencia en curricula académica, favorece la investigación y apoya especialmente las competencias técnicas aplicables a los sectores productivos.
- **Sector Público:** mejora la coordinación en la reglamentación y su vigilancia, reduciendo sus costos.
- **País:** Mejora de la calidad de vida de los habitantes, facilita las actividades comerciales, industriales y de servicios, fortaleciendo la competitividad del país en general.

Además, se establecerá un sistema de acreditación reconocido internacionalmente, otro dedicado a la emisión de reglamentos técnicos de carácter obligatorio y se dotará de técnicas y herramientas de calidad y productividad al alcance de todo nivel de empresas, especialmente para MIPYMES. Se contará con un programa de formación de competencias en talento humano que permita *“hacer de la calidad la única forma de hacer las cosas en El Salvador”*.

C. MARCO INSTITUCIONAL

1. ¿QUÉ ES EL ISRI?

ISRI significa: *Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral*, se encarga de proveer servicios de calidad en el proceso de rehabilitación integral de las personas con discapacidad, participar en la prevención y detección temprana de las discapacidades, asistencia a los adultos mayores con la participación activa del usuario, familias y la comunidad.

Es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención. El ISRI cuenta con 9 centros de rehabilitación.

2. FUNCIONES Y ROL A NIVEL NACIONAL

Al hablar de las funciones que desempeña el ISRI, se tomarán en cuenta las que tienen relación con los usuarios, es decir, servicios médicos, los cuales incluyen medicina general y de especialidad, además servicios de rehabilitación y de apoyo psicológico.

El ISRI es la única institución gubernamental que brinda servicios de rehabilitación a las personas con discapacidad, proporcionándoles con ello las herramientas necesarias para que sean y se sientan útiles a la sociedad, ayudándoles con esto a desarrollar sus habilidades y actividades que realizan en su vida cotidiana.

Además con esto se promueve la inserción de las personas con discapacidad, que pueden ingresar al mercado laboral y llegar a ser independientes económicamente.

3. ANTECEDENTES DEL ISRI

La administración del ISRI por medio de un Sistema de Gestión de Calidad permite de forma general una transformación hacia la modernización, para lograr una mejor calidad en los servicios que preste, ello se lograra a partir de una eficiente y eficaz administración. Es importante establecer que un sistema de calidad debe regirse bajo ciertos lineamientos a fin de lograr el mejor resultado. Para conceptualiza de mejor la idea de un Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI consideramos con contexto bajo el cual se desempeña el ISRI:

3.1 EL PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO 2010-2014

Como parte de las proyecciones del Gobierno de El Salvador se considera el Plan Quinquenal de Desarrollo, el cual está estructurado alrededor de dos objetivos estratégicos: a) sentar las bases para instaurar un nuevo modelo de crecimiento y de desarrollo integral, que sea a la vez sustentable e inclusivo y b) profundizar y consolidar la democracia. Este plan puede considerarse como parte considerable referente a los aspectos legales dado que establece de manera general

los lineamientos a seguir como institución pública relacionados a su funcionalidad y desarrollo. A continuación se presentan los puntos sobresalientes del Plan Quinquenal de Desarrollo:

⊕ **Las principales apuestas estratégicas para el año 2024:**

Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de calidad, que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada con las atribuciones que le asigna la Constitución de la República y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligente y transparente. Para dar pasos definitivos en esta dirección el gobierno de la república se compromete a formular e impulsar una reforma del sector público, que incluirá la descentralización y desconcentración de los servicios que presta el Gobierno y la creación de mecanismos institucionales que aseguren transparencia en la gestión pública. Además, adquiere el compromiso de favorecer un proceso de movilización de recursos externos e internos destinados a fortalecer las finanzas del Estado.

⊕ **Las áreas prioritarias del quinquenio:**

La reforma estructural y funcional de la administración pública, la desconcentración y la descentralización de la misma y la implementación de un pacto fiscal que garantice finanzas públicas sostenibles y favorezca el crecimiento económico, el desarrollo social y el fortalecimiento de la institucionalidad democrática.

Para incidir de forma positiva en las áreas prioritarias se ha concebido una novedosa estrategia de intervención integral que considera tanto la creación de una nueva institucionalidad para promover el desarrollo como el rediseño y la modernización de la ya existente.

⊕ **Parte de la estrategia de intervención para alcanzar los objetivos y las metas:**

A) El Sistema de Protección Social Universal:

La ejecución del Sistema de Protección Social Universal pondrá al gobierno de la república y a la sociedad salvadoreña ante importantes desafíos políticos e institucionales que deberán enfrentar mediante la unidad nacional. Por esta razón su despliegue requiere de un acuerdo nacional fiscal para el desarrollo social (o pacto fiscal) y de un nuevo modelo de gestión de las políticas públicas. Esto conlleva, a su vez, una reforma integral de la coordinación, de la programación, del presupuesto y de la ejecución de las políticas sociales (comenzando por las entidades regulatorias del Órgano Ejecutivo). Como parte del Plan Quinquenal de Desarrollo también se propiciará el fortalecimiento de las instituciones y se adoptarán las herramientas de gestión que permitan formalizar la coordinación interinstitucional, de modo que se logre la integralidad de acciones y la identificación de los grupos en condición de pobreza y exclusión social.

El Sistema de Protección Social Universal será complementado con la aplicación de políticas sociales estratégicas que tienen como finalidad principal ampliar la cobertura de los servicios sociales básicos y mejorar su calidad, contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida de la población salvadoreña.

B) Políticas de seguridad, convivencia democrática y proyección internacional

Política nacional de gobernabilidad y modernización del Estado

Los principios sobre los que se construirá la política de gobernabilidad y de modernización del Estado son los siguientes: a) diálogo y concertación permanente; b) participación ciudadana; c) igualdad de todos los ciudadanos y las ciudadanas; d) mérito y flexibilidad y e) eficacia, efectividad y eficiencia.

El objetivo fundamental de la política es contribuir a la gobernabilidad e impulsar la modernización del Estado a través de la participación social en democracia, que incluye una ciudadanía responsable y una administración pública profesional y eficiente.

Las principales líneas estratégicas que se han definido son las siguientes: a) prevención de las crisis y manejo de conflictos a través del diálogo y la búsqueda de acuerdos, b) promoción de una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo de la administración pública, c) mejora en la profesionalización y en las condiciones de trabajo de los servidores públicos y d) propiciar los derechos humanos, la ciudadanía responsable y la participación social en democracia.

Con relación a la promoción de la gestión de calidad y al perfeccionamiento continuo en la administración pública las acciones principales son: a) adecuar las estructuras orgánicas para evitar la duplicidad de actividades, facilitar la cooperación interinstitucional y estimular la obtención de resultados; b) analizar y proponer la adecuación de los marcos normativos para cumplir con los objetivos de las políticas públicas; c) involucrar a todo el personal en la adopción y fomento de una cultura de calidad y de perfeccionamiento continuo; d) establecer cartas de compromisos con la ciudadanía en los trámites y servicios de mayor impacto; e) implementar un sistema de evaluación de la calidad de la gestión pública para identificar áreas que deben ser mejoradas y f) instaurar el premio nacional a la calidad.

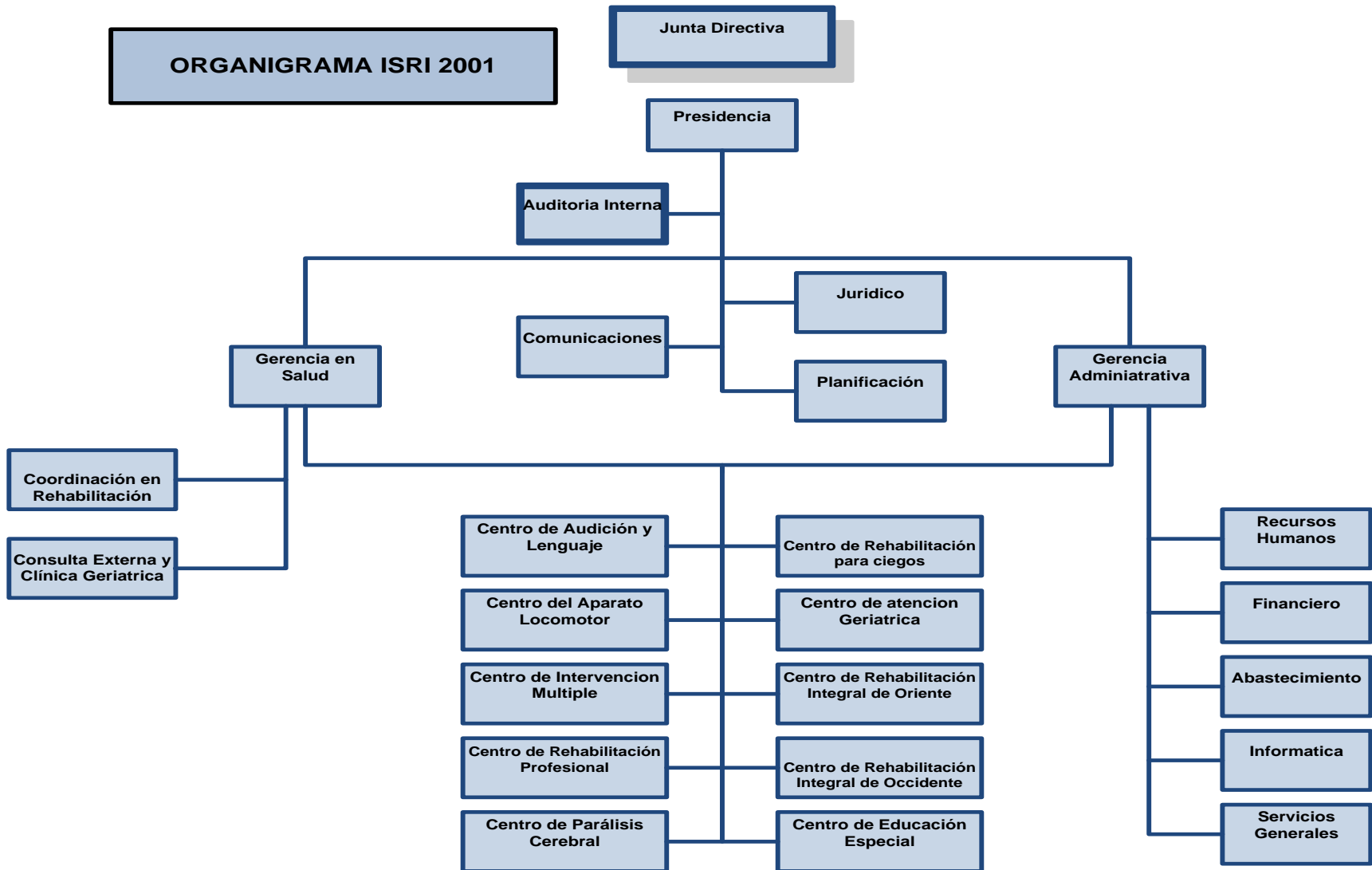
Con las exigencias presentadas por parte del actual gobierno, descritas anteriormente, surge la necesidad de cumplirlas y lograr un buen desempeño como Institución Pública, por ello se presenta a continuación los cambios que ha presentado el ISRI en los últimos años, cambios que justifican la importancia de diseñar un Sistema de Gestión de Calidad a fin de Modernizar la institución y cumplir con los requerimientos establecidos por el GOES.

3.2 CAMBIOS ORGANIZATIVOS DEL ISRI

⊕ CAMBIOS ORGANIZATIVOS DEL ISRI DESDE EL AÑO 2001 A LA FECHA

El ISRI ha sufrido algunos cambios en su organización desde el año 2001 a la fecha cambios que se reflejan en la fusión de unidades y centros de atención, así como también han prescindido de otras según las necesidades que han ido surgiendo. Apreciando dichos cambios se pueden observar en los siguientes organigramas institucionales:

Esquema 5: Organigrama ISRI 2001



Esquema 6: Organigrama ISRI 2011

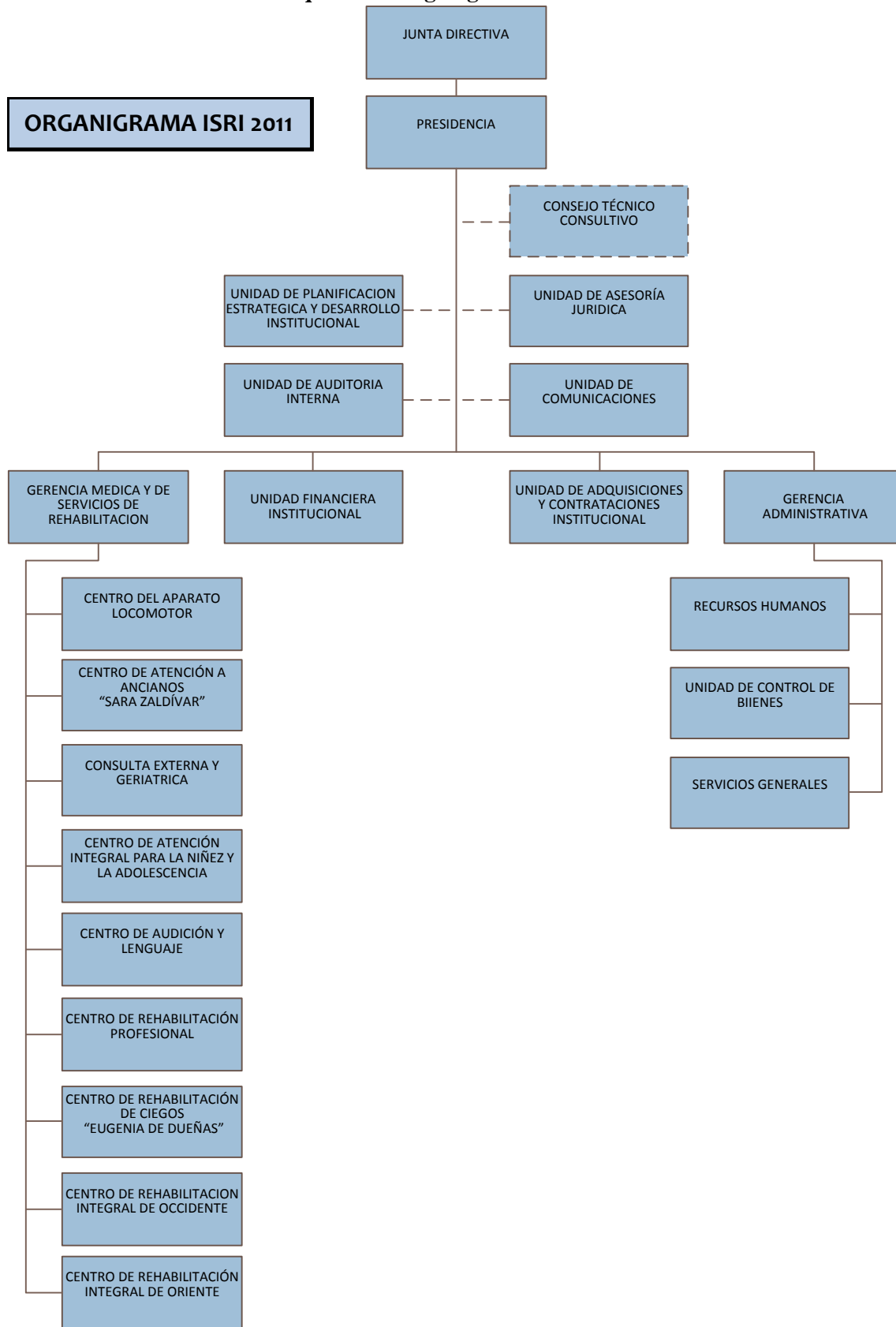


Tabla 2: CAMBIOS ORGANIZATIVOS REALIZADOS EN EL ISRI:

Fuente: Informes de la unidad Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI

AÑO 2001	AÑO 2011
JUNTA DIRECTIVA	JUNTA DIRECTIVA
PRESIDENCIA	PRESIDENCIA
	CONSEJO TECNICO CONSULTIVO
AUDITORIA INTERNA	UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA
DPTO. COMUNICACIONES	UNIDAD DE COMUNICACIONES
DPTO. JURIDICO	UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA
DPTO. PLANIFICACION	UNIDAD DE PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL
GERENCIA ADMINISTRATIVA *Dpto. Recursos Humanos *Dpto. Financiero *Dpto. Abastecimiento *Dpto. de Informática *Servicios Generales	GERENCIA ADMINISTRATIVA: *Recursos Humanos *Unidad de Control de Bienes *Servicios Generales
GERENCIA EN SALUD *Coordinación en rehabilitación *Consulta externa y Clínica Geriátrica	GERENCIA MEDICA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Centros de Atención Especializada: 1. Centro de Audición y lenguaje 2. Centro del Aparato Locomotor 3. Centro de Intervención Múltiple 4. Centro de Rehabilitación Profesional 5. Centro de Parálisis Cerebral 6. Centro de Rehabilitación Para Ciegos 7. Centro de Atención Geriátrica 8. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente 9. Centro de Rehabilitación Integral de Occidente 10. Centro de Educación Especial	Centros de Atención Especializada: 1. Centro de Audición y lenguaje 2. Centro del Aparato Locomotor 3. Centro Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” 4. Centro de Rehabilitación Profesional 5. Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia Dueñas” 6. Consulta Externa y Geriátrica 7. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente 8. Centro de Rehabilitación Integral de Occidente 9. Centro de atención Integral para la Niñez y la Adolescencia

PERSONAL DEL ISRI 2009-2011:

Siendo una institución que brinda servicios a un número significativo de la población y siendo esta una demanda creciente se vuelve de suma importancia que en los centros se encuentre el personal adecuado para la atención de la misma, por lo que se puede observar en el siguiente cuadro el aumento del personal tanto en la administración Superior como en los distintos centros que componen el ISRI para los años 2009-2011.

Tabla 3: Empleados por Centro de Atención del ISRI

Fuente: Informes de la unidad Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI

AREA	N° DE EMPLEADOS (2009)	N° DE EMPLEADOS (2011)
ADMINISTRACION SUPERIOR	92	104
CENTRO DE ATENCION A ANCIANOS "SARA ZALDÍVAR"	115	166
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA LA ATENCION DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (CRINA)	119	117
CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)	104	103
CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE (CALE)	54	60
CENTRO DE REHABILITACION DE CIEGOS "EUGENIA DE DUEÑAS"	32	52
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE ORIENTE (CRIOR)	51	58
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)	36	54
CONSULTA EXTERNA Y GERIATRÍA	53	38
CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL (CRP)	56	32
TOTAL ISRI:	712	784

⊕ ESTUDIO REALIZADO EN EL ISRI SOBRE LA CALIDAD EN SUS SERVICIOS:

En el año 2009 se realizó un estudio para identificar como se encontraba la calidad de los servicios brindados por el ISRI, dicho estudio abarcó 4 los centros de atención especializada con los que cuenta la institución, con el fin de poder identificar las deficiencias en el desarrollo de los mismos y así poder elaborar propuestas de mejora, mediante la opinión que los usuarios externos tenían respecto a dichos servicios.

Se desarrollaron una serie de preguntas referentes a la calidad del servicio, los horarios de atención, factores que inciden a la hora de prestar el servicio, dificultades en el uso del servicio, etc., con el fin de sondear la opinión de los usuarios y las sugerencias o expectativas que tenían de los servicios.

⊕ RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE USUARIOS

Los datos los constituyen 267 personas encuestadas que están dispersas en cuatro centros de atención a usuarios: Centro del Aparato Locomotor (CAL); Centro de Rehabilitación para Ciegos "Eugenia de Dueñas", Centro de Rehabilitación Integral para la niñez y adolescencia (CRINA) y Centro de Consulta Externa y Geriátrica.

Dentro del Centro del Aparato Locomotor (CAL), los datos están formados por el 37%(n=25) de hombres y 63%(n=42) de mujeres.

Su mayor población la constituyen adultos de 41 años en adelante, los cuales hacen un total de 25% del 37% del total de hombres y un 75% del 63% del total de mujeres.

En el Centro de Rehabilitación “Eugenia Dueñas”, los datos están formados por el 52%(n=11) de hombres y 48%(n=10) de mujeres.

Su mayor población la forman, niños de 0 a 12 años, los cuales hacen un total de 54% del 52% del total de hombres y un 46% del 48% del total de mujeres.

En el Centro de Rehabilitación de niños y Adolescentes (CRINA), los datos están formados por el 63%(n=87) de hombres y 37%(n=52) de mujeres.

Como su nombre lo indica, este centro atiende únicamente población infantil, lo cual constituye, niños de 0 a 12 años, quienes hacen un total de 62% del 63% del total masculino y un 38% del 37% del total femenino.

En el Centro de Consulta Externa, los datos están formados por el 45%(n=18) de hombres y 55%(n=22) de mujeres.

Su mayor población la forman, niños de 0 a 12 años, los cuales hacen un total de 56% del 45% del total de hombres y un 44% del 55% del total de mujeres.

A nivel general los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

Tabla 4: Datos Demográficos de Usuarios por Centro de Atención del ISRI

Fuente: Informes de la unidad Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI

A Nivel General (267 encuestas)			
Hombres (141)		Mujeres (126)	
53%		47%	
Edad del Paciente		Edad del Paciente	
0-12	115 (43%)	0-12	71 (27%)
13-20	4 (1%)	13-20	2 (1%)
21-40	7 (3%)	21-40	11 (4%)
Más de 40	15 (6%)	Más de 40	42 (16%)
	141 (53%)		126 (47%)

De los datos demográficos, se obtuvo que el 53% (n=141) de los encuestados son de sexo masculino y 47% (n=126) de sexo femenino.

Se observa que se entrevistaron más hombres y la satisfacción general de los usuarios es del 64%. El rubro más grande de los usuarios son niños, cuyas edades oscilan entre los 0 a 12 años, los cuales constituyen un 43%(n=115) de hombres y 27%(n=71) de mujeres, seguido por personas de más de 40 años, los cuales están formados por un 6%(n=15) que son hombres y un 16%(n=42) de mujeres.

I. CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)

Los aspectos que los usuarios consideran como Bueno en cuanto al servicio y atención son: “Atención” (con un 83%), “Amabilidad” (con un 78%), “Interés” y “Trato personal” (ambos con un 63%), mientras que más de la mitad de estos (el 69% de los encuestados), se encuentran satisfechos con el servicio de rehabilitación que reciben.

Se consideran como los aspectos más importantes en el servicio la amabilidad del personal (con un 55%) y puntualidad (con un 40%) y rapidez con que le atienden, pero expresan que las mayores dificultades para asistir a sus terapias están constituidas por la falta de dinero (con un 36%) y transporte (con un 27%). Además muchas veces se ven obligados a faltar (el 32%) porque las citas coinciden con distintas obligaciones que tienen los usuarios.

Los usuarios se encuentran informados de su estado de salud (el 94%) ya que perciben que obtienen la adecuada y suficiente información de las personas que los atienden, la cual incluye las instrucciones para seguir su terapia en casa (96%).

Dada la importancia de las instalaciones, consideran que cumplen con los requisitos para la fácil movilización de sus pacientes, que además incluyen buena iluminación y cómoda sala de espera.

En cuanto al tiempo de duración de las terapias, los usuarios opinan que es suficiente y es utilizado eficientemente (según el 90%), además les parece conveniente el tiempo entre cada cita que se les extiende (89%).

II. CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA CIEGOS “EUGENIA DUEÑAS”

La mayoría de los usuarios consideran que los aspectos implícitos en la atención y los servicios son excelentes, igualmente están satisfechos con el servicio de rehabilitación que reciben de este Centro (según el 57%).

Según la opinión de los usuarios, los aspectos que ellos perciben como más importantes para sentirse satisfechos son los que están enfocados entre la relación personal-usuario, (con un 33%) ya que la percepción de estos es que están capacitados para desempeñarse en su puesto; sin embargo, la razones por las que algunas veces no asisten van más allá del trato que reciben, las cuales son: falta de dinero (según el 33%), enfermedad (con un 26%), ya sea del usuario o del encargado hasta problemas de transporte (19%).

Los usuarios consideran que la información que les brinda este centro acerca de su estado de salud es buena (76%), de igual forma les brindan la información adecuada para continuar la terapia en casa (76%).

Gran parte de los usuarios opinan que las instalaciones del centro son adecuadas, es decir, la sala de espera (con un 76%), fácil acceso (con un 67%) y mobiliario (con un 62%), entre otros, esto se le puede atribuir a que los pasillos son amplios, dada la condición de los usuarios facilita su movilización o desplazamiento.

En cuanto al tiempo de duración de las terapias, los usuarios opinan que es suficiente (con un 53%) y es utilizado eficientemente (con un 76%), además les parece conveniente el tiempo entre cada cita que se les extiende (81%).

III. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (CRINA)

En cuanto a la atención y los servicios que brinda este centro, una porción de los usuarios lo evalúan como Excelente (69%), esto se refleja en el alto nivel de satisfacción en los servicios de rehabilitación.

Debido a que este centro atiende a niños y adolescentes, los padres o encargados expresan que deben ser tratados con amabilidad (con un 58%) y deben tener buena actitud e interés (con un 42%), para sentirse satisfechos en el servicio que les brindan a sus hijos.

Dado que los pacientes son niños, estos van acompañados por adultos, lo que implica el incremento en el costo (falta de dinero, con un 63%) para asistir a la terapias, y esto incluye la dificultad en la movilización y transporte (con un 53%), sumado a esto en muchas ocasiones a causa de enfermedad (32%) tanto de la persona encargada o del mismo usuario, les impide asistir a las terapias.

Los padres de familia se encuentran suficientemente informados tanto del estado de salud (con un 91%) de sus hijos como de las terapias o cuidados que deben de continuar en casa (96%).

En cuanto a las instalaciones, las personas opinan que se encuentra en buenas condiciones, son amplias, iluminadas (72%) y de fácil acceso (57%).

Para los padres de familia el tiempo de duración de la terapia no es suficiente, ya que les gustaría que durara como mínimo 45 minutos (46%), dado que la mayoría de veces, como se mencionó anteriormente, se les dificulta el asistir por lo que desearían aprovechar al máximo las visitas al centro.

IV. CENTRO DE CONSULTA EXTERNA Y GERIÁTRICA

Un alto porcentaje (según el 55%) de los usuarios opina que el servicio y la atención brindado por este centro está de acuerdo a sus expectativas. En cuanto a la opinión de las consultas que reciben, los usuarios se sienten satisfechos.

La “Amabilidad del personal” (con el 88%), “Puntualidad y rapidez” (con el 63%) y “Actitud e interés del personal” (con un 33%) son algunos de los aspectos que los usuarios consideran más

importantes al momento de solicitar servicio; cabe mencionar que muchos de los usuarios opinan que es importante respetar la hora establecida de la cita. Los principales dificultades que tienen los usuarios para asistir a sus terapias son la “Falta de dinero” (según el 60%), “Transporte” (según el 53%).

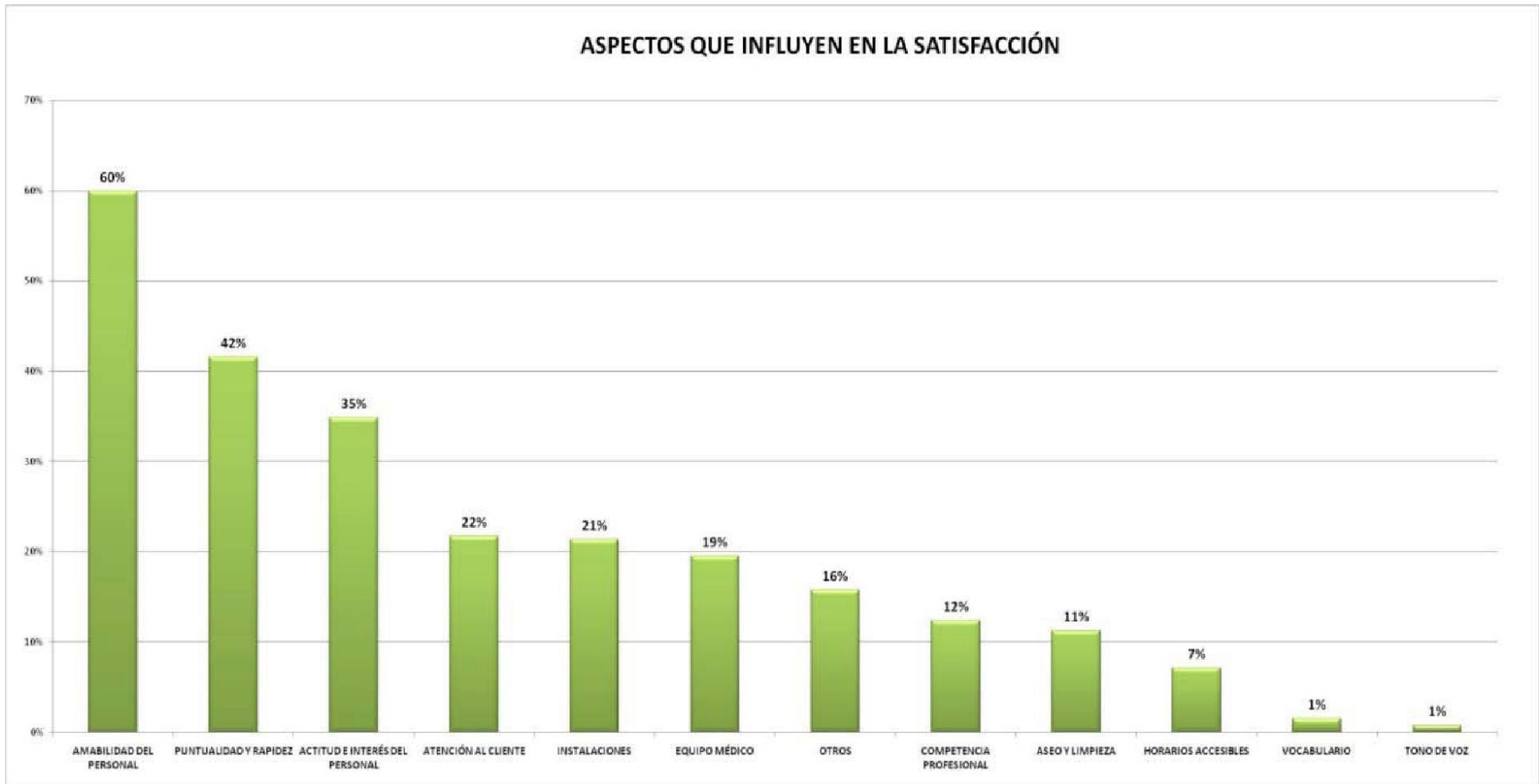
Los usuarios consideran que les proporcionan la información adecuada de su estado de salud (según el 95%), así como también la información necesaria para continuar la terapia en casa (según el 82%).

En general los pacientes consideran que las instalaciones poseen las condiciones necesarias, podemos mencionar la señalización (con un 90%) e iluminación (con un 83%), pero opinan que los espacios son reducidos para la fácil circulación, tomando en cuenta que la mayor parte de sus usuarios son niños y necesitan espacio suficiente para una mejor movilización. El tiempo actual de duración de la consulta es suficiente (según el 72%), ya que esta dentro del rango deseado y es aprovechado de forma eficiente (con el 90%), así mismo, se considera conveniente el lapso de tiempo esperado para cada cita (65%).

PRINCIPALES FACTORES QUE AFECTAN LA SATISFACCIÓN AL USUARIO

Se observa que los usuarios en general, consideran que los principales aspectos que influyen en su nivel de satisfacción son: Amabilidad del personal con un 60%, Puntualidad y rapidez con un 42% y la Actitud e interés del personal con un 35%. Se puede observar que los aspectos en los que se debe tomar mayor énfasis para mantener satisfechos a los usuarios están enfocados en el trato hacia ellos y la rapidez con que se les atiende. Entre los aspectos evaluados con menos relevancia se mencionaron: Tono de voz y Vocabulario con un 1% y Horarios accesibles con un 7%.

Grafica 1: Aspectos que incluyen en la satisfacción de los Usuarios



Respuestas obtenidas en pregunta #3

⊕ ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA CON LOS DIRECTORES DE CADA CENTRO.

Según la opinión de los directores de cada centro los métodos de evaluación de la satisfacción de los usuarios son los siguientes:

1. **Las encuestas**, las cuales se evalúan cada 6 meses o una vez al año.
2. **Los buzones de sugerencias**, que se encuentran de forma permanente y se revisan semanalmente.
3. **Asamblea con los padres de familia**, que se realiza únicamente para el CRINA dos veces al año.

Manifestaron que los factores más relevantes en la satisfacción de los usuarios eran considerados aquellos en los que se refieren al trato directo con el paciente al motivarlo a él y a su familia informándoles los beneficios y mejorías que reciben en el servicio brindado por las personas capacitadas, además de contar con un equipo médico en buenas condiciones, limpieza y orden de las instalaciones, con una atención adecuada y amable en servicio social, el tiempo en que se les extiende su consulta y terapia sea de acuerdo a la situación de la persona discapacitada y a sus necesidades de mejoría y que se les informe acerca de su estado de salud y su progreso y cómo atender ese estado.

En cuanto al los programas de inducción de los nuevos empleados, el ISRI imparte cursos de atención al cliente esporádicamente en los que se les imparte la forma en que se les debe brindar el servicio a los usuarios, además se les orienta por medio de el Manual de Organización y el Plan de Trabajo las funciones que deben desempeñar en su puesto de trabajo brindándoles ayuda el coordinador de cada área implicada en el caso.

Los problemas que se encuentran dentro del ISRI son aquellos que se relacionan básicamente con la limitación del presupuesto para invertir en mejoras en las instalaciones, capacitar o contratar más personal especializado, así como también mobiliario y equipo médico.

4. HISTORIA DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI)

4.1 COMO NACE EL ISRI:

La falta de una institución especializada para brindar atención a las personas con discapacidad lleva a un grupo de nobles ciudadanos a darle vida el 25 de noviembre de 1957 a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación.

Ese ente se encargaría de darle atención médica a las personas que eran ingresadas en los hospitales sin recibir la asistencia adecuada, también se ayudaría a las personas con parálisis cerebral que por sus bajos recursos no asistían ni a los hospitales.

En estos primeros pasos dentro del campo de la rehabilitación el experto estadounidense David Amato propuso tres puntos fundamentales.

- ⊕ Entrenamiento en el exterior de personal técnico en el campo de la rehabilitación.
- ⊕ Divulgación del concepto de rehabilitación para despertar el interés del público y del gobierno en esta rama de la medicina.
- ⊕ La creación de un centro integral nacional de rehabilitación.

Sobre el primer punto se logro a través del gobierno del Coronel José María Lemus, becas para la capacitación de personal en el exterior, se envió a Estados Unidos a estudiar medicina física y rehabilitación a un médico, y a un ingeniero a estudiar aparatos ortopédicos y miembros artificiales, ambos destacados en el departamento de medicina física y rehabilitación del Medical Center de Nueva York, a cargo del Dr. Howard Rusk.

También se enviaron a México a seis enfermeras graduadas a estudiar fisioterapia, dos profesoras a estudiar terapia ocupacional, dos profesores a estudiar terapia de lenguaje y cuatro jóvenes a estudiar fabricación de aparatos ortopédicos y miembros artificiales.

Luego de finalizada su capacitación y al regresar al país este personal empezó a brindar sus conocimientos en el recién creado departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital.

El éxito alcanzado por la excelente atención científica brindada a la población discapacitada llevo a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación a demandar ante el Directorio Cívico Militar, la promulgación de la ley que dio vida al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), esa ley fue aprobada y publicada en el Diario Oficial del 27 de diciembre de 1961.

Posteriormente la Asamblea Legislativa aprobó en julio de 1962, la ley de salarios para las oficinas administrativas del ISRI, con el fin de que se planificara para que las labores del instituto comenzaran en 1963.

El ISRI inicio sus funciones de forma provisional en el edificio Rubén Darío. En la ley de salarios y presupuestos de 1963 aparece ya el ISRI con la dependencia del Asilo Sara, Rehabilitación para Ciegos y Escuela de Educación Especial.

La junta directiva del ISRI se dedico a mejorar la organización de la institución cambiando su funcionamiento. También se dieron los pasos necesarios para la creación de otros centros de rehabilitación y así cubrir la demanda de servicio.

Con el correr del tiempo el ISRI, se modernizo y hoy en día cuenta con diez centros de rehabilitación y con la misión de proveer servicios de calidad en el proceso de rehabilitación integral de las personas con discapacidad, participar en la prevención y detección temprana de las discapacidades, asistencia a los adultos mayores con la participación activa del usuario, familias y la comunidad.

El ISRI cuenta además con una visión fundamental que consiste en ser reconocidos como la institución modelo a nivel nacional y centroamericano en el campo de la rehabilitación.

Tanto la misión como la visión del ISRI están acompañadas de una serie de objetivos básicos como la de mejorar la prestación de servicios integrales de rehabilitación para personas con discapacidad, fomentar la investigación en el área de la rehabilitación integral, promover la participación social en el contexto de la rehabilitación integral de la persona entre otros.

Estos aspectos fundamentales, son la base del funcionamiento de los nueve centros los cuales son los siguientes: Centro de Atención Integral para la Niñez y la Adolescencia, Centro de Audición y Lenguaje, Centro de Rehabilitación para Ciegos "Eugenia de Dueña", Centro del Aparato Locomotor, Centro de Rehabilitación Profesional, Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", Unidad de Consulta Externa y Clínica Geriátrica, Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (ubicado en San Miguel) y el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (localizado en Santa Ana).

4.2 Reforma de ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral

El 19 de diciembre del 2011 fue presentada ante la Asamblea Legislativa la iniciativa de reforma de la ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), dicha propuesta tuvo como objeto fundamental modificar la denominación del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos por "Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral", debido a que los términos inválidos y minusválidos entre otros, en la actualidad han sido superados en las nuevas concepciones de protección de los derechos humanos a favor de las personas con facultades especiales, a quienes según los organismos internacionales son considerados como personas con discapacidad, con lo cual se evita la calificación estigmatizante a los mismos.

En atención a tales consideraciones la Comisión de Salud estimo procedente emitir las reformas pertinentes, las cuales se verán reflejadas en el Código de Salud, de conformidad al artículo 337 de dicho documento legal.

Por consiguiente se modifica la iniciativa original, en sentido que la propuesta se realizara al Código de Salud, debido a que a juicio de la Comisión de Salud el Decreto No. 503 que contiene la Ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos se considera derogada tácitamente, de conformidad al artículo 50 del código civil. A continuación se presenta el proyecto de decreto con las respectivas reformas.

DECRETO NO. 970

La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, considerando:

- I. Que mediante Decreto Legislativo No. 955 de fecha 28 de abril de 1988, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo 299 del 11 de mayo del mismo año, se emitió el Código de Salud.
- II. Que el referido cuerpo legal en la parte relativa a las personas con discapacidad, se refiere a terminologías que no se adaptan a las contenidas respecto de la medicina

moderna y siendo que El Salvador es suscriptor de las Convenciones de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, es procedente emitir las reformas pertinentes a efecto de adecuarlo a las mismas.

POR TANTO,

En uso de sus facultades constitucionales y a iniciativa del Presidente de la República por medio de la Ministra de Salud, y con el apoyo de 65 Diputados.

DECRETA las siguientes reformas al Código de Salud, emitido mediante Decreto Legislativo No. 955 de fecha 28 de abril de 1988, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo 299 del 11 de mayo del mismo año.

Art. 1.- Refórmase el artículo 207 de la siguiente manera:

“Art. 207. El Ministerio, por medio del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, que en el presente Código se le denominará: “El Instituto” promoverá el establecimiento de centros de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en los aspectos físicos, psíquicas, educacionales, profesionales y económicos con el fin de integrarlos como miembros activos de la comunidad”.

Art. 2.- Refórmase los literales “a, b, c y ch” del artículo 209 de la siguiente manera:

“a. La detección de incapacidad y prevención del apareamiento de discapacidades a través de acciones específicas de salud y educación, basadas en estudios epidemiológicos de las causas físicas, psíquicas y sociales de las diferentes limitaciones”.

“b. El estudio físico, psicológico, vocacional y social de la persona con discapacidad, para rehabilitarla e incorporarla a la sociedad de acuerdo a sus capacidades residuales”.

“c. El fomento y promoción de las actividades tendientes a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad y la coordinación de la cooperación de entidades privadas y gubernamentales en materia de su competencia”.

“ch. La creación de programas de rehabilitación que favorezcan la atención de toda clase de discapacidad que limiten la integración.”

“En el desarrollo de este Código, dicha entidad se denominará simplemente “el Instituto””.

Art. 3.- A partir de la vigencia del presente Decreto, cuando en otras disposiciones legales se mencione al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, o a los titulares del mismo, deberá entenderse que se refiere al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. De igual manera, todos los contratos celebrados, las obligaciones contraídas y los derechos que

corresponden al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, deberá entenderse celebrados, contraídos y correspondientes al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Art. 4.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial. DADO EN EL SALÓN AZUL DEL PALACIO LEGISLATIVO: San Salvador, a los veinte días del mes de diciembre del año dos mil once.

Considerando lo anterior en el desarrollo de la Etapa de Diseño y la subsiguiente etapa se hará referencia al instituto con la denominación “Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral”.

5. MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS Y VALORES INSTITUCIONALES

5.1 MISIÓN

Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la **provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con *calidad* y *calidez***, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

5.2 VISIÓN

Ser una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, *reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.*

5.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas.
- Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
- Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.
- Intervenir tempranamente las discapacidades en las diferentes áreas de atención del Instituto.
- Contribuir en la prevención y detección temprana de las discapacidades.
- Promover la equiparación de oportunidades para la plena participación social de las personas con discapacidad.
- Promover la investigación orientada a la consecución de sus fines.
- Dirigir el Desarrollo Institucional.

5.4 VALORES INSTITUCIONALES

- **CALIDEZ:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **COMPETENCIA:** mantenemos la actitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.

- **COMPROMISO:** estamos identificados con el quehacer de la Institución y concientizados que el ISRI es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención.
- **CONFIDENCIALIDAD:** somos reservados en el uso de la información institucional.
- **EQUIDAD:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de rehabilitación.
- **LEALTAD:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **RESPONSABILIDAD:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **TRANSPARENCIA:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **UNIDAD:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.

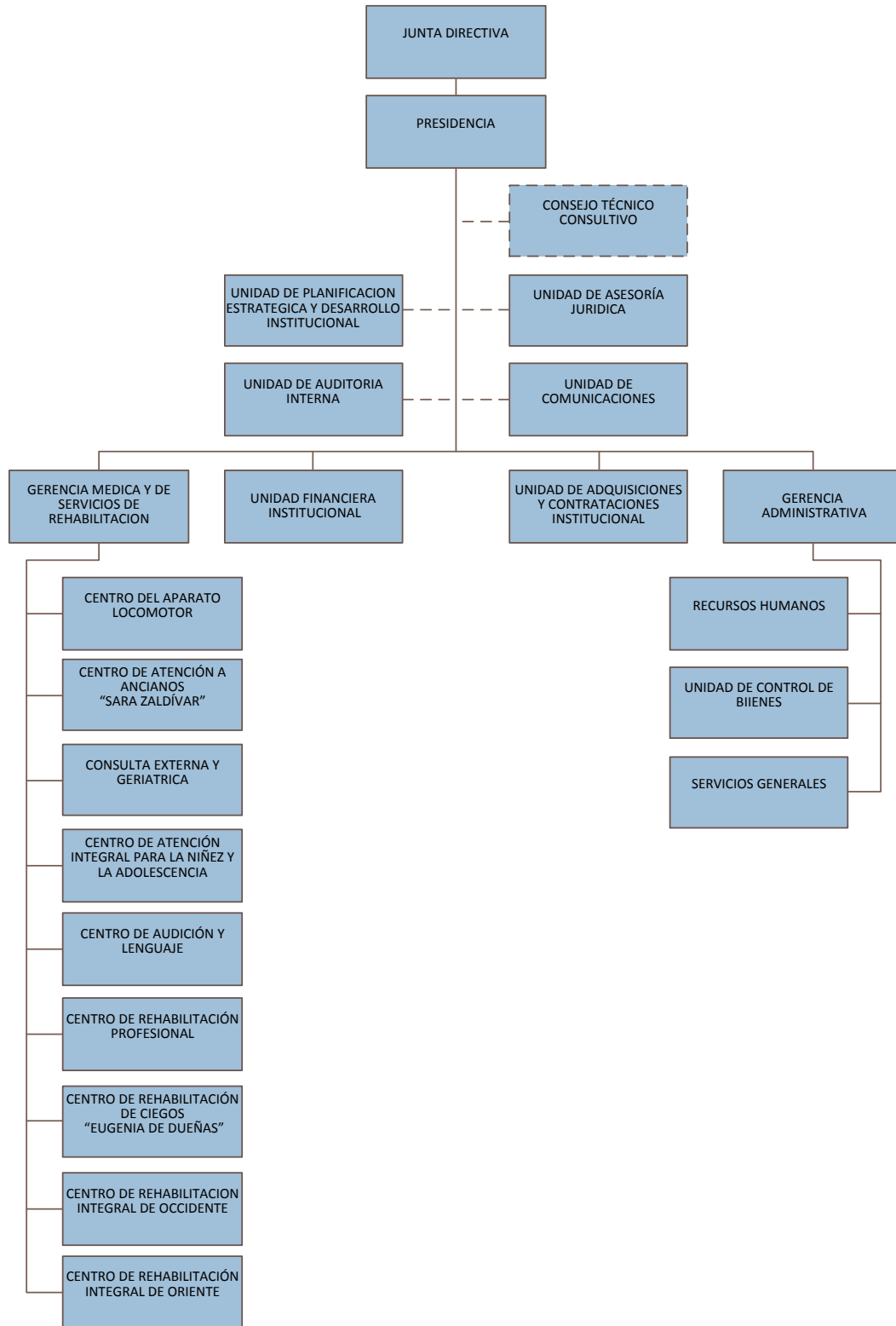
6. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL ISRI

6.1 ORGANIGRAMA DEL ISRI:

El ISRI está constituido por el ÁREA DE ADMINISTRACIÓN SUPERIOR y nueve CENTROS DE ATENCIÓN. A continuación se presenta su distribución:

- **En San Salvador:**
 - Administración Superior:
 - Unidad de planificación estratégica y desarrollo Institucional
 - Unidad de Asesoría Jurídica
 - Unidad de Auditoría Interna
 - Unidad de Comunicaciones
 - Unidad Financiera Institucional
 - Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
 - Gerencia Administrativa
 - Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación
 - Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”;
 - Centro de Rehabilitación Integral de la Niñez y la Adolescencia (CRINA);
 - Centro del Aparato Locomotor (CAL);
 - Centro de Audición y Lenguaje (CALE);
 - Centro de Rehabilitación Profesional (CRP);
 - Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”; y
 - Unidad de Consulta Externa y Geriátrica.
- **En Santa Ana:**
 - Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO).
- **En San Miguel:**
 - Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

Esquema 7: ORGANIGRAMA DEL ISRI 2011



6.2 ORGANIZACIÓN DEL ISRI:

Para cumplir con su Misión y Visión, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral está constituido en niveles jerárquicos que se rigen por la Ley Orgánica del Instituto, por el Código de Salud, por el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI y por otras normativas aplicables. Cada Nivel está integrado por las siguientes áreas:

Tabla 5: Niveles de Organización del ISRI

Fuente: Memoria de Labores 2010 del ISRI

NIVEL	ÁREA
Dirección	<ul style="list-style-type: none">▪ Junta Directiva▪ Presidencia
Asesor	<ul style="list-style-type: none">▪ Auditoría Interna▪ Asesoría Jurídica▪ Comunicaciones▪ Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
Gerencial	<ul style="list-style-type: none">▪ Gerencia del ISRI▪ Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación
Operativo	<ul style="list-style-type: none">▪ Dirección de Centro▪ Administración de Centro▪ Jefatura de Área▪ Personal Técnico y Administrativo

La Junta Directiva es la autoridad superior en el orden administrativo, financiero y técnico. Entre sus atribuciones están la de dictar las políticas y normas generales del Instituto y orientar su gestión. La Junta Directiva está integrada por el Presidente del ISRI, quien es Presidente de la Junta Directiva, y por un representante de cada una de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
- Ministerio de Hacienda;
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social;
- Ministerio de Educación;
- Ministerio de Relaciones Exteriores;
- Asociación Nacional de la Empresa Privada;
- Fundación Teletón Pro-Rehabilitación; y
- Universidad de El Salvador.

Los actuales miembros de La Junta Directiva son: Sr. Luis Edgardo Ayala Córdoba, Representante Suplente FUNTER; Ing. Liliam Sánchez de Handal, Representante Propietaria FUNTER; Arq. Julia Mercedes Alvarenga de Quintanilla, Representante Propietaria Ministerio de Educación; Dra. María Isabel Rodríguez, Representante Propietaria Ministerio de Salud; Dr. José Vicente Coto Ugarte, Presidente ISRI; Licda. Ana Marta Najarro Espinoza, Representante suplente Ministerio de Educación; Lic. José Guillermo Coto, Representante Suplente Ministerio

de Trabajo; Ing. Miguel Abelardo Quijano, Representante Propietario ANEP; Lic. Juan Francisco Barahona Quezada, Representante Suplente Ministerio de Hacienda; Lic. Jorge Alberto Jiménez, Representante Propietario Ministerio de Relaciones Exteriores; Ing. Marcelino Samayoa, Representante Suplente ANEP y Lic. Francisco Orantes, Representante Propietario Ministerio de Trabajo.

El **Presidente del Instituto** es nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, y le corresponde ejercer la representación legal del ISRI, pudiendo delegar esta facultad en uno de los Gerentes, en el Asesor Jurídico o en uno de los dos Vicepresidentes de la Junta Directiva, previa autorización de la misma. Al Presidente le compete dirigir las acciones tendientes a lograr la Visión, cumplir con la Misión y alcanzar los objetivos del Instituto.

El **Nivel Asesor** puede proponer, recomendar y sugerir soluciones a solicitud de los diferentes niveles, no implicando esto atribución de mando. Dicho nivel está conformado por El Concejo Técnico, el cual a la vez está integrado por: directores de cada uno de los centros, Gerencia Médica, Unidad Jurídica y el Presidente del Instituto.

El **Nivel Gerencial** es el encargado de asegurar que los recursos del Instituto, sean utilizados racionalmente, así como garantizar la obtención de los resultados programados en las áreas de atención, prevención y control técnico.

Los niveles Dirección, Asesor y Gerencial constituyen la Administración Superior del Instituto. Los centros de atención que conforman el ISRI están a cargo de un Director de Centro, que es el responsable del buen funcionamiento técnico y administrativo.

El personal de cada unidad organizativa tiene como jefe inmediato al jefe de la misma.

FUNCIONES PRINCIPALES:

La **Gerencia Administrativa**, que además actúa en calidad de Secretario de la Junta Directiva, coordina el ámbito interinstitucional a efecto de obtener gestión administrativa eficiente que permita la implementación de las políticas gerenciales, con la finalidad de asegurar que los recursos sean utilizados racionalmente y negocios comunes del Instituto logren el cumplimiento de los acuerdos y resoluciones de la Junta Directiva.

La **Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación**, es responsable de la coordinación y evaluación de los servicios técnicos del ISRI, en el área de atención, prevención, participación social, investigación y control técnico, para garantizar la obtención de los resultados programados anualmente en operaciones por área, con la finalidad de cumplir con la Misión del Instituto.

Dirección de Centro, está a cargo de un director por centro, que es el responsable de la dirección de las acciones, encaminadas al logro del buen funcionamiento del Centro de Atención en los aspectos técnicos y administrativos. El cual trabaja conjuntamente con la Administración de Centro, quien es el ente que apoya la gestión administrativa.

Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, se encarga de asesorar, conducir en forma interactiva los procesos institucionales, mediante la formulación y seguimiento del Desarrollo Institucional, la definición de planes, programas y proyectos, desarrollo de Sistemas de Información; para así brindar información oportuna, contribuyendo a una adecuada toma de decisiones, por parte de las autoridades del Instituto y así asegurar las condiciones que contribuyan a mejorar la calidad de la gestión institucional.

Recursos Humanos, se encarga de velar por una adecuada y eficiente administración del capital humano del Instituto.

Financiera Institucional, se encarga de velar y coordinar el uso racional de los recursos financieros del Instituto, para poder cubrir de forma eficiente con el presupuesto asignado las obligaciones fijas y variables.

Adquisiciones y Contrataciones Institucionales, se encarga de la suministración de bienes y servicios en tiempo oportuno racionalizando los recursos.

Control de Bienes Institucionales, controla los bienes muebles e inmuebles del ISRI, documental y físicamente.

Servicios Generales, se encargan de proporcionar los servicios de mantenimiento y vigilancia, requeridos en las diferentes instalaciones del Instituto y asegurar el uso óptimo de la flota de vehículos.

Comunicaciones, brinda información a través de los medios de comunicación social a la población salvadoreña en general, en cuanto a los servicios que el ISRI proporciona y acciones que éste realiza, para lograr la rehabilitación integral de la persona con discapacidad y adultos mayores; asimismo proyectar una imagen favorable del instituto y de la persona con discapacidad, así como coordinar acciones que contribuyan con la ejecución de las prioridades.

7. RECURSOS INSTITUCIONALES ISRI

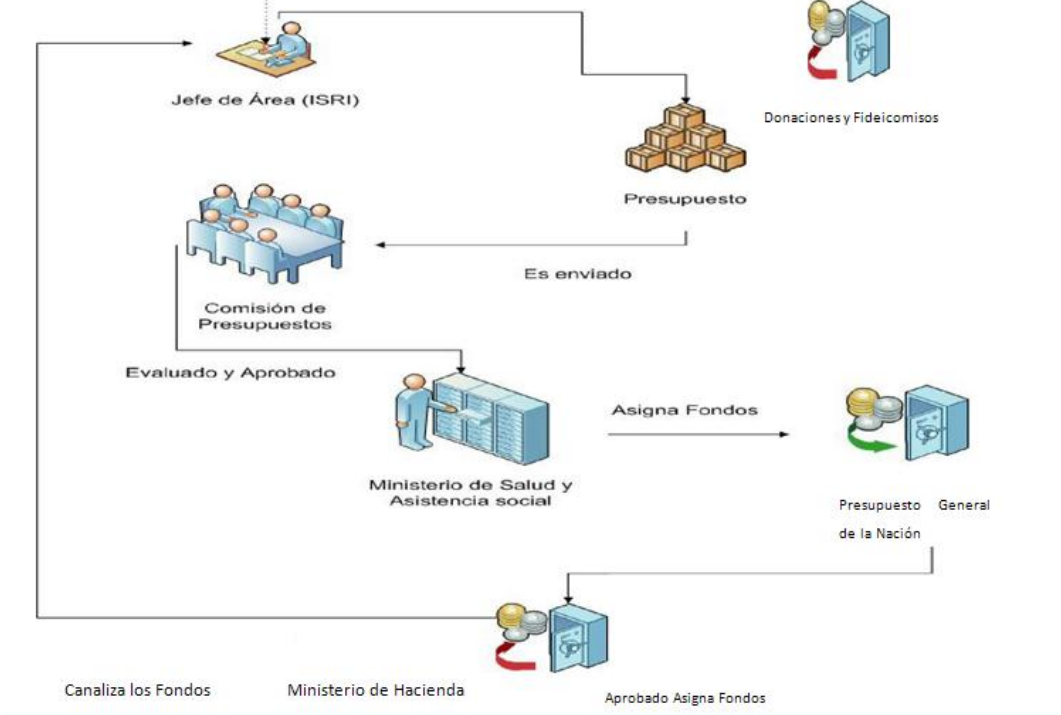
7.1 ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El ISRI es una institución adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como instituciones, sujetas al Gobierno de la República de El Salvador, reciben los fondos del Ministerio de Hacienda.

El mecanismo que se utiliza actualmente para la asignación de fondos consiste en que cada una de las áreas, elabora su propio presupuesto dependiendo de las necesidades y obligaciones; estos presupuestos son evaluados por la Comisión de Presupuesto, que puede estar formada por diferentes autoridades del Instituto, cuando el presupuesto de cada área o centro, es evaluado y aprobado por separado, se unifican y se envía al Ministerio de Salud y Asistencia Social, para que sean asignados los fondos en el Presupuesto General de la Nación. Cuando es aprobado el presupuesto, el Gobierno canaliza los fondos al Instituto a través del Ministerio de Hacienda.

El ISRI también cuenta con una serie de donaciones y fideicomisos, que provienen principalmente de herencias familiares de internos del Asilo Sara, sin embargo, no posee acuerdos o convenios permanentes, con organismos o instituciones internacionales que ayuden a cubrir sus necesidades económicas, únicamente se han establecido convenios de venta de servicios de rehabilitación con el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), los cuales son de manera permanente.

Esquema 8: Asignación de recursos al ISRI



7.2 RECURSO HUMANO DEL ISRI:

- ⊕ Cantidad de empleados que laboran en el ISRI desglosados por Área y Centros de Atención según año 2011:

Tabla 6: Cantidad de Empleados por Dependencia del ISRI

Fuente: Unidad de Recursos Humanos ISRI

AREA	Nº DE EMPLEADOS
ADMINISTRACION SUPERIOR	104
CENTRO DE ATENCION A ANCIANOS “SARA ZALDÍVAR”	166
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA LA ATENCION DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (CRINA)	117
CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)	103
CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE (CALE)	60
CENTRO DE REHABILITACION DE CIEGOS “EUGENIA DE DUEÑAS”	52
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE ORIENTE (CRIOR)	58
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)	54
CONSULTA EXTERNA Y GERIATRÍA	38
CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL (CRP)	32
TOTAL ISRI:	784

7.3 GASTO PRESUPUESTARIO DEL ISRI:

- ⊕ Presupuesto del ISRI desglosados por Área y Centros de Atención:

En el área financiera del periodo Junio 2009-Mayo 2010 se ejecutó un presupuesto de \$8,232,436.37, de los cuales **84%** (\$6,890,840.14) correspondió a salarios y **16%** (\$1,341,596.23) al gasto de funcionamiento.

Los centros de atención gastaron \$6,895,315.42 que representó 84% del total, siendo los centros: Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”, Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA), Aparato Locomotor (CAL) y Audición y Lenguaje (CALE) los que gastaron más del 50% de los \$6,895,315.42.

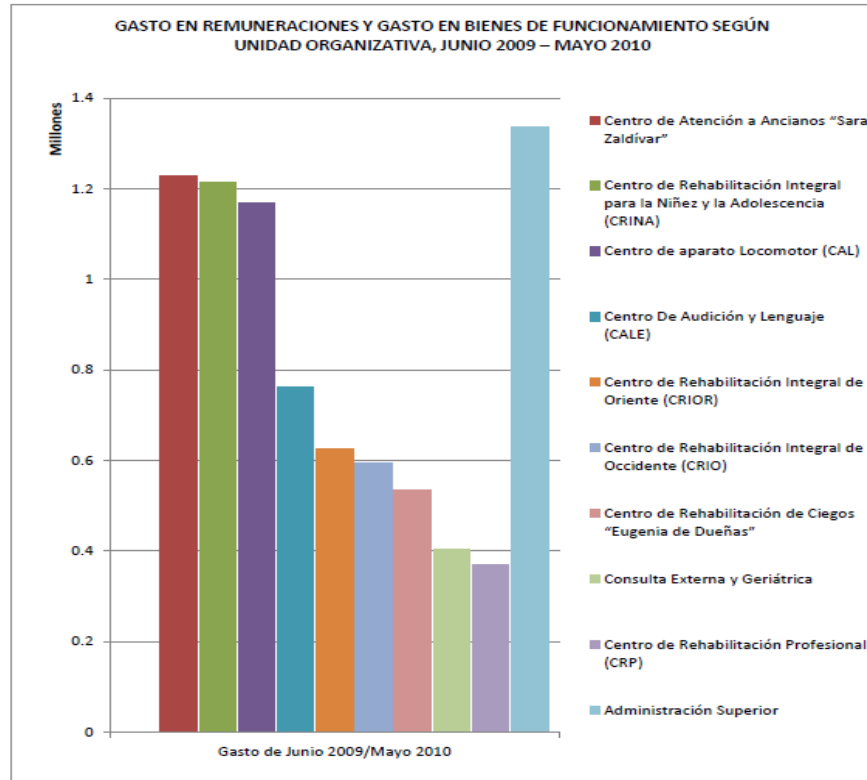
Tabla 7: GASTO EN REMUNERACIONES Y GASTO EN BIENES DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN UNIDAD ORGANIZATIVA, JUNIO 2009 – MAYO 2010

Fuente: Unidad de Recursos Humanos ISRI

Unidad Organizativa	Salarios 2009 (Junio/dic.)	Salarios 2010 (enero/mayo)	Bienes y Servicios 2009 (junio/dic.)	Bienes y Servicios 2010 (enero/mayo)	Gasto de Junio 2009/Mayo 2010	Distribución porcentual del gasto.
Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”	\$ 604,485.98	\$ 420,004.57	\$ 147,284.61	\$ 55,036.12	\$1,226,811.28	15%
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	\$ 606,718.95	\$ 445,086.50	\$ 128,854.22	\$ 32,006.34	\$1,212,666.01	15%
Centro de aparato Locomotor (CAL)	\$ 585,416.67	\$ 418,494.72	\$ 120,426.14	\$ 44,160.11	\$1,168,497.64	14%
Centro De Audición y Lenguaje (CALE)	\$ 307,725.99	\$ 226,913.24	\$ 213,125.79	\$ 15,122.65	\$ 762,887.67	9%
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	\$ 196,052.70	\$ 126,125.65	\$ 34,422.18	\$ 11,778.86	\$ 368,379.39	4%
Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”	\$ 269,679.12	\$ 178,024.93	\$ 60,587.95	\$ 25,099.40	\$ 533,391.40	6%
Consulta Externa y Geriátrica	\$ 212,198.61	\$ 139,998.61	\$ 40,124.12	\$ 11,432.97	\$ 403,754.31	5%
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	\$ 317,428.03	\$ 219,661.13	\$ 41,962.15	\$ 14,028.00	\$ 593,079.31	7%
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	\$ 320,164.22	\$ 230,232.41	\$ 52,960.78	\$ 22,491.00	\$ 625,848.41	8%
TOTAL CENTROS	\$ 3,419,870.27	\$2,404,541.76	\$ 839,747.94	\$ 231,155.45	\$6,895,315.42	84%
Administración Superior	\$ 617,093.28	\$ 449,334.83	\$ 180,152.40	\$ 90,540.44	\$1,337,120.95	16%
TOTAL ISRI	\$4,036,963.55	\$2,853,876.59	\$1,019,900.34	\$ 321,695.89	\$8,232,436.37	100%

Para una mejor presentación del presupuesto utilizado en las diferentes Unidades Organizativas se presenta la siguiente grafica en base a la tabla anterior:

Grafico 2: Gasto Según Unidad Organizativa del ISRI



8 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN SUPERIOR DEL ISRI 2011

El ISRI cuenta con aproximadamente 40 procesos vitales para su desempeño en el área de ADMINISTRACIÓN SUPERIOR. Los procesos claves en base a la organización del año 2011 de forma general son:

1. Auditoría Interna:

- 1.1 Procedimiento de arqueo de fondos
- 1.2 Presencia de entrega de puestos
- 1.3 Revisión de bienes en existencia
- 1.4 Revisión de bienes muebles
- 1.5 Control de donativos
- 1.6 Revisión de conciliaciones
- 1.7 Revisión y control de llegadas tardías
- 1.8 Revisión de selección de personal
- 1.9 Revisión de acuerdos de personal
- 1.10 Revisión de procesos de compra

2. Unidad de Comunicaciones

- 2.1 Elaboración de material de difusión externa
- 2.2 Desarrollo de eventos
- 2.3 Consolidar la información de las diferencias
- 2.4 Medios de comunicación
- 2.5 Eventos de proyección

3. Unidad de planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

- 3.1 Seguimiento de ejecución de proyectos
- 3.2 Elaboración de plan anual de trabajo
- 3.3 Procesamiento de información estadística mensual que genera cada centro de atención y consulta

4. Unidad Financiera Institucional

- 4.1 Formulación del proyecto de presupuesto
- 4.2 Registro, control y pago de bienes y servicios
- 4.3 Pago de salarios a personal
- 4.4 Administración financiera de proyectos

5. Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

- 5.1 Licitación/concurso público: Por un monto equivalente a 80 salarios mínimos hasta 635 salarios mínimos urbanos.
- 5.2 Licitación/concurso público por invitación: Por un monto superior al equivalente a 635 salarios mínimos urbanos.
- 5.3 Adquisición de bienes o servicios con la modalidad de libre gestión con un monto inferior al equivalente a 80 salarios mínimos urbanos.
- 5.4 Recepción y despacho de bienes en almacén de los centros de atención y administración del ISRI.

6. Unidad de Asesoría Jurídica:

- 6.1 Asesorías
- 6.2 Diligencias extrajudiciales
- 6.3 Promoción de juicios
- 6.4 Elaboración de contratos

7. Gerencia Administrativa:

- 7.1 Procesos de recursos humanos
- 7.2 Procesos de Servicios generales
- 7.3 Procesos de Control de Bienes

8. Gerencia Medica y Servicios de Rehabilitación

- 8.1 Administración de los Centros de Servicios

9 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISRI 2011

El Instituto cuenta con tres tipos de servicios: Rehabilitación, Médicos y de Apoyo. Cada servicio se divide en áreas y éstas en programas. Es importante destacar que en el Centro del Aparato Locomotor (CAL) existe la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) y la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM). La primera se encarga de la elaboración y reparación de ayudas ortopédicas (ortésis, prótesis y sillas de ruedas); en la segunda se encuentran internadas personas, que por su grado de compromiso, necesitan estar ingresadas para su rehabilitación. Además, en el Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” (conocido como Asilo), se brinda residencia, alimentación y cuidados a adultos mayores carentes de contacto familiar y en condiciones de alto riesgo a su dignidad e integridad.

Tabla 8: Programas de Servicios de los Centros de Atención del ISRI

Fuente: Memoria de Labores del ISRI 2010

REHABILITACIÓN	MÉDICA	APOYO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación Física Adaptada. 2. Instructoría Vocacional. 3. Rehabilitación Funcional. 4. Terapia de Lenguaje. 5. Terapia Educativa. 6. Terapia Física. 7. Terapia Musical. 8. Terapia Ocupacional. 9. Terapia Sensorial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endocrinología. 2. Electrofisiológicos. 3. Evaluación de la Discapacidad. 4. Fisiatría. 5. Geriatría. 6. Nasofibrolaringoscopías. 7. Neurocirugía. 8. Neurología Adulto. 9. Neurología Pediátrica. 10. Neumología. 11. Oftalmología. 12. Ortopedia. 13. Otorrinolaringología. 14. Pediatría. 15. Psiquiatría. 16. Urodinamia. 17. Urología. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audiología. 2. Electroencefalograma. 3. Laboratorio. 4. Odontología. 5. Psicología. 6. Radiología. 7. Terapia Respiratoria

9.1 Portafolio de servicios por Centro de Atención del ISRI 2011:

Tabla 9: Portafolio de Servicios de los Centros de Atención del ISRI

Fuente: Memoria de Labores del ISRI 2010

CENTRO:	SERVICIOS			
	DE REHABILITACIÓN	MÉDICOS	DE APOYO	COMPLEMENTARIOS
<u>CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física adaptada • Terapia de lenguaje • Terapia física • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiatría • Medicina familiar • Neurocirugía • Neurología adultos • Ortopedia • Urología • Estudios de urodinamia • Medicina general 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Trabajo social • Radiología • Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Lavado • Secado <p>Internamiento en la unidad de lesiones y afecciones medulares</p> <p>Unidad de ortopedia técnica</p>
<u>CENTRO DE ATENCION A ANCIANOS "SARA ZALDÍVAR" (Asilo)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna • Medicina general 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Laboratorio • Terapia respiratoria • Trabajo social • Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación y dietas • Lavado • Secado
<u>CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE (CALE)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física adaptada • Terapia de lenguaje • Terapia educativa • Terapia sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorrinolaringología • Estudios electrofisiologicos • Estudios de nasofibrolaringoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiometría • Impedanciometria • Emisiones otacústicas • Potenciales evocados auditivos • Psicología 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo social • Enfermería 	
<u>CONSULTA EXTERNA Y GERIATRÍA</u>		<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ortopédica • Endocrinología • Neumología • Neurología pediátrica • Oftalmología • Ortopedia • Pediatría • Psiquiatría • Medicina general 	<ul style="list-style-type: none"> • Electroencefalografía • Odontología • Psicología • Terapia respiratoria • Trabajo social • Enfermería 	
<u>CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física adaptada • Terapia de lenguaje • Terapia educativa • Terapia física • Terapia ocupacional • Terapia sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiatría • Neurología pediátrica • Ortopedia • Pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Trabajo social • Enfermería 	
<u>CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE ORIENTE (CRIOR)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física adaptada • Terapia de lenguaje • Terapia educativa • Terapia física • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiatría • Neurología pediátrica • Ortopedia • Otorrinolaringología • Pediatría • Medicina general 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiometría • Psicología • Odontología • Trabajo social • Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de producción <ul style="list-style-type: none"> ○ ortésis y prótesis ○ sillas especiales
<u>CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA LA ATENCION DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (CRINA)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física adaptada • Terapia de lenguaje • Terapia educativa • Terapia física • Terapia musical • Terapia ocupacional 		<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Trabajo social 	

<p align="center"><u>CENTRO DE REHABILITACION DE CIEGOS “EUGENIA DE DUEÑAS”</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación física adaptada • Instructoría vocacional: <ul style="list-style-type: none"> ○ artes plásticas ○ computación ○ masaje ○ música ○ radio comunicación 6360 ○ reforzamiento vocacional • Rehabilitación funcional • Terapia de lenguaje • Terapia física • Terapia educativa • Terapia musical • Terapia sensorial 		<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Trabajo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Lavado • Secado
<p align="center"><u>CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL (CRP)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instructora vocacional <ul style="list-style-type: none"> ○ carpintería ○ cocina ○ corte y confeccion ○ cosmetología ○ costura industrial ○ informática ○ manualidades 		<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Evaluación y orientación vocacional • Trabajo social • Inserción laboral 	

9.2 Número de atenciones brindadas por los Centro de Atención del ISRI 2011:

Tabla 10: NÚMERO DE ATENCIONES BRINDADAS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, SEGÚN CENTRO DE ATENCIÓN DEL ISRI, JUNIO 2009 - MAYO 2010

CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO
Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”	19,361
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	117,317
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	98,598
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	72,587
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	20,540
Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”	104,680
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	85,196
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	54,997
TOTAL	573,276

Fuente: Memoria de Labores del ISRI 2010

Tabla 11: NÚMERO DE ATENCIONES BRINDADAS EN LOS PROGRAMAS MÉDICOS, SEGÚN CENTRO DE ATENCIÓN DEL ISRI, JUNIO 2009 - MAYO 2010

CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO
Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”	6,230
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	9,304
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	3,365
Consulta Externa y Geriátrica	18,165
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	8,144
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	8,267
TOTAL	53,475

Fuente: Memoria de Labores del ISRI 2010

Tabla 12: NÚMERO DE ATENCIONES BRINDADAS EN LOS PROGRAMAS DE APOYO, SEGÚN CENTRO DE ATENCIÓN DEL ISRI, JUNIO 2009 - MAYO 2010

CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO
Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”	1,117,476
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	9,970
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	65,339
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	10,306
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	1,475
Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”	51,355
Consulta Externa y Geriátrica	13,859
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	5,013
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	8,706
TOTAL	1,283,499

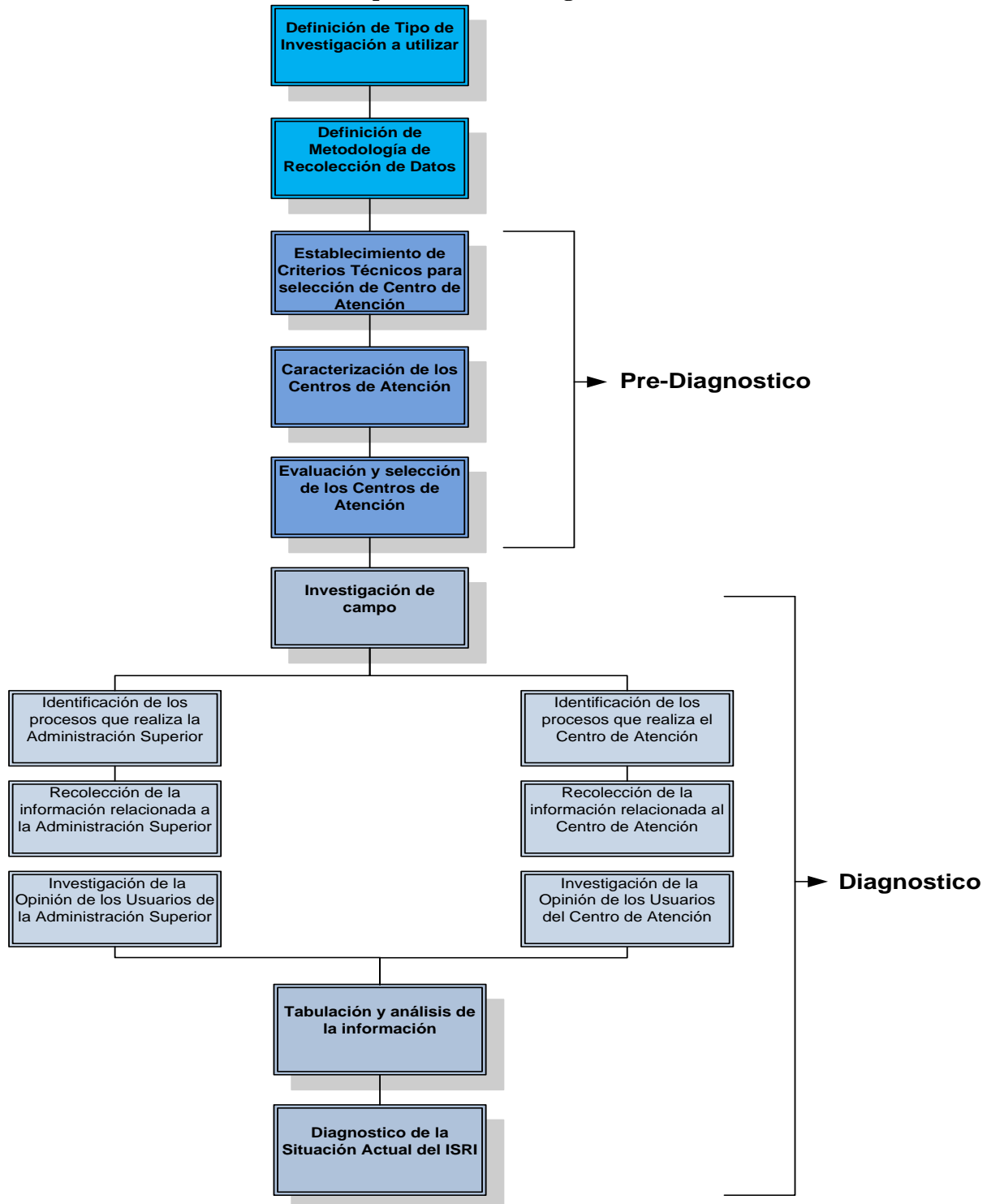
Fuente: Memoria de Labores del ISRI 2010

CAPITULO II: DIAGNOSTICO

A. METODOLOGÍA GENERAL

1. ESQUEMA DE METODOLOGÍA GENERAL

Esquema 1: Metodología General



2. DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA GENERAL

La metodología a desarrollar para dicho estudio se presenta en tres fases. A continuación se describen cada una de esas fases, acorde al esquema anterior:

2.1 Metodología de la Investigación

A. Definición de Tipo de Investigación a utilizar

El objetivo de este paso es establecer qué tipo de investigación se utilizara en el estudio a partir de la consideración de los requerimientos de información que serán necesarios.

B. Definición de Metodología de Recolección de Datos

En este paso se define la metodología de recolección de datos a utilizar en el estudio, la cual establece el camino o guía a seguir para obtener toda la información necesaria para el estudio, considerando a la vez los instrumentos y herramientas que apoyaran la recolección de la información.

2.2 Pre-Diagnostico

A. Establecimiento de Criterios Técnicos para selección de Centro de Atención

El fin de dicho paso es establecer los criterios técnicos adecuados para la evaluación de los diferentes Centro de Atención que conforman el ISRI, dicho establecimiento se realizara con la participación de personas involucradas con la labor del ISRI y de cada uno de sus Centros de Atención, y que conocen bien la situación actual de la institución (Ej. Representantes de la Gerencia Médica y de la unidad de Planeación Estratégica y Desarrollo Institucional).

B. Caracterización de los Centros de Atención

En este paso se recolectara toda la información relacionada a cada uno de los Centros de Atención, a fin de caracterizar a cada uno de ellos, con ello se espera crear un pequeño panorama de los centros. Entre los elementos a considerar estarán: recursos utilizados, procesos, organización, demanda, etc.

C. Evaluación y selección de los Centros de Atención

A partir de la recolección de la información relacionada a cada uno de los Centros de Atención se procederá a realizar la selección del Centro que mejor represente a la institución a través de la jerarquización y ponderación de cada uno de los centros evaluados a partir de los criterios establecidos anteriormente.

2.3 Diagnostico

A. Investigación de campo

Este paso se sub-divide en tres sub-fases y estas sub-fases se realizan de forma separada para el Centro de Atención y la Administración Superior. Con la investigación de campo se recolectará toda la información relacionada al ISRI a fin de identificar la situación actual.

Las sub-fases son las siguientes:

Centro de Atención:

1. Identificación de los procesos que realiza el Centro de Atención

Consiste en identificar los procesos que realiza cada una de las áreas que conforman el Centro de Atención, a fin de crear un panorama del desarrollo de cada una de esas áreas.

2. Recolección de la información relacionada a el Centro de Atención

Consiste en recolectar la información relacionada a cada una de las áreas del Centro de Atención y posteriormente analizarla a fin de conocer como se están desempeñado cada una de las áreas.

3. Investigación de la Opinión de los Usuarios del Centro de Atención

En este paso se considera la opinión de los usuarios internos y externos del Centro de Atención, con ello se espera identificar el nivel de satisfacción de los usuarios existente actualmente.

Administración Superior:

1. Identificación de los procesos que realiza la Administración Superior

Consiste en identificar los procesos que realiza cada una de las unidades que conforman la Administración Superior, a fin de crear un panorama del desarrollo de cada una de esas unidades.

2. Recolección de la información relacionada a la Administración Superior

Consiste en recolectar la información relacionada a cada una de las unidades de la Administración Superior y posteriormente analizarla a fin de conocer como se están desempeñado cada una de las unidades.

3. Investigación de la Opinión de los Usuarios de la Administración Superior

En este paso se considera la opinión de los usuarios internos de la Administración Superior de cada una de las unidades, con ello se espera identificar el nivel de satisfacción de los usuarios existente actualmente.

B. Tabulación y análisis de la información

El objetivo de este paso es procesar la información recolectada para analizarla y crear las bases del diagnostico de la situación actual del ISRI.

C. Diagnostico de la Situación Actual del ISRI

Este es el paso final, en el cual se realiza un diagnostico de la situación actual del ISRI, ello a partir de una comparación de la situación actual con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 para Sistemas de Gestión de Calidad, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma. Con ello se espera establecer que se necesita crear y mejorar para el Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.

B. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Para poder seleccionar el tipo de investigación que mejor se adapte a nuestro estudio es necesario conocer sobre los diferentes Tipos y Métodos de investigación que existen para identificar sus diferentes características, y así escoger la más adecuada según los objetivos de nuestro estudio.

1.1 CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE INVESTIGACIÓN:³

Para poder abordar los tipos de investigación es necesario conocer el significado de lo que es la investigación.

La palabra **investigación** tiene como significado el de: **indagar, inspeccionar, explorar, examinar, rastrear**. Otra forma de poderlo definir es: **la búsqueda de algo que se logra por medio de un método**. Es decir **es el estudio de los métodos, procedimientos y técnicas utilizados para obtener nuevos conocimientos, explicaciones y comprensión científica de los problemas y fenómenos planteados y, por consiguiente, que nos puedan llevar a la solución de los mismos**.

La etimología de la palabra investigar viene de la palabra en latín **investigare** la cual deriva de **vestigium** que significa “**en pos de la huella de**”, es decir “**ir en busca de una pista**”.

En una investigación se da siempre un intercambio entre las temáticas de la ciencia en la que se investiga, conceptos lógicos y conceptos o técnicas estadísticas. Siendo además una de las características del método científico el de la replicabilidad.

Así que los tipos de investigación se pueden clasificar en base a:

- A. El proceso formal
- B. El grado de abstracción
- C. El grado de generalización
- D. La naturaleza de los datos
- E. La orientación
- F. La manipulación de variables
- G. La naturaleza de los objetivos
- H. El tiempo en que se efectúan
- I. La dimensión cronológica
- J. El enfoque
- K. Las fuentes
- L. La naturaleza de la información

³Proyectos de Investigación II: Clasificación de los tipos de investigación

Autor: Miguel Ángel Rodríguez Feliciano Tapachula, Chiapas. México

- M. El lugar
- N. La muestra
- O. La temporalización

A. Proceso formal (método que se emplea en el estudio):

- ✓ **Método deductivo:** Parte de una premisa general para obtener las conclusiones de un caso particular. Pone el énfasis en la teoría, modelos teóricos, la explicación y abstracción, antes de recoger datos empíricos, hacer observaciones o emplear experimentos.
- ✓ **Método inductivo:** Se analizan solo casos particulares, cuyos resultados son tomados para extraer conclusiones de carácter general. A partir de las observaciones sistemáticas de la realidad se descubre la generalización de un hecho y una teoría. Se emplea la observación y la experimentación para llegar a las generalidades de hechos que se repiten una y otra vez.
- ✓ **Método hipotético-deductivo:** A través de observaciones realizadas de un caso particular se plantea un problema. Éste lleva a un proceso de inducción que remite el problema a una teoría para formular una hipótesis, que a través de un razonamiento deductivo intenta validar la hipótesis empíricamente.

B. Grado de abstracción:

- ✓ **Investigación pura (básica):** Esta investigación busca aumentar la teoría, por lo tanto se relaciona con nuevos conocimientos, de este modo no se ocupa de las aplicaciones prácticas que puedan hacer referencias los análisis teóricos.
- ✓ **Investigación aplicada:** Su principal objetivo se basa en resolver problemas prácticos, con un margen de generalización limitado. De este modo genera pocos aportes al conocimiento científico desde un punto de vista teórico.

C. Grado de generalización:

- ✓ **Investigación fundamental:** A partir de la muestra de sujetos, las conclusiones de la investigación se hace extensiva a la población y se orienta a las conclusiones. Su objetivo se centra en el aumento de información teórica y se relaciona con la investigación pura (básica).
- ✓ **Investigación acción:** Se centra en generar cambios en una realidad estudiada y no coloca énfasis en lo teórico. Trata de unir la investigación con la práctica a través de la aplicación, y se orienta en la toma de decisiones y es de carácter ideográfico

D. Naturaleza de los datos:

- ✓ **Metodología cuantitativa:** Para cualquier campo se aplica la investigación de las Ciencias Físico-Naturales. El objeto de estudio es “externo” al sujeto que lo investiga tratando de

lograr la máxima objetividad. Intenta identificar leyes generales referidas a grupos de sujeto o hechos. Sus instrumentos suelen recoger datos cuantitativos los cuales también incluyen la medición sistemática, y se emplea el análisis estadístico como característica resaltante.

- ✓ **Metodología cualitativa:** Es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, esto la hace una investigación interpretativa, referida a lo particular.

E. Orientación:

- ✓ **Investigación orientada a conclusiones:** esta engloba la metodología cuantitativa.
- ✓ **Investigación orientada a decisiones:** No se centra en Hacer aportes teóricos, más bien su objetivo es buscar soluciones a los problemas. La investigación acción forma parte de este tipo de investigación y se vale de algunas metodologías cualitativas.

F. Manipulación de variables (la manera como se desea controlar o no las variables):

- ✓ **Investigación descriptiva:** No hay manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos.
- ✓ **Investigación experimental:** Se manipula una o varias variables independientes, ejerciendo el máximo control. Su metodología es generalmente cuantitativa.
- ✓ **Investigación “ex post facto”:** No se controlan las variables independientes, dado que el estudio se basa en analizar eventos ya ocurridos de manera natural. Como el evento ya ha ocurrido los métodos de análisis pueden ser descriptivos o experimentales.

G. Naturaleza de los objetivos (nivel de conocimiento que se desea alcanzar):

- ✓ **Investigación exploratoria:** Es considerada como el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes.
- ✓ **Investigación Descriptiva:** Se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad.
- ✓ **Investigación correlacional:** Es aquel tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables.
- ✓ **Investigación explicativa:** Es aquella que tiene relación causal, no sólo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo. Puede valerse de diseños experimentales y no experimentales.

- ✓ **Investigación experimental:** El objetivo se centra en controlar el fenómeno a estudiar, emplea el razonamiento hipotético-deductivo. Emplea muestras representativas, diseño experimental como estrategia de control y metodología cuantitativa para analizar los datos.
- ✓ **Investigación predicativa:** Se plantea predecir fenómenos o hechos basándose en datos anteriores y técnicas cuantitativas tales como regresión múltiple o análisis causal.

H. El tiempo en que se efectúan (el tiempo determina el tipo de investigación):

- ✓ **Investigaciones sincrónicas:** son aquellas que estudian fenómenos que se dan en un período corto.
- ✓ **Investigaciones diacrónicas:** Son aquellas que estudian fenómenos en un período largo con el objeto de verificar los cambios que se pueden producir.

I. Dimensión cronológica:

- ✓ **Investigación histórica:** se encarga de describir fenómenos que acontecieron en el pasado basándose en fuentes históricas o documentos. Se basa fundamentalmente en describir los hechos.
- ✓ **Investigación descriptiva:** Describe los fenómenos como aparecen en la actualidad. Estos pueden ser longitudinales o transversales, cualitativos o cuantitativos.
- ✓ **Investigación experimental:** Predice lo que ocurrirá si se produce alguna modificación en la condición actual de un hecho, para logra esto aplica el razonamiento hipotético-deductivo y la metodología suele ser cuantitativa. Los experimentos pueden realizarse en el laboratorio o pueden ser de campo.

J. Enfoque:

- ✓ **Método experimental:** Se experimenta con una variable independiente que puede ser manipulada si así lo desea el investigador, esto implica que habrá una intervención o experimentación. Frecuentemente se aplica en el análisis de los datos una ANOVA o análisis de varianza⁴.
- ✓ **Método correlacional:** No se manipula una variable independiente experimental y se basa en la observación, no obstante se emplea una correlación de Pearson⁵ para el análisis de los datos.

⁴ **ANOVA o Análisis de Varianza:** es una colección de modelos estadísticos y sus procedimientos asociados, en el cual la varianza está particionada en ciertos componentes debidos a diferentes variables explicativas.

⁵ **Correlación de Pearson:** es un índice que mide la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. La correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables.

K. Fuentes:

- ✓ **Investigación bibliográfica:** Es la revisión bibliográfica de tema para conocer el estado de la cuestión. La búsqueda, recopilación, organización, valoración, crítica e información bibliográfica sobre un tema específico tiene un valor, pues evita la dispersión de publicaciones o permite la visión panorámica de un problema.
- ✓ **Investigación metodológica:** Indaga sobre los aspectos teóricos y aplicados de medición, recolección y análisis de datos o de cualquier aspecto metodológico.
- ✓ **Investigación empírica:** Se basa en observación y experimentación, puede emplear metodología cualitativa y cuantitativa, razonamiento hipotético- deductivo, ser de campo o laboratorio y se pueden emplear métodos transversales o longitudinales, entre otros.

L. Naturaleza de la información (La información que se recoge para responder al problema de investigación):

- ✓ **Investigación cuantitativa:** Utiliza predominantemente información de tipo cuantitativo directo. Se pueden emplear en los estudios de las Ciencias Físicas.
- ✓ **Estudios cuantitativos con datos secundarios:** Los cuales, a diferencia de los dos anteriores, abordan análisis con utilización de datos ya existentes.
- ✓ **Investigación cualitativa:** Es aquella que persigue describir sucesos complejos en su medio natural, con información preferentemente cualitativa. Se suelen emplear en los estudios de las Ciencias Sociales. Los principales tipos de investigación cualitativa son:
 - A. **Investigación Participativa:** Trata de una actividad que combina, la forma de interrelacionar la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado por el investigador, con la participación de los sujetos investigados. El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la comunidad o población para mejorar las condiciones de vida.
 - B. **Investigación-Acción:** Tiene semejanza con la participativa, es uno de los intentos de resumir la relación de identidad necesaria para construir una teoría que sea efectiva como guía para la acción y producción científica, que esté estrechamente ligada a la ciencia para la transformación y la liberación social. Tiene un estilo más llamativo a la investigación ligada a la educación llamada criterios de evaluación diagnóstica.
 - C. **Investigación etnográfica:** Estudia los hechos tal como ocurren en el contexto, los procesos históricos y educativos, los cambios socioculturales, las funciones y

papeles de los miembros de una determinada comunidad. Se caracteriza por el uso de la observación, sea ésta participante o no. Trata de registrar, dentro de lo posible, lo que sucede en el lugar que se está estudiando, haciendo uso de instrumentos para completar la información que se obtiene por la observación.

M. Lugar:

- ✓ **Investigación de laboratorio:** Dado que el máximo objetivo es el control, se realiza en un ambiente controlado (de tipo laboratorio) pues carece de las características propias del ambiente natural. Se crea el ambiente óptimo, es de tipo experimental y emplea metodología cuantitativa.

- ✓ **Investigación de campo:** la investigación se centra en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se busca conseguir la situación lo más real posible. Se pueden incluir experimentos de campo y la investigación ex post facto empleando metodología cualitativa.

N. Muestra (Generalmente, es empleado en las ciencias sociales, sin embargo puede ser utilizado con animales):

- ✓ **Estudio de grupo:** Para este estudio se emplean muestras grandes de sujetos, seleccionadas por algún método de selección aleatoria, aunque también puede estudiar muestras de sujetos no aleatorios. Se emplea una metodología cuantitativa y los análisis se hace a través de la estadística para generalizar los resultados. En los casos de estudio de grupos pequeños, se suelen hacer análisis cualitativos.

- ✓ **Estudio de sujeto único:** Se estudia un solo sujeto, es totalmente cualitativo y sus resultados no pueden emplearse para generalizar información.

O. Temporalización:

- ✓ **Métodos transversales:** Se realiza en un lapso de tiempo corto. Es como tomar una instantánea de un evento.

- ✓ **Métodos Longitudinales:** El estudio se hace en un tiempo prolongado viendo la evolución del evento bajo estudio. Es como una película de un evento.

1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN A UTILIZAR EN EL ESTUDIO

Para el desarrollo del estudio tanto para la realización del Pre-diagnóstico como el Diagnóstico del ISRI se utilizara la investigación descriptiva, ya que dada sus características es la que permite la investigación de los temas de interés para la realización del estudio, por lo que a continuación se describe de una forma completa lo que es la investigación descriptiva sus etapas e implicaciones más relevantes para el desarrollo de la misma.

1.2.1 INVESTIGACION DESCRIPTIVA:

La investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. En las investigaciones de tipo descriptiva, llamadas también **investigaciones diagnósticas**, consisten fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.

En la ciencia fáctica, la descripción consiste, según **Bunge**⁶, en responder a las siguientes cuestiones:

- **¿Qué es? > Correlato.**
- **¿Cómo es? > Propiedades.**
- **¿Dónde está? > Lugar.**
- **¿De qué está hecho? > Composición.**
- **¿Cómo están sus partes, si las tiene, interrelacionadas? > Configuración.**
- **¿Cuánto? > Cantidad**

1.2.1.1 Etapas de la investigación descriptiva:

1. Examinan las características del problema escogido.
2. Lo definen y formulan sus hipótesis.
3. Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
4. Eligen los temas y las fuentes apropiados.
5. Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.
6. Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
7. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
8. Realizan observaciones objetivas y exactas.
9. Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

1.2.1.2 Recolección de datos de la investigación descriptiva:

En el informe de la investigación se señalan los datos obtenidos y la naturaleza exacta de la población de donde fueron extraídos. La población —a veces llamada universo o agregado— constituye siempre una totalidad. Las unidades que la integran pueden ser individuos, hechos o elementos de otra índole. Una vez identificada la población con la que se trabajará, entonces se decide si se recogerán datos de la población total o de una muestra representativa de ella. El método elegido dependerá de la naturaleza del problema y de la finalidad para la que se desee utilizar los datos.

⁶**Mario Bunge** (Buenos Aires) físico, filósofo de la ciencia y humanista argentino; defensor del realismo científico y de la filosofía exacta.

Población total: cuando la población es reducida no es difícil obtener información acerca de todas las unidades que componen, pero los resultados no pueden aplicarse a ningún otro grupo que no sea el estudiado.

Muestra de la población: Cuando se trata de una población excesivamente amplia se recoge la información a partir de unas pocas unidades cuidadosamente seleccionadas, ya que si se aborda cada grupo, los datos perderían vigencia antes de concluir el estudio. Si los elementos de la muestra representan las características de la población, las generalizaciones basadas en los datos obtenidos pueden aplicarse a todo el grupo.

1.2.1.3 **Expresión de datos de la investigación descriptiva:**

Los datos descriptivos se expresan en términos **cualitativos** y **cuantitativos**. Se puede utilizar uno de ellos o ambos a la vez.

Cualitativos (mediante símbolos verbales): Se usan en estudios cuyo objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos. Los estudios cualitativos proporcionan una gran cantidad de información valiosa, pero poseen un limitado grado de precisión, porque emplean términos cuyo significado varía para las diferentes personas, épocas y contextos. Los estudios cualitativos contribuyen a identificar los factores importantes que deben ser medidos. (Visión científicista).

Cuantitativos (por medio de símbolos matemáticos): Los símbolos numéricos que se utilizan para la exposición de los datos provienen de un cálculo o medición. Se pueden medir las diferentes unidades, elementos o categorías identificables.

1.2.1.4 **Tipos de investigación descriptiva:**

Tomando en cuenta que las siguientes categorías no son rígidas, muchos estudios pueden encuadrarse sólo en alguna de estas áreas, y otros corresponden a más de una de ellas. **Encuestas**, estudio de **Interrelaciones** y estudios de **Desarrollo**.

1. Estudios tipo encuesta.

Se llevan a cabo cuando se desea encontrar la solución de los problemas que surgen en organizaciones educacionales, gubernamentales, industriales o políticas. Se efectúan minuciosas descripciones de los fenómenos a estudiar, a fin de justificar las disposiciones y prácticas vigentes o elaborar planes más inteligentes que permitan mejorarlas. Su objetivo no es sólo determinar el estado de los fenómenos o problemas analizados, sino también en comparar la situación existente con las pautas aceptadas. El alcance de estos estudios varía considerablemente; pueden ajustarse a una nación, región, Estado, sistema escolar de una ciudad o alguna otra unidad. Los datos pueden extraerse a partir de toda la población o de una muestra cuidadosamente seleccionada. La información recogida puede referirse a un gran número de factores relacionados con el fenómeno o sólo a unos pocos aspectos recogidos. Su alcance y profundidad dependen de la naturaleza del problema.

2. Estudios de interrelaciones.

Si el objeto es identificar las relaciones que existen entre los hechos para lograr una verdadera comprensión del fenómeno a estudiar, los estudios de esta índole son los estudios de **casos**, estudios **causales comparativos** y estudios de **correlación**.

3. Estudios de desarrollo:

Consiste en determinar no sólo las interrelaciones y el estado en que se hallan los fenómenos, sino también en los cambios que se producen en el transcurso del tiempo. En él se describe el desarrollo que experimentan las variables durante un lapso que puede abarcar meses o años. Abarca estudios de **crecimiento** y de **tendencia**.

1.2.2 CONSIDERACIÓN FINAL:

En el desarrollo del diagnóstico se realizara una investigación descriptiva con Estudios tipo Encuesta ya que es la que más se adapta a la naturaleza del Tema a desarrollar, con la realización de esta investigación se busca la solución a problemas que surgen en la organización haciendo un estudio de los fenómenos que ocurren por medio de descripciones minuciosas de estos a fin de poder analizarlos, comprenderlos y poder así elaborar propuestas de solución para las situaciones que se está generando.

2. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La metodología de recolección de datos consiste en establecer el camino o guía a seguir para obtener toda la información necesaria para el estudio, considerando a la vez los instrumentos y herramientas que apoyaran la recolección de la información.

A continuación se presenta la metodología de recolección de datos para el Pre-diagnóstico y el Diagnóstico del estudio:

2.1 Metodología de recolección de datos para Pre-diagnostico

Como parte de la metodología de recolección de datos, elemento de la metodología de investigación, que se encuentra en la etapa del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI, es necesario detallar los pasos generales a desarrollar, para llevar a cabo la recolección de datos, en la etapa del pre-diagnostico, para poder seleccionar el Centro representativo de los servicios especializados que brinda el ISRI; Dichos pasos se detallan a continuación:

Tabla 1: Metodología de recolección de datos para Pre-diagnostico

METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCION DE DATOS EN EL PREDIAGNOSTICO	
<p>Investigación descriptiva:</p> <p>Consulta de fuentes primarias: Entrevistas personales con: La Gerencia Medica de los Servicios de Rehabilitación, Presidente del ISRI, Jefe de la Unidad de Planificación los Jefes de los 9 Centros de Servicios de Rehabilitación, además del personal clave de las unidades involucradas.</p> <p>Jurado de Opinión</p> <p>Investigación Bibliográfica de fuentes Secundarias, Consulta de los siguientes documentos: Manual de Organización del ISRI, Manual de Procesos del ISRI, documentación del ISRI: Revistas, Informes, Trabajos de investigación etc.</p> <p>Evaluación a través del cumplimiento de criterios técnicos</p>	<p>A través de la realización de estas entrevistas, se recolectan los datos necesarios para poder establecer los criterios técnicos para la selección del principal Centro de Atención del ISRI, así como también los datos necesarios para la caracterización de los Centros de Atención especializados que se convierten en el insumo necesario para poder llevar a cabo la selección de este Centro representativo.</p> <p>La selección de los criterios técnicos se hace a través de la técnica jurado de opinión en la cual se recolectan las opiniones de los expertos dándole prioridad a los criterios que consideran de mayor importancia para la selección de los Centros representativos de Atención Especializada.</p> <p>Seleccionados los criterios técnicos para la escogitación de los Centros representativos de atención, se procede a realizar la investigación de las fuentes secundarias que va de la mano con el uso de la observación directa para consolidar toda la información necesaria, tomando en cuenta el filtro de los criterios técnicos, toda la información es sustentada en el cumplimiento de esos criterios, así teniendo el conglomerado de información se pueda seleccionar el Centro representativo, a través de la evaluación de cumplimiento de los criterios técnicos .</p>

2.2 Metodología de recolección de datos para Diagnostico

La metodología a utilizar será establecida en base a la secuencia en que se realiza el estudio, por ello es importante considerar el contenido que se espera ir desarrollando. Es importante mencionar que la metodología se establecerá de forma detallada cuando esta sea utilizada en la investigación.

Para el diagnostico se considera la siguiente metodología:

Tabla 2: Metodología de recolección de datos para diagnóstico

METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO: DIAGNOSTICO	
<p>Investigación descriptiva:</p> <p>Fuentes primarias: Entrevistas Personales con los encargados de la: Unidad de la Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, Gerencia Medica de los Servicios de Rehabilitación, los jefes de las Áreas que componen la Administración superior y los Encargados del Centro de Atención especializada del ISRI.</p> <p>Fuentes Secundarias: Investigación Bibliográfica, Manual de Organización del ISRI, Manual de Procesos del ISRI. Normas ISO 9001:2008.</p> <p>Observación Directa Diagrama de Flujo Estudio de Tiempos Lista de Chequeo Mapa de Procesos</p> <p>Investigación Cuantitativa: Técnicas de Muestreo, Cuestionarios para entrevistas personales.</p> <p>Cuestionarios basados en la Norma ISO 9001: 2008.</p>	<p>La Investigación de Campo para poder condierar los siguientes elementos :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificar los procesos de las áreas que componen la Administración Superior, así como los Centros representativos de atención especializados del ISRI. – Identificar la relacion de los procesos. – Recolectar información relacionada a los procesos. – Establecer el mapa de procesos de las áreas antes mencionadas. <p>Investigar la opinión de los usuarios externos e internos de las Administración Superior y el Centro de Atención:</p> <p>Para la medición de la satisfacción de los clientes internos y externos: Primero se utilizaran técnicas de muestreo para determinar la población del universo a considerar para realizar los cuestionarios y entrevistas, es importante mencionar que los cuestionarios y entrevistas serán elaborados en base a la Norma ISO 9001: 2008. Posteriormente se utilizara la metodología de calificación en porcentaje del nivel de cumplimiento del requisito en base a las respuestas de las pregunta relacionadas a cada requisito. Y a través de la información recolectada por observación y entrevistas.</p> <p>Lo anterior servirá para poder determinar la brecha entre la situación actual del ISRI y las exigencias que establece la Norma ISO 9001: 2008.</p>

C. PRE-DIAGNOSTICO: SELECCIÓN DE CENTRO DE ATENCIÓN

1. OBJETIVOS DEL PRE-DIAGNOSTICO

1.1 OBJETIVO GENERAL

- ⊕ Determinar el Centro de Atención Especializada que represente mejor los servicios brindados por el ISRI, a partir de la evaluación de la situación actual de todos los Centros de Atención.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊕ Determinar los criterios técnicos a considerar en la selección del centro de atención que sea más representativo del ISRI.
- ⊕ Realizar la caracterización de cada uno de los Centro de Atención especializado del ISRI en base a la situación actual de cada uno de ellos.
- ⊕ Seleccionar el Centro de Atención Especializado de acuerdo a los criterios técnicos establecidos.

2. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS TÉCNICOS PARA IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES CENTROS DE ATENCIÓN

2.1 Descripción general de Criterios Técnicos posibles a considerar

Como base para el establecimiento de los criterios técnicos, necesarios para poder realizar la selección del Centro de Atención de servicios especializados representativo de la Institución, es necesario describir de forma general los criterios obtenidos a través de la observación directa, de las entrevistas y reuniones realizadas con las siguientes jefaturas del ISRI: Técnico de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y los Directores de los 9 Centro de Atención, estos criterios serán seleccionados a través de la técnica Jurado de Opinión, para que a través de estos criterios establecidos se pueda seleccionar del Centro de Atención representativo de la Institución; a continuación se presentan la descripción básica de los criterios técnicos a considerar:

1. Cantidad de Servicios que se brindan en los Centros de Atención

Los servicios especializados que brinda el ISRI a través de los Centros de Atención se dividen en tres tipos: Servicios de Rehabilitación, Médicos y de Apoyo. Cada uno de estos servicios se dividen en áreas, y éstas en programas. Representando el conglomerado por cada centro de Atención de estos tres tipos de servicios la oferta que presta cada centro y ello permite identificar el impacto que tienen en la sociedad al lograr una mayor diversidad y cobertura de servicios brindados.

2. Cantidad de personal con el que cuenta cada Centros de Atención

La cantidad de personal con los cuales cuenta cada centro de Atención , depende de la cantidad y requerimientos de los servicios que brinda, además del segmento de la población a la cual se dirigen la prestación de servicios, resultando importante este criterio por la relación con los criterios de cantidad de servicios, atenciones brindadas y gasto de cada centro.

3. Cantidad de gasto en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro:

La cantidad de desembolsos económicos asignados a cada Centro de atención, tanto para el pago a personal como el gasto en bienes y servicios que demanden los centros, representa un criterio de suma importancia, además de la relación que tienen con la cantidad de personal de cada centro, la cantidad de servicios prestados y las atenciones brindadas, ya que a mayores niveles de los criterios anteriores mayor gasto, por lo cual considerar este criterio es englobar parte de los otros.

4. Cantidad de Atenciones brindadas en los diversos Centros de Atención.

El número total de atenciones brindadas en los centros de atención especializados se refiere al número de veces que es atendido un paciente, esto incluye el hecho que un paciente sea atendido más de una vez en su cita o estadía en los centros. Por ello este factor es importante considerarlo, ya que, con la cantidad de atenciones brindadas se identifica mejor la cobertura de usuarios y la necesidad del personal en los centros.

5. Cantidad de Procesos desarrollados en Cada Centro de Atención.

Cada centro de Atención realiza diversos procesos, procesos que contribuyen a la razón de ser de la Institución, y que a la vez permiten identificar la complejidad de trabajo de cada centro. Por ello considerar la cantidad de procesos que realiza cada centro permite identificar la amplitud de sus actividades y por ende la mayor representación de los servicios que son la razón de ser del ISRI.

2.2 Selección de Criterios Técnicos a utilizar para seleccionar el Centro de Atención

A continuación se muestra la aplicación de la técnica Jurado de Opinión con el propósito de seleccionar los criterios a considerar para la escoriación de los Centros de Atención representativos del ISRI. Esto a partir de la experiencia, conocimientos y valoración de autoridades del ISRI.

2.2.1 Jurado de Opinión para la selección de criterios técnicos

Para la aplicación de esta técnica, se siguió la siguiente metodología, la cual se muestra en cada paso, la aplicación de esta:

1. Listar el conjunto de criterios sobre los cuales se ha de tomarse la decisión.

La siguiente lista se compone de los criterios anteriormente descritos base de los cuales se tomara la decisión:

Tabla 3: Criterios Técnicos Preliminares

N	Lista de Criterios Técnicos Preliminar
1	Cantidad de Servicios que se brindan en los Centros de Atención
2	Cantidad de personal con el que cuenta cada Centros de Atención
3	Cantidad de desembolsos en bienes y servicios para cada Centro:
4	Cantidad de Atenciones brindadas en los diversos Centros de Atención
5	Cantidad de Procesos claves desarrollados en Cada Centro de Atención

2. Definir el sistema de puntuación a utilizar

El sistema de puntuación propuesto, se utiliza de la siguiente forma: Cada criterio técnico se evaluara según cada factor propuesto en la tabla siguiente, cada factor determina o prioriza la importancia del criterio, si el criterio es muy importante, importante o poco importante; cuando se ha seleccionado el factor para cada criterio, se asigna una calificación para cada criterio específico, según lo muestra la tabla siguiente:

Tabla 4: Resumen de factores y calificación para cada criterio

Factor	Calificación
Muy importante	3
Importante	2
Poco Importante	1

3. Puntuar los criterios de forma personal y regístralos en un formato (tabla).

Para la realización de este paso se necesita la colaboración de las personas claves para la selección de los criterios técnicos, las cuales han sido seleccionadas para participar de la técnica jurado de opinión, debido a su experiencia y conocimientos necesarios para la selección de los criterios técnicos, a continuación se muestra la lista de los participantes en el jurado de opinión:

Tabla 5: PARTICIPANTES DEL JURADO DE OPINIÓN

PARTICIPANTES DEL JURADO DE OPINIÓN	
Cargo	Nombre
Presidente Junta Directiva del ISRI	Dr. José Vicente Coto Ugarte
Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación del ISRI	Dra. Patricia Tovar de Canizález
Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Ing. Luis Navarrete
Encargado de realización de Memoria de Labores, Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Dr. Alfredo Galán Avalos

La participación de las personas anteriormente mencionadas consistirá en calificar cada uno de los criterios técnicos en base a la escala de calificación propuesta, esto se registrara en el siguiente formato en el cual escribirán la calificación concerniente a la importancia de cada criterio, el cual solo pueden asignar una vez cada puntuación por cada criterio, este formato se muestra a continuación:

Tabla 6: Formato de Registro para el Jurado de Opinión

Nombre de los Participantes	Cargo /Puesto	Criterios				
		1	2	3	4	5

Las indicaciones para llenar el formato anterior son las siguientes:

Seleccione dentro de la lista de 5 criterios técnicos los que usted considere de mayor importancia para considerar en la determinación de los Centros de Atención especializada del ISRI, calificando los criterios que usted considere según la importancia usando la calificación del 1,2 y 3, siendo el 3 el más importante, 2 importante y 1 poco importante. Esta calificación se registrara en cada columna de los criterios seleccionados.

Sin olvidar que no se puede repetir la calificación, se asignara todas las calificaciones.

4. Determinar los valores cuantitativos para la toma de decisión y determinar el orden de prioridad.

Cuando se ha registrado la calificación de todos los participantes, en el formato correspondiente, se suman las puntuaciones otorgadas a cada criterio, después de eso se obtiene la frecuencia de puntuación (número de participantes que han puntuado cada criterio). Con estos datos se determina el criterio más importante el cual es el que ha obtenido mayor puntuación y así los demás según la ponderación.

A continuación se muestra la tabla que contiene el resultado de la aplicación de la técnica Jurado de opinión por parte de los participantes, para luego determinar cuáles son los criterios que se determinaron para la selección del Centro de Atención representativo:

Tabla 7: Resultados de la Aplicación de la Técnica Jurado de Opinión

Resultados de la Aplicación de la Técnica Jurado de Opinión						
Nombre de los Participantes	Cargo /Puesto	Criterios				
		1	2	3	4	5
Dr. José Vicente Coto Ugarte	Presidente Junta Directiva del ISRI	3	1		2	
Dra. Patricia Tovar de Canizález	Gerente Médica y de Servicios de Rehabilitación del ISRI	3		1	2	
Ing. Luis Navarrete	Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	2		3		1
Dr. Alfredo Galán Avalos	Encargado de Memoria de Labores	2		1	3	
Total		10	1	5	7	1
Frecuencia		4	1	3	3	1
Orden De Prioridad		1		3	2	

Tomando en cuenta lo obtenido a través de la realización del Jurado de Opinión, los criterios más importantes son los que se muestran en la siguiente tabla, los cuales serán los 3 criterios que forman la base para poder seleccionar el Centro de Atención representativo de la Institución:

Tabla 8: Criterios base para la selección del Centro de Atención representativo

Criterios base para la selección del Centro de Atención representativo		
Orden de Prioridad	N°	Criterios
1	1	Cantidad de Servicios que se brindan en los Centros de Atención
2	4	Cantidad de Atenciones brindadas en los diversos Centros de Atención
3	3	Cantidad de desembolsos en bienes y servicios para cada Centro:

3. EVALUACION DE CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA

Para la evaluación de los Centros de Atención se consideran los criterios seleccionados por su mayor relevancia y a partir de ellos se realiza el levantamiento de la información relacionada a cada centro.

3.1 DESCRIPCION DE CRITERIOS TÉCNICOS SELECCIONADOS

3.1.1 Cantidad de Servicios Brindados:

Descripción: este criterio se refiere a la diversidad de servicios brindados por los diferentes centros de atención especializada, los cuales se clasifican en 4 tipos de servicios de atención y cada uno de ellos agrupa diferentes servicios. A continuación se presenta dicha clasificación:

1. **Servicios de Rehabilitación:** los servicios de rehabilitación que se brindan son de acuerdo a la especialidad de cada centro.

2. **Servicios Médicos:** los servicios médicos se relacionan directamente con los servicios de rehabilitación, ambas áreas se complementan, ya que los pacientes pueden ser atendidos por médicos especialistas durante el proceso de rehabilitación.
3. **Servicios de Apoyo:** además de brindar servicios de rehabilitación y servicios médicos, a los pacientes en rehabilitación pueden recibir servicios de apoyo entre los cuales esta: psicología, trabajo social, enfermería, inserción laboral, que logra que el proceso de rehabilitación sea integral con el fin de que las personas puedan valerse por ellas mismas y creándose la oportunidad de ingresar al mundo laboral.
4. **Servicios Complementarios:** se refiere como su nombre lo dice a complementar los diferentes tipos de rehabilitación entre estos servicios se citan los siguientes: alimentación, dietas, lavado, secado, etc., que son necesarias para los pacientes en procesos de rehabilitación, y los usuarios del asilo.

Importancia: de acuerdo a la cantidad de servicios que brinda cada uno de los centros podremos determinar cuál de los centros posee mayor número de procesos, ya que a mayor número de servicios resulta mayor número de procesos vinculados a la prestación de los mismos, identificándose así el más representativo.

3.1.2 Cantidad de Atenciones Brindadas en los diferentes Centros del ISRI:

Descripción: este criterio se refiere a la cantidad de personas atendidas en los diferentes centros del ISRI, tanto el área de servicios de rehabilitación, médicos y de apoyo. Para la evaluación de este criterio se considera el conglomerado de las tres áreas de servicio antes mencionadas.

Importancia: se puede identificar cual de los centros es el que posee mayor demanda de servicios según la cantidad de atenciones que brinde cada centro en un periodo determinado.

3.1.3 Cantidad de gastos en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro:

Descripción: este criterio se refiere a la cantidad de gastos realizados en cada Centro de atención para la prestación de los servicios comprendiendo así las remuneraciones al personal, los bienes/insumos y los servicios necesarios para prestar dicha atención especializada.

Importancia: la importancia de dicho criterio radica en determinar cuál de los centros es el que demanda un mayor presupuesto, y determinar en el diagnostico el por qué de dichos gastos y si estos son necesarios, a fin de lograr una mayor optimización.

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISRI

A continuación se presenta una caracterización preliminar de la situación actual de cada uno de los Centros de Atención del ISRI, dicha caracterización se realiza a partir de la presentación de información relacionada con los Criterios Técnicos considerados para la selección del Centro de Atención.

3.2.1 Cantidad de Servicios Brindados

A continuación se muestra un conglomerado de los diferentes servicios que brinda el ISRI según las diferentes áreas:

Tabla 9: Servicios Brindados por cada Centro de Atención

CENTRO DE REHABILITACION	SERVICIOS DE REHABILITACION	SERVICIOS DE MEDICOS	SERVICIOS DE APOYO	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	INTERNAMIENTO	UNIDAD DE ORTOPEdia	TOTAL DE SERVICIOS
Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”	2	2	5	3			12
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	4	3	7				14
Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”	8		2	3			13
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	6	4	3		1		14
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	5	6	5	2			18
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	6		2				8
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	7		4				11
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	4	8	4	3	1	2	22
Consulta Externa y Geriátrica		9	6				15

*Fuente: Portafolio de Servicios del ISRI/Capítulo I: Marco Institucional.

3.2.2 Cantidad de Atenciones Brindadas en los diferentes Centros del ISRI:

Se presenta a continuación el número de atenciones brindadas por cada centro en el periodo de Junio 2009 a Mayo 2010.

Tabla 10: Cantidad de Atenciones Brindadas por cada Centro de Atención

CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO DE ATENCIONES
Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”	1,143,067
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	86,258
Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”	156,035
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	98,353
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	71,970
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	127,287
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	22,015
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	173,241
Consulta Externa y Geriátrica	32,024
TOTAL	1,910,250

*Fuente: Portafolio de Servicios del ISRI/Capítulo I: Marco Institucional.

3.2.3 Cantidad de gasto en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro

En la siguiente tabla se observa los gastos para cada centro en el periodo comprendido de Junio 2009 a Mayo 2010.

Tabla 11: Gastos realizados por cada Centro de Atención

Unidad Organizativa	Salarios 2009 (Junio/dic.)	Salarios 2010 (enero/mayo)	Bienes y Servicios 2009 (junio/dic.)	Bienes y Servicios 2010 (enero/mayo)	Gasto de Junio 2009/Mayo 2010	Distribución porcentual del gasto.
Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar"	\$ 604,485.98	\$ 420,004.57	\$ 147,284.61	\$ 55,036.12	\$1,226,811.28	15%
Centro De Audición y Lenguaje (CALE)	\$ 307,725.99	\$ 226,913.24	\$ 213,125.79	\$ 15,122.65	\$ 762,887.67	9%
Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"	\$ 269,679.12	\$ 178,024.93	\$ 60,587.95	\$ 25,099.40	\$ 533,391.40	6%
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	\$ 317,428.03	\$ 219,661.13	\$ 41,962.15	\$ 14,028.00	\$ 593,079.31	7%
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	\$ 320,164.22	\$ 230,232.41	\$ 52,960.78	\$ 22,491.00	\$ 625,848.41	8%
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	\$ 606,718.95	\$ 445,086.50	\$ 128,854.22	\$ 32,006.34	\$1,212,666.01	15%
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	\$ 196,052.70	\$ 126,125.65	\$ 34,422.18	\$ 11,778.86	\$ 368,379.39	4%
Centro del aparato Locomotor (CAL)	\$ 585,416.67	\$ 418,494.72	\$ 120,426.14	\$ 44,160.11	\$1,168,497.64	14%
Consulta Externa y Geriátrica	\$ 212,198.61	\$ 139,998.61	\$ 40,124.12	\$ 11,432.97	\$ 403,754.31	5%
TOTAL CENTROS	\$ 3,419,870.27	\$2,404,541.76	\$ 839,747.94	\$ 231,155.45	\$6,895,315.42	84%
Administración Superior	\$ 617,093.28	\$ 449,334.83	\$ 180,152.40	\$ 90,540.44	\$1,337,120.95	16%
TOTAL ISRI	\$4,036,963.55	\$2,853,876.59	\$1,019,900.34	\$ 321,695.89	\$8,232,436.37	100%

*Fuente: Portafolio de Servicios del ISRI/Capitulo I: Marco Institucional.

4. SELECCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN QUE REPRESENTA MEJOR LOS SERVICIOS BRINDADOS POR EL ISRI

La selección del Centro de Atención se realiza a partir del análisis de los resultados de la evaluación de los criterios técnicos y la posición que cada centro logra en dichos criterios, considerando a la vez el nivel de importancia que representa cada criterio para lograr una objetiva selección. A continuación se presenta en forma resumida los resultados de la evaluación:

4.1 RESUMEN DE LAS PRIMERAS POSICIONES DE SEGÚN CRITERIOS:

4.1.1 Cantidad de Servicios Brindados

Tabla 12: Cantidad de Servicios Brindados por cada Centro de Atención con mayores valores

CENTRO DE REHABILITACION	SERVICIOS DE REHABILITACION	SERVICIOS MEDICOS	SERVICIOS DE APOYO	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	INTERNAMIENTO	UNIDAD DE ORTOPEDIA	TOTAL DE SERVICIOS	POSICION
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	4	8	4	3	1	2	22	1°
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	5	6	5	2			18	2°
Consulta Externa y Geriátrica		9	6				15	3°

4.1.2 Cantidad de Atenciones Brindadas en los diferentes Centros del ISRI:

Tabla 13: Cantidad de Atenciones Brindadas por cada Centro de Atención con mayores valores

CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO DE ATENCIONES	POSICIÓN
Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar"	1,143,067	1°
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	173,241	2°
Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"	156,035	3°

4.1.3 Cantidad de gasto en remuneraciones, bienes y servicios para cada Centro

Tabla 14: Gastos realizados por cada Centro de Atención con mayores valores

Unidad Organizativa	Gasto de Junio 2009/Mayo 2010	Distribución porcentual del gasto	Posición
Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar"	\$1,226,811.28	15%	1°
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	\$1,212,666.01	15%	2°
Centro de aparato Locomotor (CAL)	\$1,168,497.64	14%	3°

4.2 PRIMERAS POSICIONES DE CENTROS DE ATENCIÓN POR ORDEN DE CRITERIOS:

Tabla 15: Primeras posiciones de los Centro de Atención

CRITERIO	1°	2°	3°
Cantidad de Servicios	CAL	CRIOR	CONSULTA EXTERNA Y GERIATRICA
Cantidad de Atenciones	ASILO "ZARA ZALDIVAR"	CAL	ESCUELA DE CIEGOS "EUGENIA DUEÑAS
Cantidad de gastos en cada Centro	ASILO "ZARA ZALDIVAR"	CRINA	CAL

4.3 SELECCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN:

Se seleccionó como Centro de Atención más representativo del ISRI el **Centro del Aparato Locomotor (CAL)**, dado que logra posicionarse en los tres criterios considerados para la evaluación.

Es importante considerar el impacto social que generan los servicios que brinda el CAL para respaldar su selección. A continuación se presenta los hallazgos considerados:

Tabla 16: Resumen de Hallazgos de Centro de Atención Seleccionado

CRITERIOS	HALLAZGOS	APORTE ECONÓMICO-SOCIAL
1° Cantidad de Servicios	El CAL posee la mayor cartera de servicios de atención del ISRI. Además de contar con la Unidad de Ortopedia Técnica (UO T) y la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM).	Se considera el CAL como centro de Atención más representativo, dado su impacto social y económico, ya que la población que atiende son pacientes a partir de 18 años de edad, lo que brinda la oportunidad de rehabilitación a personas que no recibieron este tipo de servicios a una edad temprana. Es importante mencionar que el fin último de la rehabilitación es lograr que las personas puedan alcanzar la máxima oportunidad de incorporarse a una vida normal y activa en la sociedad. Contribuyendo la institución a la integración de personas con discapacidad a una sociedad productiva.
2° Cantidad de Atenciones	El CAL se encuentra en segundo lugar por la cantidad de atenciones que brinda. Es importante mencionar que dicho Centro es de los más representativos para la misión del ISRI, ya que la población atendida son personas mayores de 18 años con discapacidades.	
3° Cantidad de gastos en cada Centro	El CAL se registra como tercer centro con mayor gasto, tanto en remuneraciones al personal, bienes y servicios que demanda el centro, lo que permite la oportunidad de análisis de dichos gastos a fin de considerar la optimización de estos.	

D. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

1.1 OBJETIVO GENERAL

- ⊕ Identificar la situación actual de la Administración Superior y del Centro de Atención Especializada CAL a fin de determinar el desempeño de la institución.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊕ Recolectar la información necesaria referente a la prestación de servicios del CAL, así como de los procesos que se realizan en la Administración Superior del ISRI, lo que servirá de base para poder realizar el análisis basado en los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008.
- ⊕ Establecer el mapa de procesos para cada una de las áreas de la Administración Superior y de todas las unidades del CAL.
- ⊕ Investigar la opinión de los usuarios de la Administración Superior del ISRI así como la opinión de los usuarios de los servicios brindados en el CAL.
- ⊕ Indagar la situación actual del ISRI respecto a los requerimientos que exige la Norma ISO 9001: 2008 para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad.

2. SITUACION ACTUAL DEL ISRI

Para la determinar la situación actual del ISRI referente al Sistema de Gestión de Calidad es importante considerar la forma en que se administra la institución y los recursos que utiliza, para ello es necesario identificar los sistemas de información en los que se apoya su administración, e identificar las funciones y procesos que desarrolla cada una de las dependencias del ISRI a considerar en el Sistema de Gestión de Calidad. Para una mejor interpretación de la situación actual del ISRI, a continuación se presenta los sistemas de información y la descripción de cada una de las dependencias.

2.1 SISTEMAS DE INFORMACION: SITUACIÓN ACTUAL

Los Sistemas de Información suministran una plataforma tecnológica que permiten a las organizaciones integrar y coordinar sus procesos. Ellos suministran un sistema individual que es central para la organización y asegura que la información puede ser compartida a través de

todos los niveles funcionales y jerarquías de gestión así como entidades externas que se implican en los procesos.

En lo referente a los sistemas de información que utiliza el ISRI, se cuentan con los siguientes:

⊕ **Sistema Estadístico Mensual SEM (2005) a la fecha.**

Este Sistema fue en respuesta a la necesidad que se tenía en los Centros sobre las tabulaciones que se remitían a la Unidad de Planificación en forma impresa, por ello en colaboración con la Universidad Don Bosco se diseñó el programa de interacción rápida amigable.

SITUACION ACTUAL:

A la fecha se lleva en el Sistema Estadístico Mensual, ya que lleva el cotejo de los Planes de Trabajo 2009 de cada Centro y el sistema es el auxiliar para la verificación de estos, así mismo para cualquier informe que soliciten las autoridades correspondientes.

⊕ **Sistema de Control de la Gestión Técnica (2006) a la fecha.**

Este sistema se creó como resultado de “Proyecto fortalecimiento internacional AECI”. Se creó el Sistema de Control de la Gestión y el Programa de Epidemiología para beneficiar a dos Directores que quedaron sin funciones después de la fusión de los tres centros de atención CIM, CEE y CPC.

Dado que anteriormente se manejaba en el programa estadístico y epidemiológico que llevaba la Unidad de Planificación.

SITUACION ACTUAL:

A la fecha el Sistema es utilizado por los centros de atención y la Unidad de Planificación.

⊕ **Sistema de Recursos Humanos (M. hacienda)**

Este sistema es de tipo gubernamental, es decir ha sido desarrollado e instalado por el Ministerio de Hacienda. A este no se le pueden hacer modificaciones y es de ley su utilización.

SITUACION ACTUAL:

A la fecha se sigue utilizando y está instalado en el Depto. de Recursos Humanos.

⊕ **Sistema de Administración Financiera. (SAFI).**

Este sistema es de tipo gubernamental, es decir ha sido desarrollado e instalado por el Ministerio de Hacienda. A este no se le pueden hacer modificaciones y es de ley su utilización

SITUACION ACTUAL:

A la fecha se sigue utilizando, y está instalado en la Unidad Financiera Institucional.

⊕ **Sistema de Información de Inversión Pública (SIIP) (M. hacienda)**

Fue instalado desde el 2006, por el Ministerio de Hacienda, sin embargo no se utilizó por parte de la jefatura de Planificación en ese momento. Y fue hasta el año 2008 en que se implementó en el ISRI.

SITUACION ACTUAL:

Se está ingresando la información sobre Proyectos desde finales del 2008. Este no puede ser modificado ya que es de Ley que deberá tenerse en las Instituciones.

⊕ **Sistema Epidemiológico (2008)**

En el 2008 se instaló el Sistema para llevar el control epidemiológico de los centros de atención.

SITUACION ACTUAL:

Desde finales del 2008 fue instalado en los Centros de atención pero no en todos sino hasta el 2009, contando ya con información Epidemiológica, sin embargo a la fecha se están haciendo ajustes.

⊕ **Sistema de inventarios del ISRI (abril 2009).**

En marzo de 2009, la unidad de control de bienes creó un Sistema control de bienes, el cual permite cargar los bienes llevar el registro de sus movimientos.

SITUACION ACTUAL:

A la fecha se encuentra instalado este Sistema en todos los Centros de Atención y los encargados de esto es los administradores. Y quien da soporte técnico es personal de la unidad de control de bienes.

⊕ **Sistema Formulación Presupuestaria ISRI.**

Este sistema fue diseñado en el año 2009 para la formulación del presupuesto 2010 por personal de la unidad de control de bienes.

SITUACION ACTUAL:

A la fecha se encuentra instalado y utilizando este Sistema.

⊕ **Producción UOT (CAL 2005).**

En la unidad Ortopedia Técnicas del CAL se cuenta con un sistema de control de la producción de la unidad, el cual permite llevar el control de las metas establecidas por la unidad y control de los recursos.

SITUACION ACTUAL:

A la fecha se ha modificado en dos ocasiones y se utiliza para el control de la unidad.

2.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR

La Administración Superior del ISRI está conformada por 11 unidades organizativas que permiten su desempeño. Cada una de las unidades cuenta con su respectiva organización, lineamientos, normas y procesos que de forma integrada contribuyen al desarrollo de las actividades de la institución.

A continuación se presenta la situación actual de las unidades organizativas:

2.2.1 AUDITORÍA INTERNA:

2.2.1.1 Generalidades de la Auditoría Interna:

⊕ OBJETIVO DE UNIDAD:

Verificar la efectividad del sistema de control interno previo y concurrente de las operaciones institucionales, a través del monitoreo posterior de las operaciones, mediante la dirección, coordinación y supervisión de auditorías previamente planificadas de forma técnica y profesional teniendo como base el marco legal vigente, con la finalidad de contribuir a los objetivos del ambiente de control interno.

⊕ FUNCIONES DE LA UNIDAD:

1. Planificar, Organizar, dirigir y controlar todas aquellas actividades que garanticen el Sistema de Control Interno.
2. Proporcionar asesorías de acuerdo a solicitudes recibidas de Junta Directiva, Presidencia, Gerencias, Directores de Centros y Jefaturas de la Administración Superior.
3. Consolidación de la información obtenida en las auditorías realizadas.
4. Planificación de la auditoría a realizar
5. Elaborar informes de las auditorías realizadas, dependiendo de la planificación de la misma.
6. Remitir informes de las auditorías realizadas a los auditados y a la Corte de Cuentas, tal como lo establece la Ley.
7. Gestión del talento humano.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

- A. 1 plaza de Jefe de la unidad de Auditoría Interna
- B. 3 plazas de Técnico de auditoría
- C. 1 plaza de Secretaria I

2.2.1.2 Procedimientos de Auditoría Interna:

⊕ LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA INTERNA:

1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo:

Consiste en realizar la planificación del plan de trabajo de la unidad que se espera realizar en el año, este debe de contener:

- Desarrollo de Auditorías a componentes de estados financieros
- Desarrollo de Auditorías especiales (programadas), especificando a que unidad del ISRI.
- Verificación de control interno y manejo de custodia de fondos (Arqueo de Fondos).
- Seguimientos a Observaciones de Auditoría
- Requerimientos de Junta Directiva y Presidencia
- Otras Actividades

2. Arqueo de fondos:

Consiste en Comprobar que los procedimientos de Control Interno para el manejo de los fondos, aseguran su adecuada custodia y utilización, a partir de:

- Verificar la existencia y exactitud del efectivo, documentos de valor y cupones de combustible custodiados.
- Resguardar el resguardo de los fondos, formas, valores y cupones de combustible.
- Verificar la utilización adecuada de las formas utilizadas para los ingresos y gastos en fondos.
- Verificar el cumplimiento de normas y políticas para su control y salvaguarda.

3. Elaboración de Exámenes Especiales:

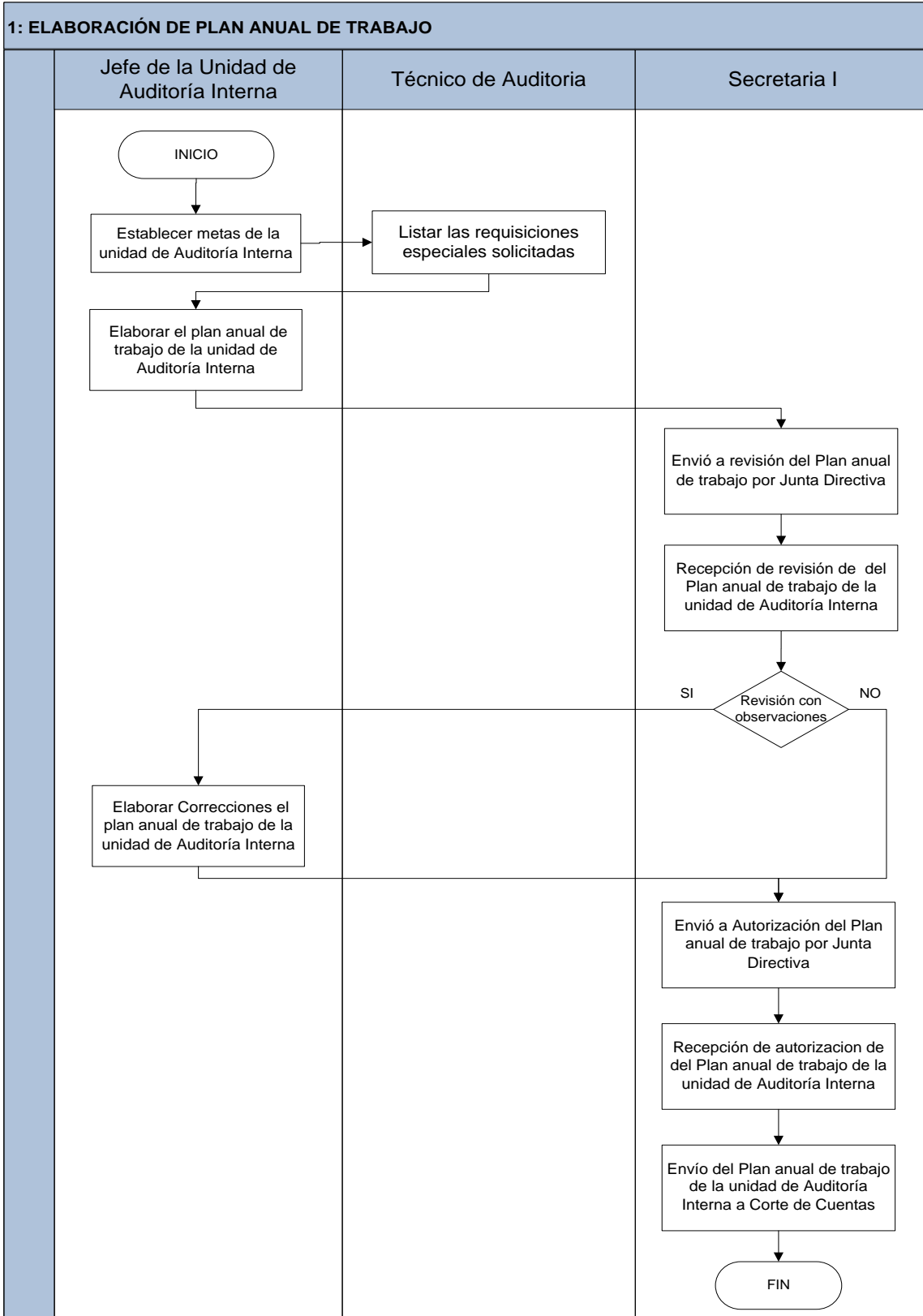
Consiste en realizar auditorías a las diferentes unidades del Instituto, estas pueden ser parte del plan de trabajo de la unidad o ser a petición de la presidencia o gerencia. Algunos de los exámenes especiales que se realizan son:

- Seguimiento al presupuesto Institucional
- Auditorías a las unidades del ISRI
- Seguimiento a Auditorías Anteriores
- Requerimientos especiales de Junta Directiva o Presidencia

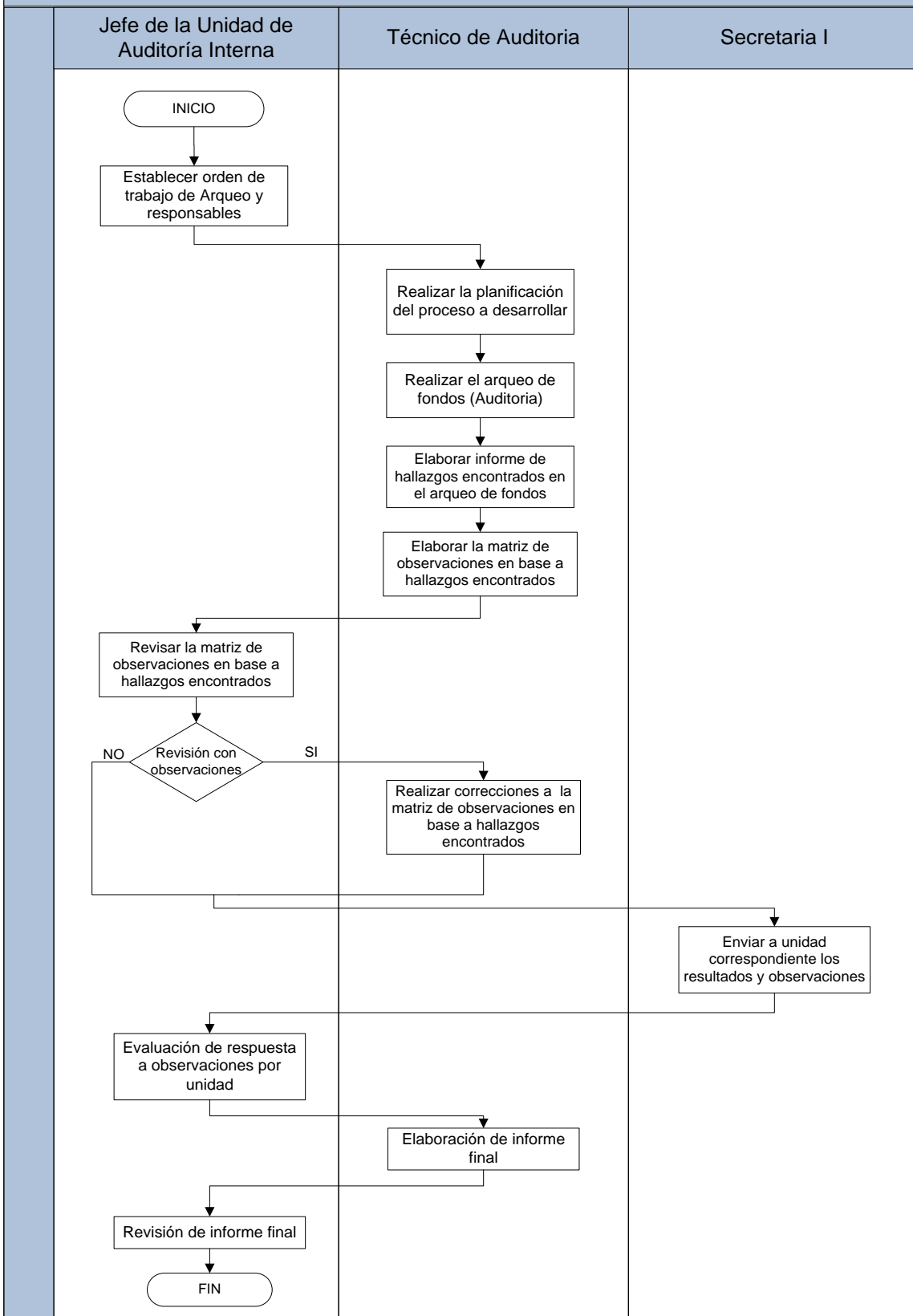
4. Seguimiento a Exámenes Especiales:

Consiste en el seguimiento de las auditorías realizadas a las diferentes unidades del Instituto, estas pueden ser parte del plan de trabajo de la unidad o ser a petición de la presidencia o gerencias.

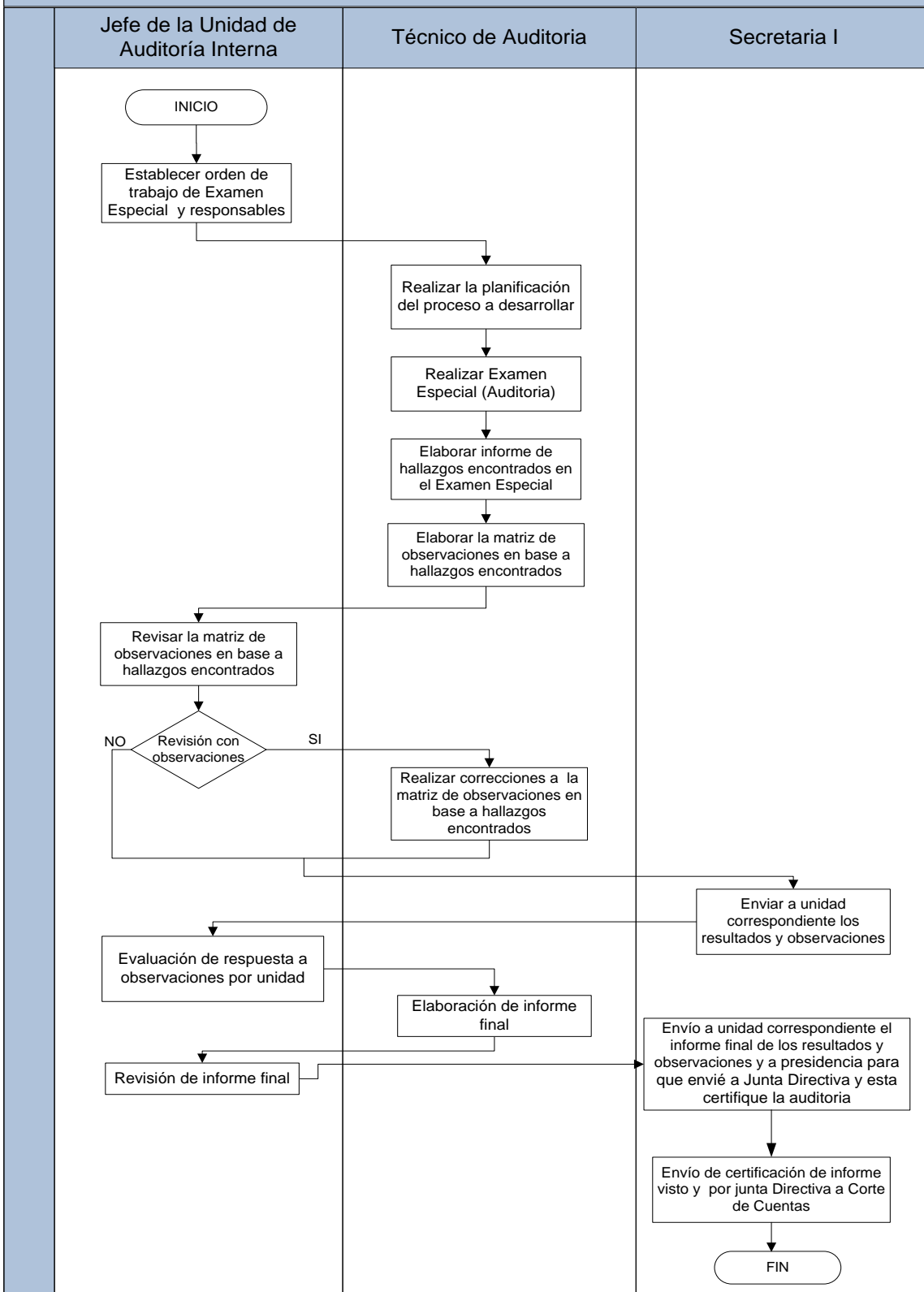
⊕ **DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA INTERNA:**



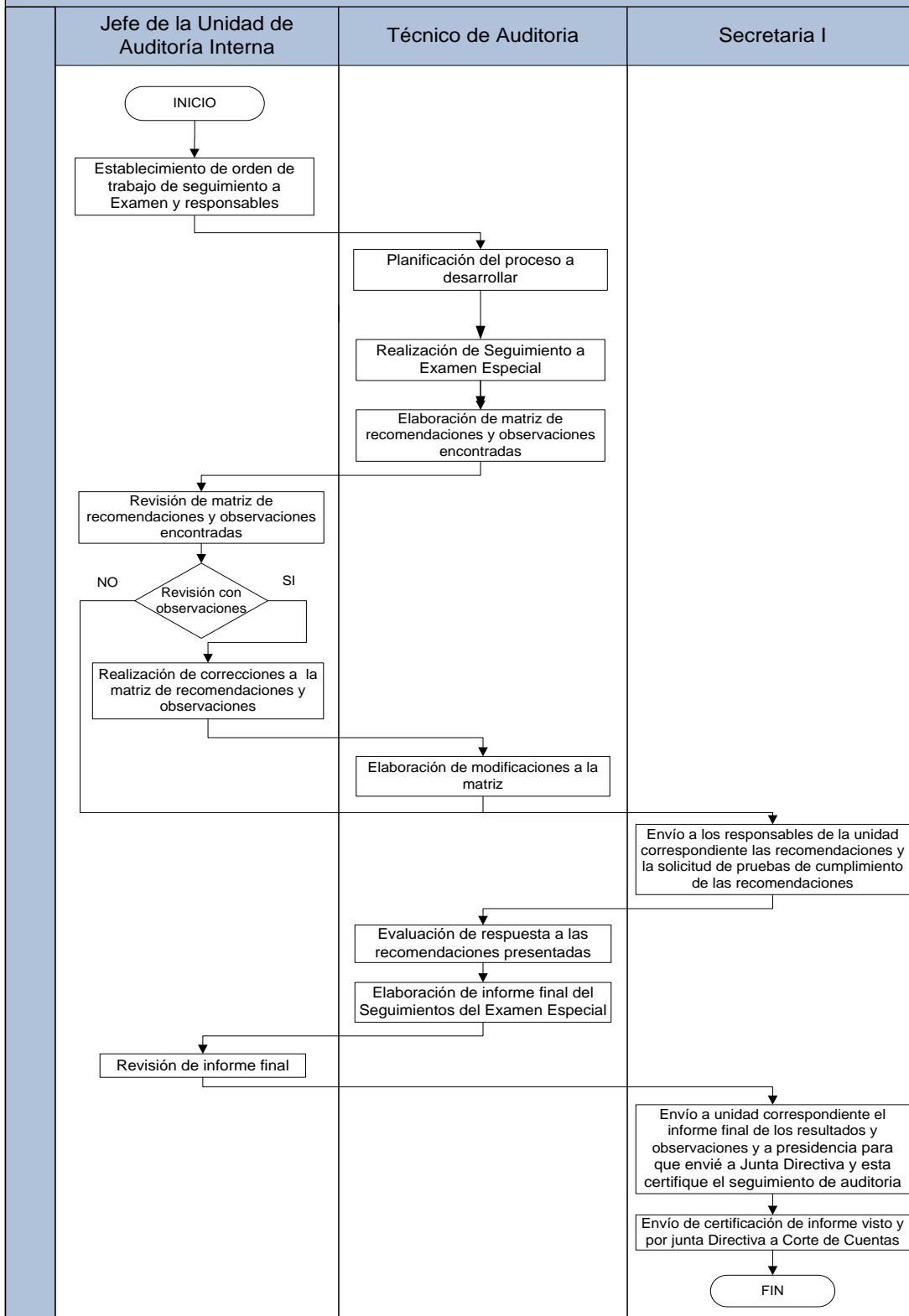
2: ARQUEO DE FONDOS



3: ELABORACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES



4: SEGUIMIENTO A EXÁMENES ESPECIALES



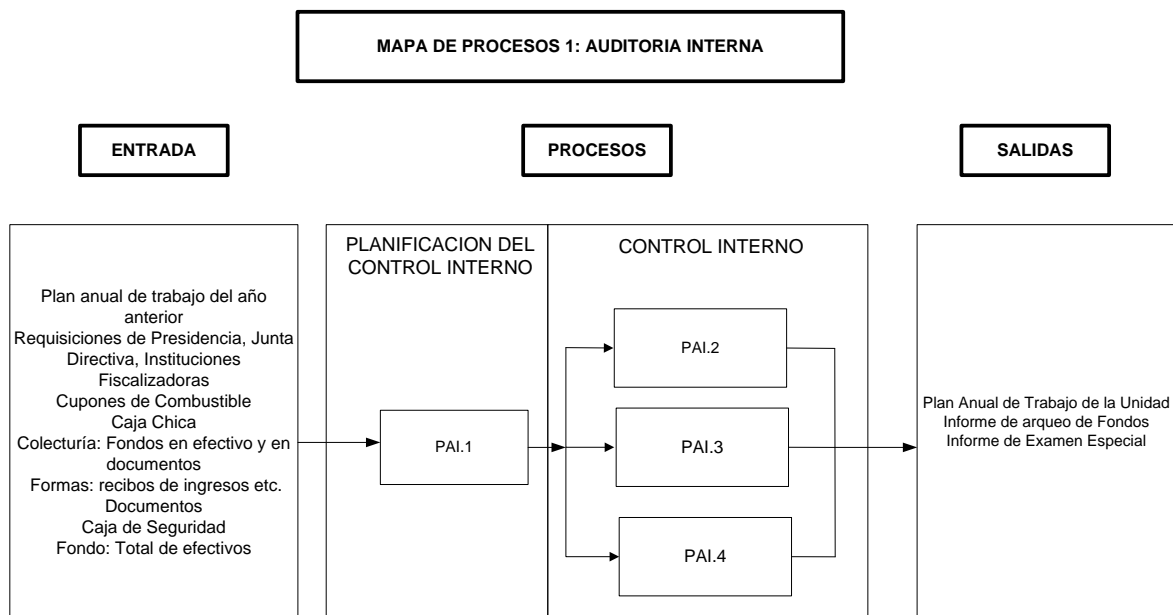
2.2.1.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de Auditoría Interna:

Como último paso para lograr visualizar las relaciones que tienen cada procedimiento que se realiza en cada una de las unidades o dependencias del ISRI, se muestra para cada unidad el mapa de procesos correspondiente, para cada proceso se ha considerado para una mayor comprensión indicar a la vez los procedimientos que conforman los procesos, los cuales se representan a través de un código, este código está compuesto de letras y números, la primer letra es la “P” que significa que es un procedimiento, después de la P, siguen las letras iniciales de la Unidad que representan, por ejemplo PAI.1 significa que el procedimiento es de la unidad de Auditoría Interna y es el procedimiento 1, para representar los procedimientos que conforman el proceso.

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada procedimiento de cada unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de cada unidad.

Tabla 17: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad Auditoría Interna

Códigos de Procesos y procedimientos de la Unidad de Auditoría Interna	
PROCESO 1: PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO	
PAI.1	1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo
PROCESO 2: CONTROL INTERNO	
PAI.2	2. Arqueo de fondos
PAI.3	3. Elaboración de Exámenes Especiales
PAI.4	4. Seguimiento a Exámenes Especiales



2.2.2 ASESORÍA JURÍDICA:

2.2.2.1 Generalidades de la Asesoría Jurídica:

⊕ OBJETIVO DE LA UNIDAD:

Brindar asesoría jurídica en todas las ramas del derecho a la Institución, así como casos específicos y particulares por delegación de la Junta Directiva y/o del Presidente. Asesoría legal a las Gerencias y diferentes dependencias de la Institución.

⊕ FUNCIONES:

1. Asesorar, conducir y asistir al Instituto en los procesos que se desarrollan, de manera que éstos y los procedimientos sean conducidos dentro del marco legal regulatorio y de conformidad a las competencias institucionales.
2. Asistir en calidad de Secretario de Actas a las sesiones de Junta Directiva, en las cuales participará con voz pero sin voto;
3. Emitir opinión jurídica sobre informes o dictámenes que sean requeridos por entidades públicas, autónomas o privadas, referentes a asuntos particulares de la Institución.
4. Revisión y elaboración de contratos, y cualquier otro documento legal de la Institución.
5. Velar por la aplicabilidad correcta del marco regulatorio propio de la materia que ocupa al Instituto, así como de salud ambiental, laboral, administrativa y cualquiera de las responsabilidades para el sector gubernamental, y muy particularmente de responsabilidad para esta Institución.
6. Participar en la elaboración, revisión y actualización del marco regulatorio en materia de rehabilitación integral principalmente y todas aquellas en que tenga injerencia el ISRI.
7. Colaborar en la revisión de Pliegos de cargos o bases de Licitaciones, que se llevarán a cabo con fondos GOES, Préstamos, Organismos o Agencias Internacionales, previa autorización del Titular.
8. Gestión del talento humano.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

- A. 1 plaza de Jefe de la unidad de Asesoría Jurídico
- B. 1 plaza de Técnico Jurídico
- C. 1 plaza de Colaborador Jurídico

⊕ **NORMAS DE LA UNIDAD DE DE ASESORÍA JURÍDICA:**

NORMA 1: ASESORIAS

- 1.1 Las solicitudes de asesoría jurídica podrán realizarse en forma verbal o escrita según se considere necesario, y podrán ser solicitadas por cualquier instancia organizativa del Instituto.
- 1.2 El asesor y/o los técnicos realizarán el análisis y las consultas técnicas necesarias previas a la emisión de una respuesta, cuando el grado de complejidad del caso así lo demande.
- 1.3 El periodo de tiempo para la respuesta a las consultas jurídicas podrá ser variable de acuerdo a la complejidad sin que ello permita la extemporaneidad de las mismas.

NORMA 2: DILIGENCIAS EXTRAJUDICIALES

- 2.1 Toda solicitud de trámite extrajudicial deberá hacerse por escrito a través de la Presidencia o Gerencias, en dicha solicitud deberá hacerse una breve reseña del caso y su necesidad, anexando la documentación correspondiente.
- 2.2 El asesor jurídico realizará las diligencias pertinentes a cada caso o delegará en los técnicos la realización de las mismas a fin de obtener información o cualquiera otra providencia necesaria para la resolución.
- 2.3 Todos los documentos que se remiten a las distintas oficinas gubernamentales o no gubernamentales como consecuencia de trámites extrajudiciales deberán ser suscritos por la Presidencia del Instituto y/o el Asesor Jurídico.

NORMA 3: PROMOCIÓN DE JUICIOS

- 3.1 El asesor Jurídico será el apoderado judicial del instituto, en los procesos de toda índole y lo representará personalmente cuando así lo permitire la Ley.
- 3.2 Los juicios que se ventilen en los tribunales de Justicia de la República en los cuales el Instituto tuviere participación sea como demandante, demandado o ejerciendo tercería serán diligenciados por el asesor y/o los técnicos del departamento.
- 3.3 El asesor y/o los técnicos están en la responsabilidad de diligenciar oportunamente todo tipo de providencia judicial requerida a Instituto.
- 3.4 El asesor y/o los técnicos están en la obligación de dar seguimiento a los diferentes procesos judiciales hasta la obtención de las sentencias y la declaración de cosa juzgada.

3.5 En casos excepcionales, y de acuerdo a la decisión de la Presidencia del Instituto, podrá conciliarse con la contraparte, siempre que el resultado de la conciliación fuere apegado a los intereses del Instituto.

NORMA 4: ELABORACIÓN DE CONTRATO

4.1 Toda solicitud al departamento jurídico, de contratos de suministro de bienes y servicios, deberá canalizarse a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y además deberá contar con la autorización de la Gerencia Administrativa para su respectiva elaboración.

4.2 Las solicitudes de contratos deberán especificar: plazo, garantía, monto, fuente de financiamiento, horario de prestación (en los casos de servicios profesionales) fecha para la cancelación del precio y valor del bien o servicio y además deberá anexarse a la solicitud, copia de los documentos legales de identificación de la persona natural o jurídica.

4.3 Cuando se trate de contratos de servicios profesionales con personas naturales el solicitante deberá determinar cuánto es el costo diario del servicio y el plazo de contratación no deberá exceder de seis meses.

4.4 Una vez recibida la solicitud de elaboración de contrato se procederá a la elaboración de los mismos, para lo cual se considerará un plazo de seis días hábiles contados a partir de la fecha de recepción en el departamento Jurídico, en este plazo se llamará al contratista a firmar y posteriormente se pasará a firma de la Presidencia del Instituto.

4.5 Cualquier cambio a la solicitud deberá constar por escrito e igualmente requerirá de la autorización de la Gerencia Administrativa.

4.6 Una vez perfeccionados los contratos se remitirá el original a la proveeduría del Instituto para su trámite correspondiente.

2.2.2.2 Procedimientos de Asesoría Jurídica:

⊕ LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE ASESORÍA JURÍDICA:

1. **Asesorías:** consiste en asesorar en aspectos legales sobre la actividad de la Institución tanto en las Gerencias como a las diferentes dependencias de la Institución.
 - Analizar las solicitudes de asesorías para diferentes unidades dentro de la institución
 - Elaborar propuesta a solicitudes
 - Determinar Resolución de las solicitudes

2. **Diligencias Extrajudiciales:** consiste en realizar diligencias que sean asignadas por orden de la Gerencia Administrativa para intervenir en algún caso específico, además de las jurídicas oficiales.
 - Analizar solicitudes de intervenciones internas y externas
 - Gestionar y dar resolución a dicha intervención

3. **Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios:** consiste en desarrollar, evaluar y dar seguimiento a los Juicios en los que está involucrada la Institución.
 - Realizar Evaluaciones de casos
 - Recolección de pruebas
 - Elaborar propuestas de procedencia
 - Promoción y seguimiento de los casos

4. **Elaboración de Contratos:** consiste en elaborar los contratos con la base legal correspondiente para el nuevo personal contratado por la institución.
 - Revisión de la documentación relacionada al contrato
 - Elaboración del Contrato de acuerdo a requerimientos o condiciones
 - Validación del contrato mediante firmas de involucrados para legalizarlo

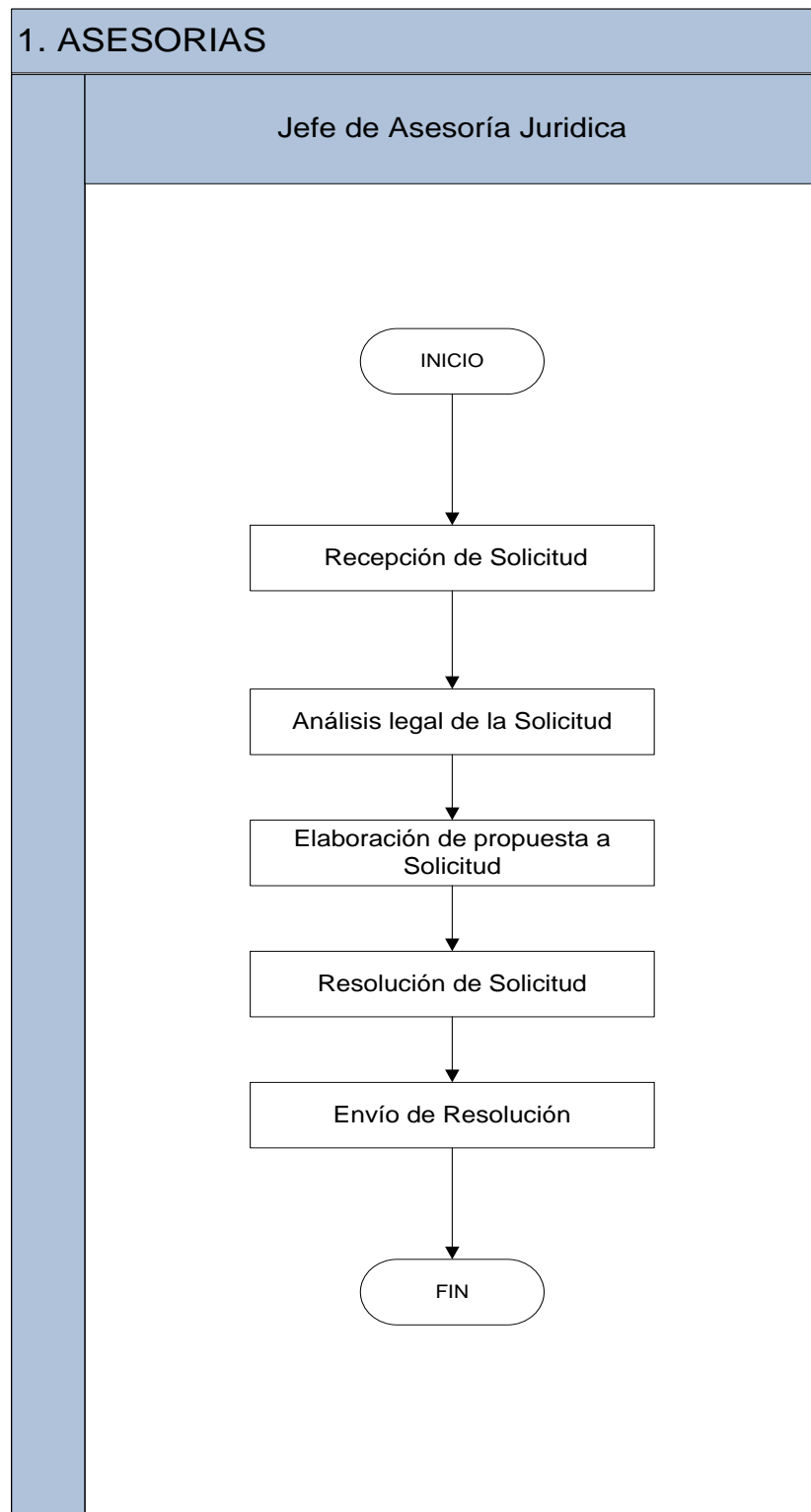
5. **Evaluación de Ofertas:** consiste en evaluar las ofertas de trabajo mediante los requerimientos que se hayan determinado para la plaza, verificando la base legal de la misma.
 - Recibir convocatoria de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
 - Evaluar las ofertas por medio de representante de la Unidad
 - Verificar la base legal de acuerdo a requerimientos de las ofertas
 - Realizar un informe de dicha evaluación

6. **Imposición de Multas:** consiste en realizar las notificaciones de la multas a los entes multados así como verificar el cumplimiento del pago de la misma y su correspondiente notificación a la UACI.
 - Elaborar notificaciones de multas a entes
 - Analizar la respuesta de los entes
 - Elaboración de resolución
 - Verificar el pago y notificar a UACI

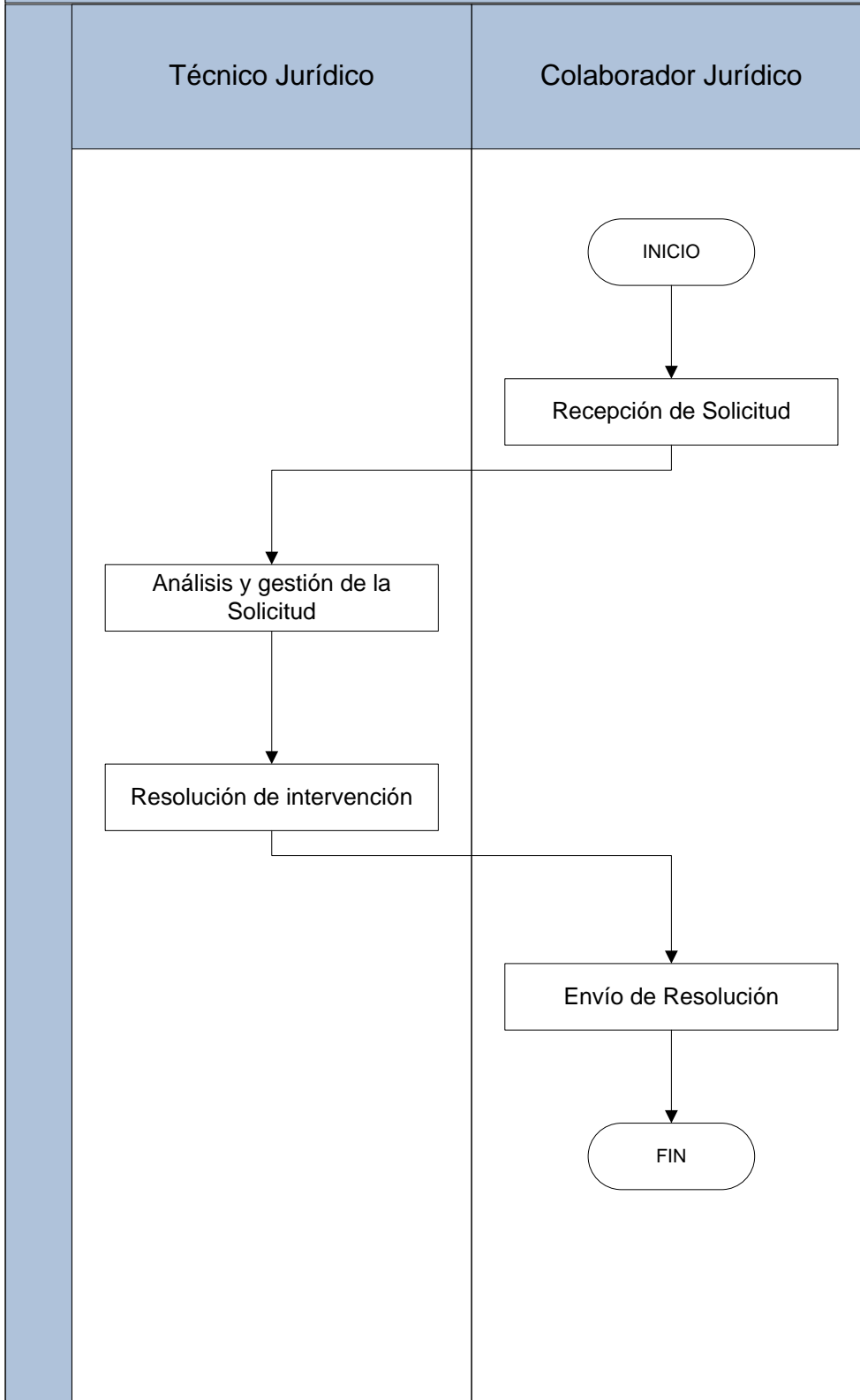
7. **Capacitaciones:** consiste en realizar capacitaciones según las peticiones de la Administración y sobre las áreas que establezcan previamente.
 - Recibir peticiones de capacitaciones
 - Elaborar capacitación a impartir y desarrollarla

- 8. Representación Judicial y Extrajudicial:** consiste en representar a la institución en los aspectos jurídicos en los que se vea involucrada analizando las demandas y elaborando defensas para las mismas.
- Analizar las demandas que se presentan
 - Recolectar la pruebas pertinentes del caso
 - Elaborar y presentar la defensa a dicha demanda
- 9. Manejo de Convenios:** consiste en elaborar los convenios de acuerdo a los requerimientos establecidos y la base legal adecuada.
- Elaborar los convenios de acuerdo a los requerimientos que exijan los interesados
 - Solicitar la autorización de dichos convenios por presidencia
 - Suscribir el convenio realizado
- 10. Trámite Aduanero:** consiste en realizar la parte legal referido a los trámites aduaneros de la institución para la gestión y envío de los bienes adquiridos.
- Recolectar y revisar la información necesaria para la realización de dicho trámite
 - Realizar la Gestión del trámite aduanal y de envío
- 11. Revisión Normativa:** consiste en realizar una actualización o modificación de la normativa de acuerdo a las necesidades o cambios que necesita la institución.
- Realizar la conformación del equipo o comisión
 - Analizar la normativa mediante un estudio comparativo
 - Elaborar una propuesta de Normativa
 - Someter dicha propuesta para su correspondiente autorización ante Junta Directiva
 - Distribución de Normativa propuesta

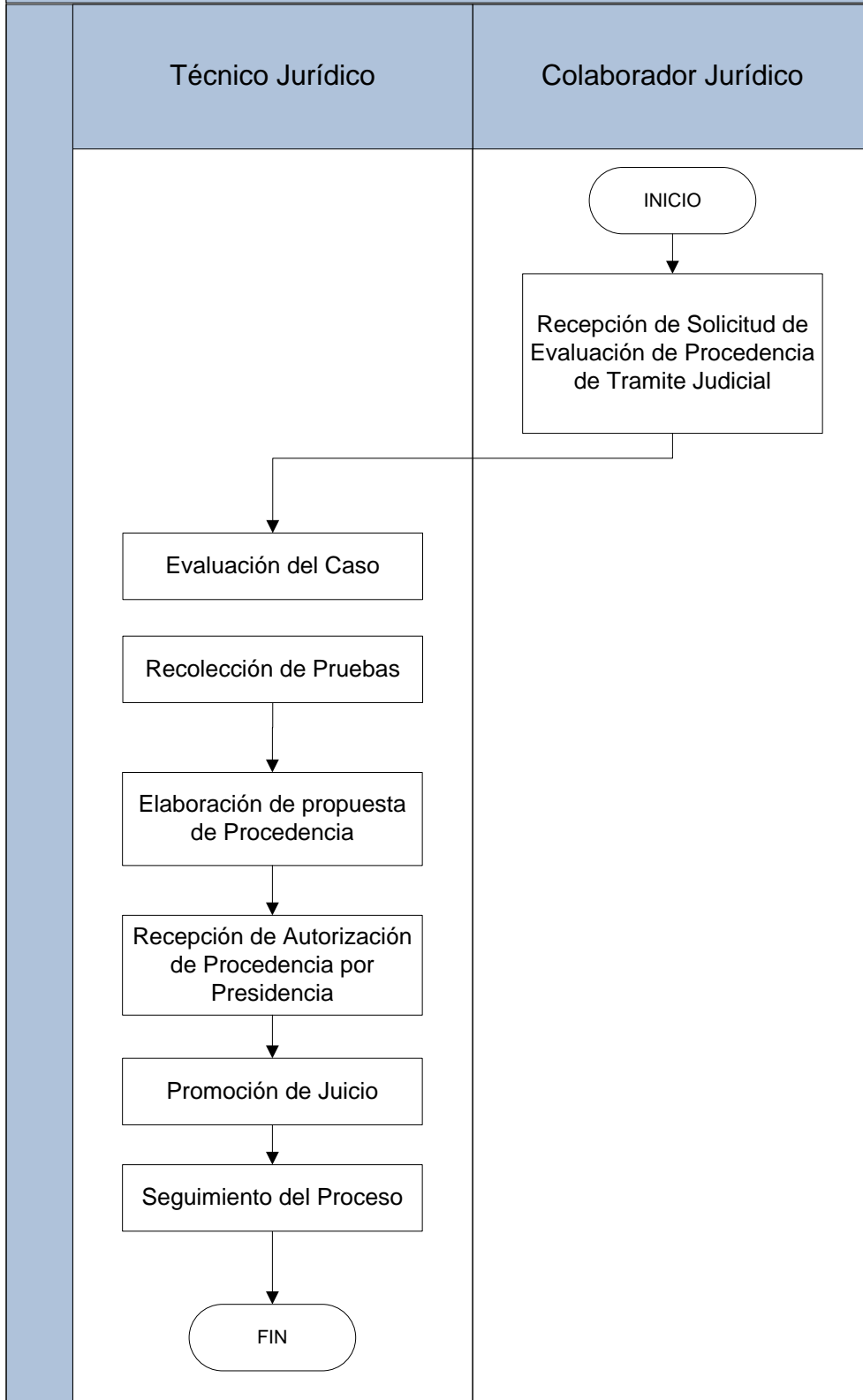
⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ASESORÍA JURÍDICA



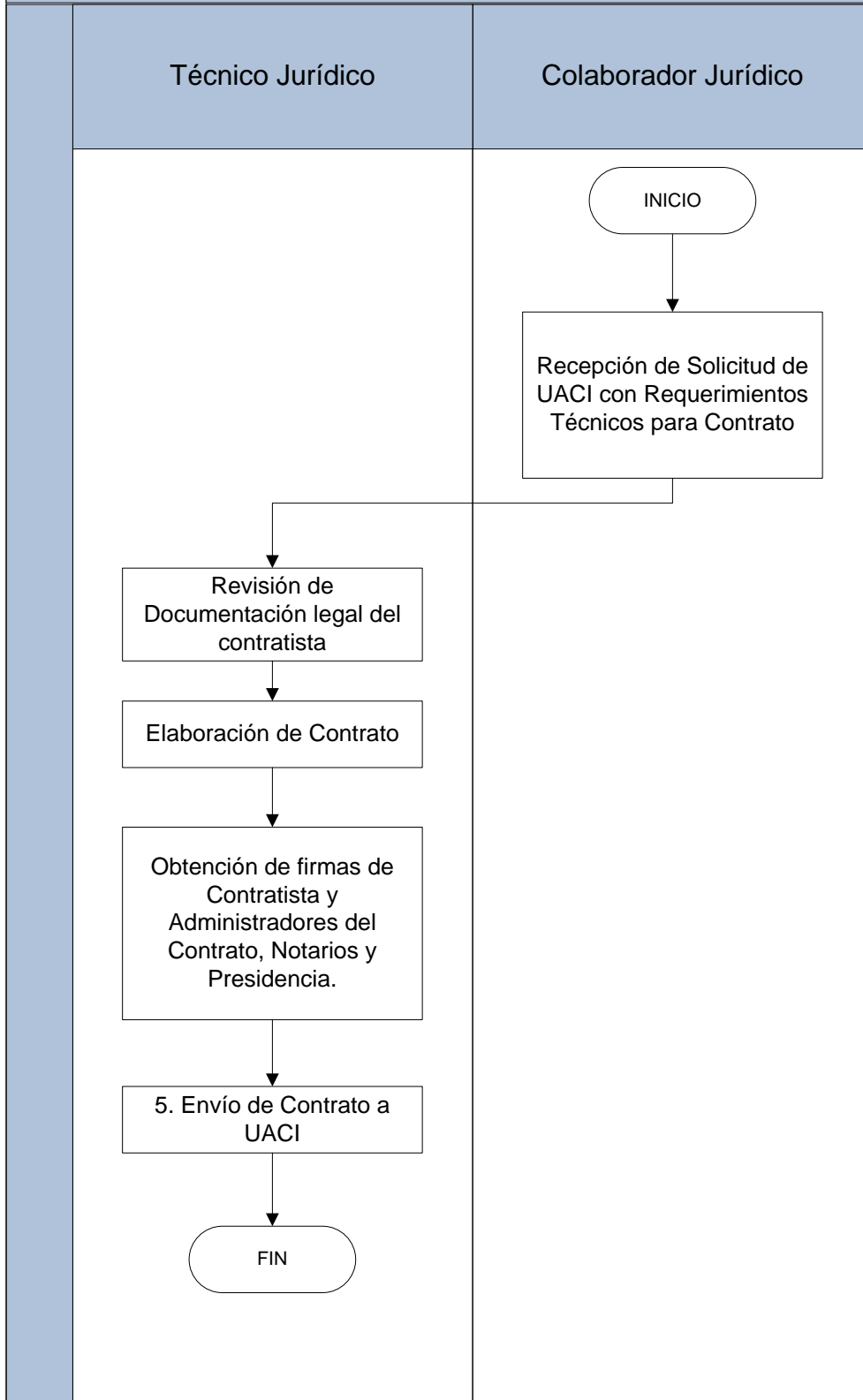
2. DILIGENCIAS EXTRAJUDICIALES



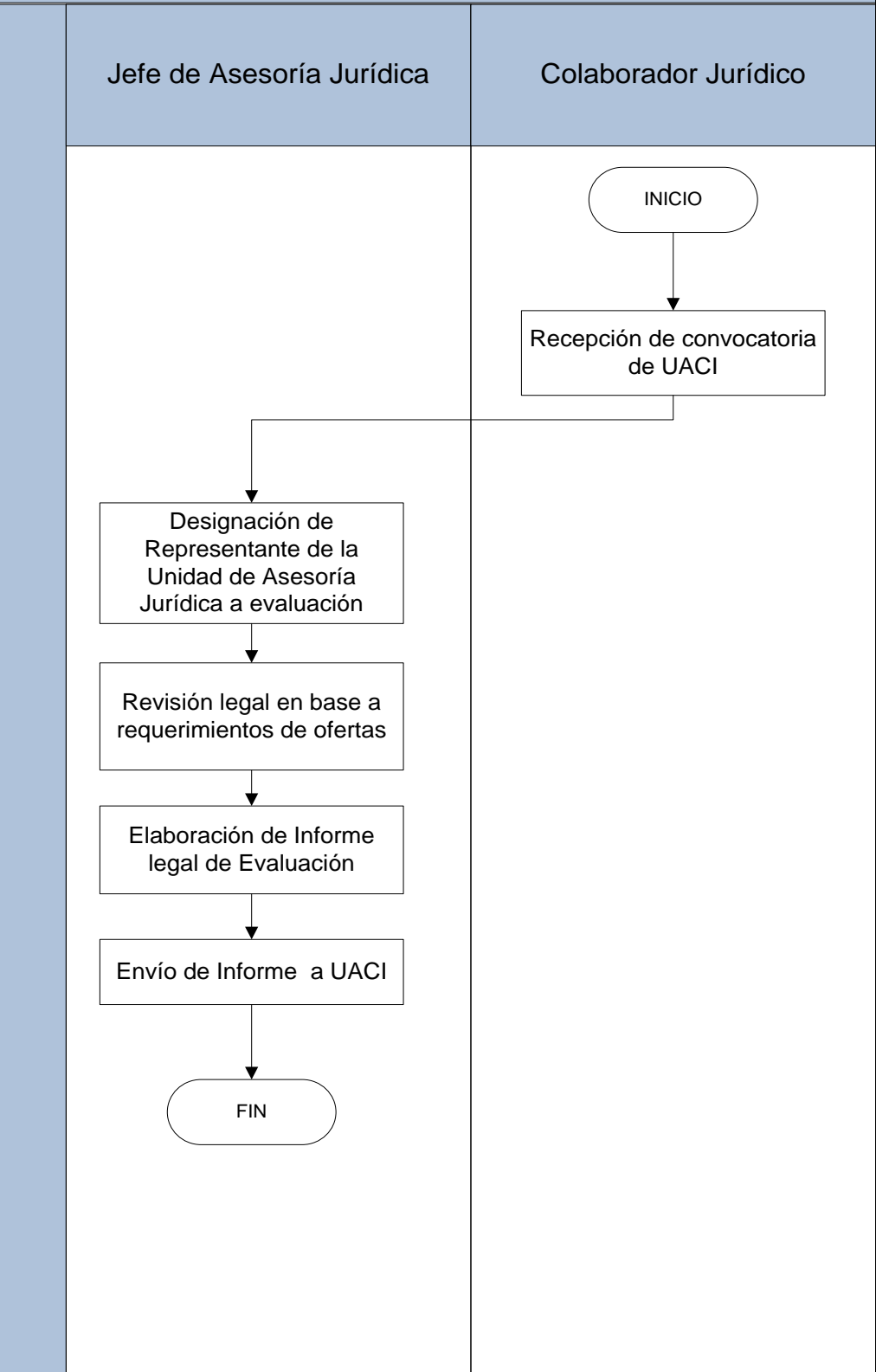
3. PROMOCION SEGUIMIENTO Y FINALIZACION DE JUICIOS



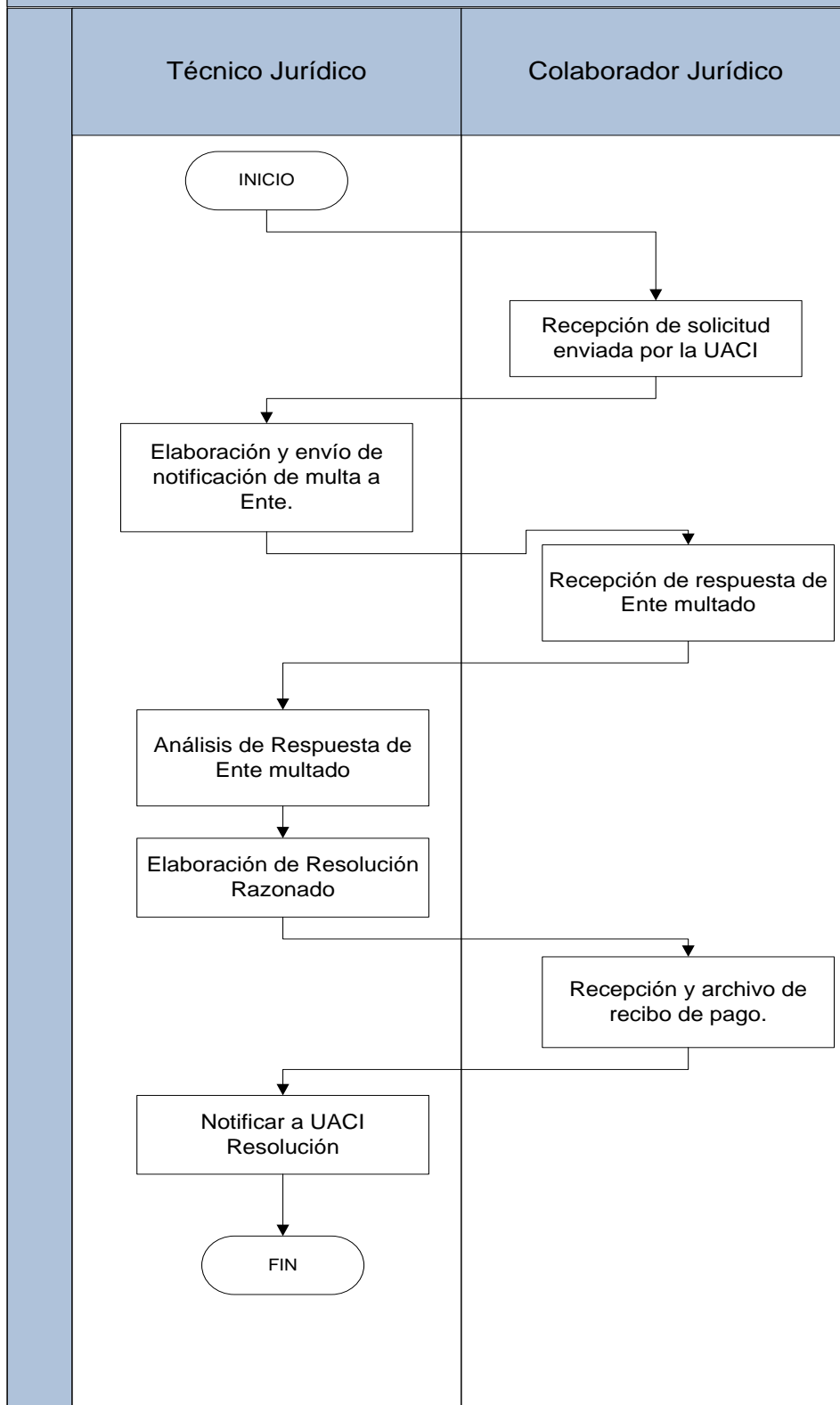
4. ELABORACIÓN DE CONTRATOS



5. EVALUACIÓN DE OFERTAS



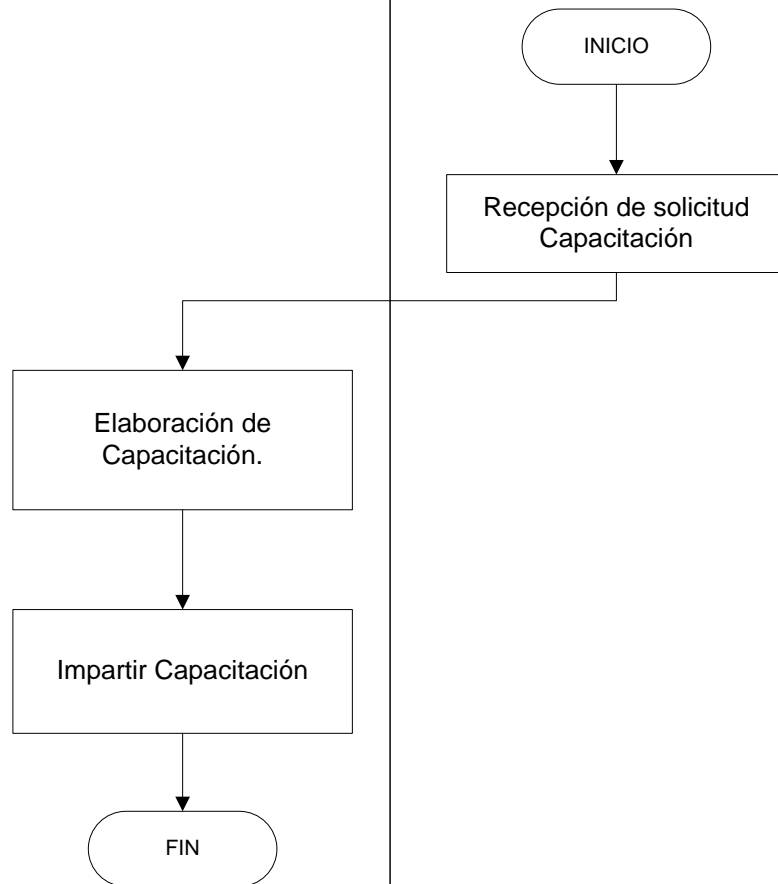
6. IMPOSICIÓN DE MULTAS



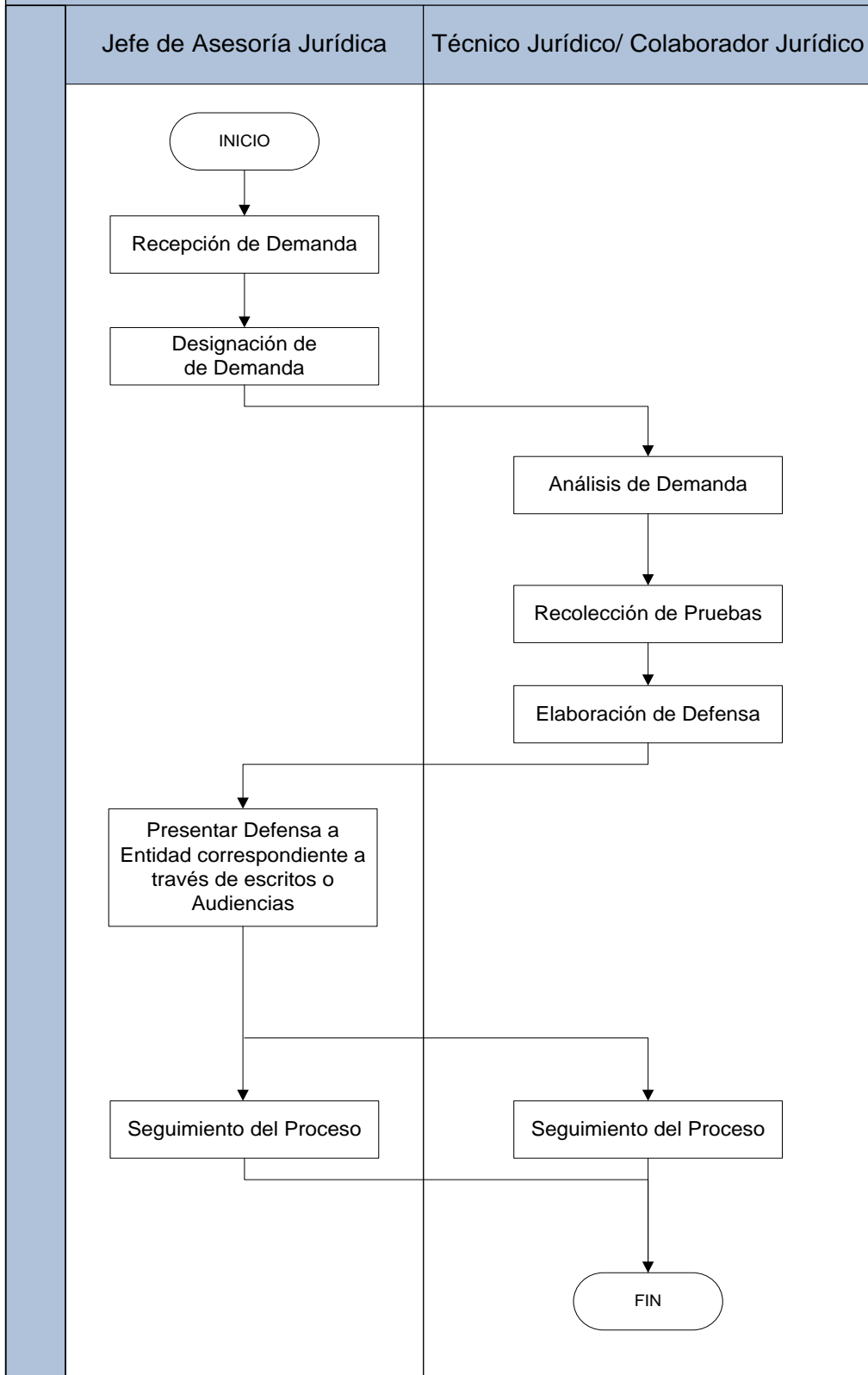
7. CAPACITACIONES

Jefe de Asesoría Jurídica

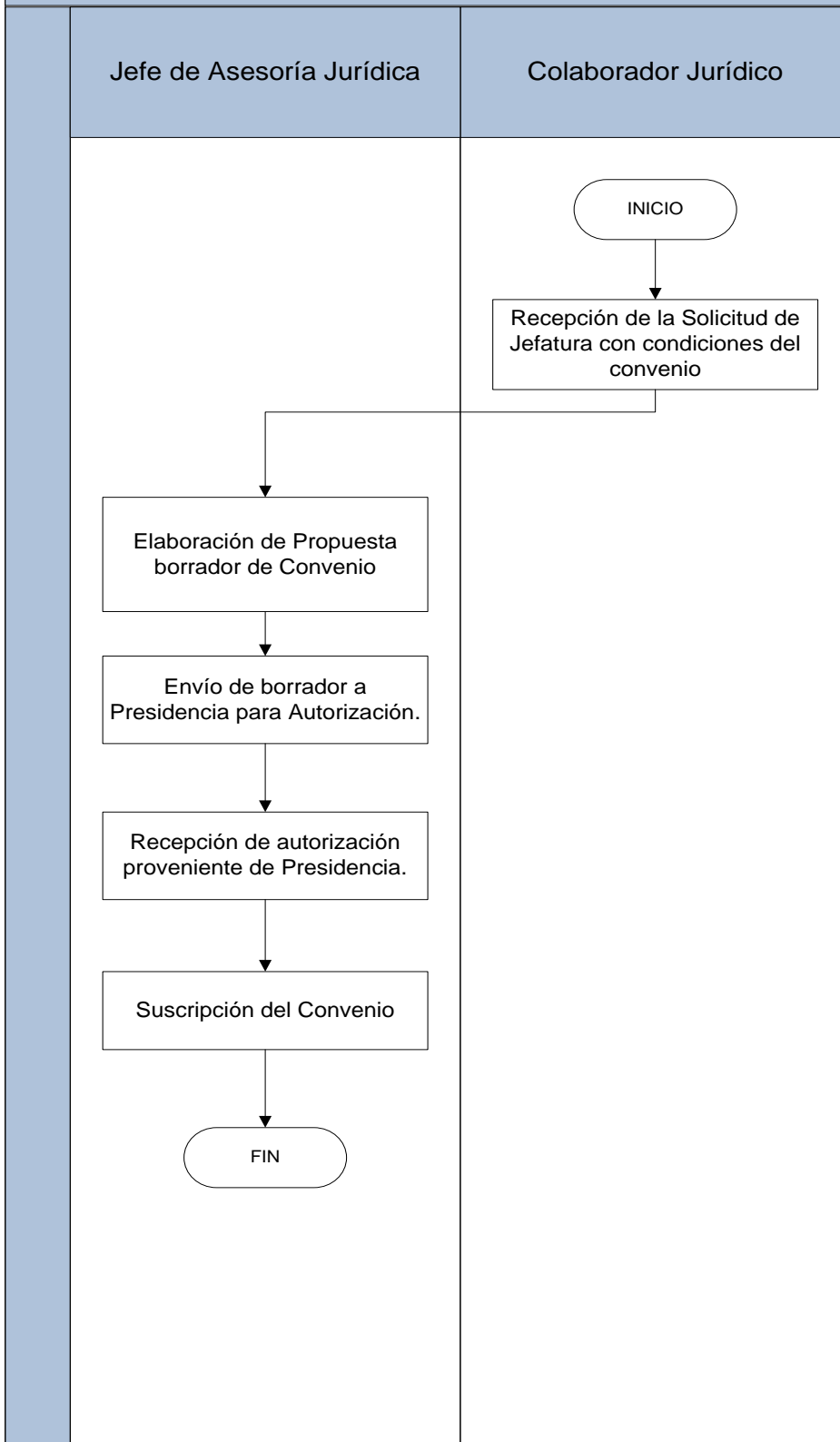
Colaborador Jurídico



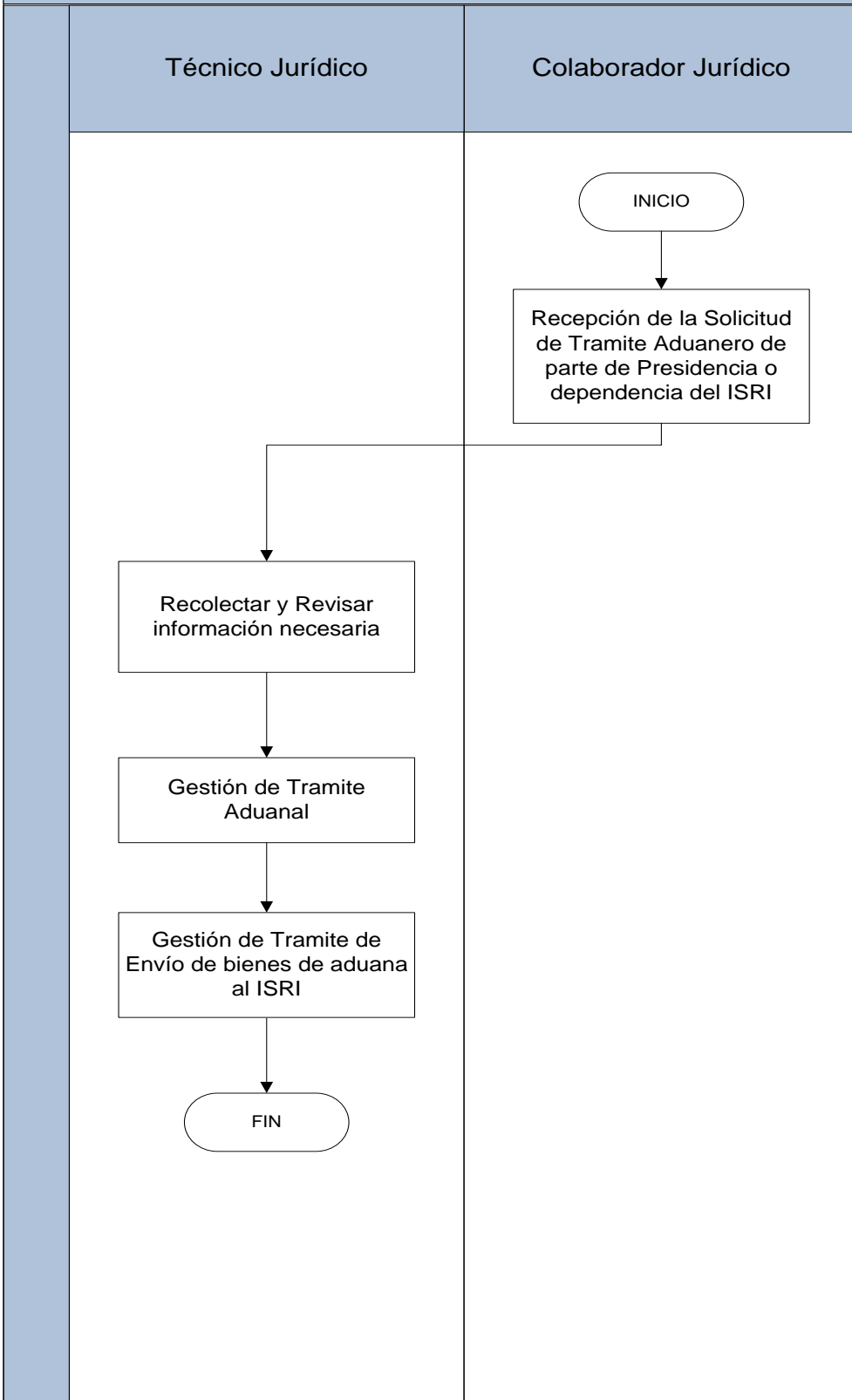
8. REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL



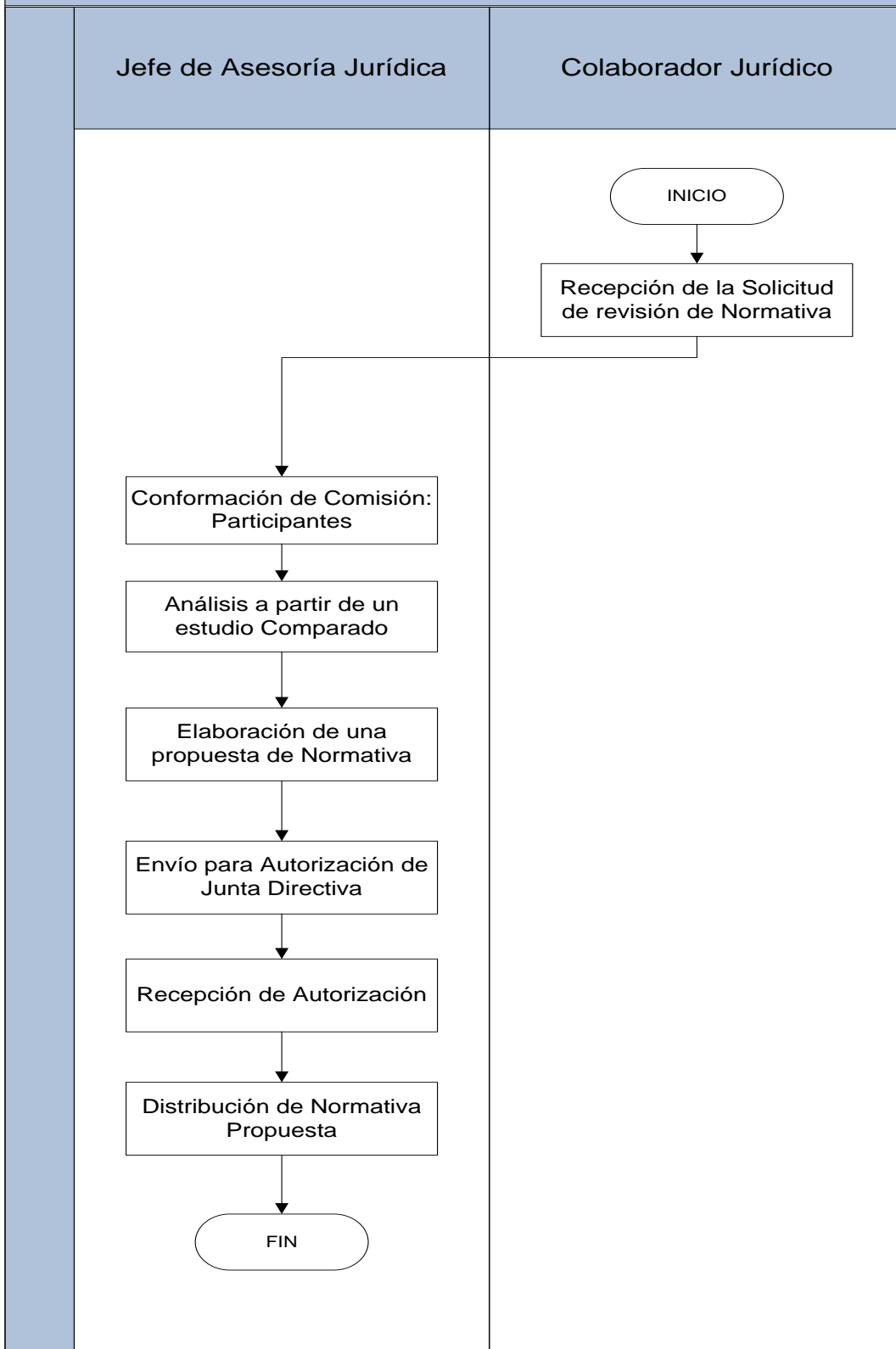
9. MANEJO DE CONVENIOS



10. TRAMITE ADUANERO



11. REVISIÓN DE NORMATIVA



2.2.2.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de Asesoría Jurídica:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 18: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Asesoría Jurídica

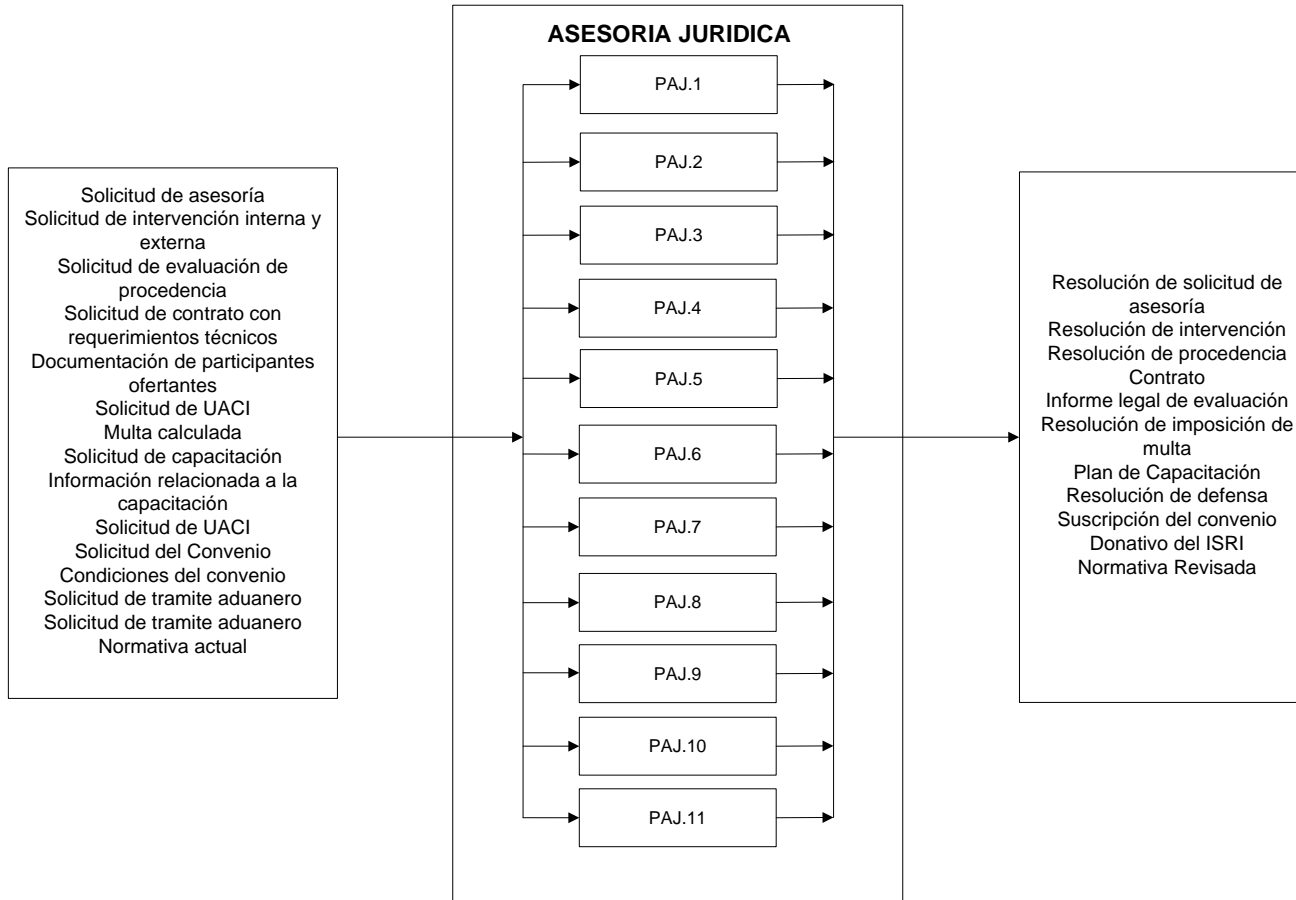
Códigos de Procesos y procedimientos de la Unidad de Asesoría Jurídica	
Proceso: Asesoría Jurídica	
PAJ.1	1. Asesorías
PAJ.2	2. Diligencias Extrajudiciales
PAJ.3	3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios
PAJ.4	4. Elaboración de Contratos
PAJ.5	5. Evaluación de Ofertas
PAJ.6	6. Imposición de Multas
PAJ.7	7. Capacitaciones
PAJ.8	8. Representación Judicial y Extrajudicial
PAJ.9	9. Trámite Aduanero
PAJ.10	10. Revisión Normativa

MAPA DE PROCESOS 2: ASESORIA JURIDICA

ENTRADA

PROCESOS

SALIDAS



2.2.3 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL:

2.2.3.1 Generalidades de la Planificación estratégica y desarrollo institucional:

⊕ OBJETIVO:

Asesorar, conducir y coordinar en forma interactiva los procesos institucionales, mediante la formulación y seguimiento del Desarrollo Institucional, la definición de planes, programas y proyectos, desarrollo de Sistemas de Información; para así brindar información oportuna, contribuyendo a una adecuada toma de decisiones por parte de las autoridades del Instituto y así asegurar las condiciones que contribuyan a mejorar la calidad de la gestión institucional.

⊕ FUNCIONES:

1. Asesorar, elaborar y dar seguimiento al proceso de Desarrollo Institucional, a través de las herramientas técnicas-administrativas pertinentes; para así contribuir a lograr una administración eficiente, eficaz y de calidad en pro de las personas con discapacidad y el adulto mayor.
2. Planificar, definir y asegurar la implementación de políticas, estrategias, planes, programas y proyectos de la Institución, en función de las directrices correspondientes.
3. Establecer normas y métodos de elaboración, control, seguimiento y evaluación de planes y programas en el ámbito institucional.
4. Coordinar la elaboración del plan estratégico institucional.
5. Consultar y concertar las iniciativas de todos los sectores locales e instituciones públicas y privadas, como parte del proceso de la planificación estratégica.
6. Dar seguimiento sistemático a la planificación estratégica, con el involucramiento de todos los sectores concernidos, cuyos resultados deben ser verificados y evaluados periódicamente para fines de ajuste de los programas, proyectos y acciones establecidas en el plan estratégico.
7. Coordinar la formulación y seguimiento al Plan Anual de Trabajo institucional.
8. Elaborar, dar seguimiento y evaluar planes de acción institucionales (mensuales, trimestrales, etc.), así como las estadísticas institucionales.
9. Elaborar y presentar el Informe de Gestión Institucional (Mensual, trimestral, semestral y anual) a la Presidencia del Instituto.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

- A. plaza de Jefe de la unidad de Planificación
- B. 2 plaza de Técnico en Planificación I
- C. 3 plaza de Técnico en Planificación
- D. 1 plaza de Técnico en mantenimiento de Informática
- E. 1 plaza de Auxiliar Administrativo

- F. 1 plaza de Instructor de Taller
- G. 1 plaza de Secretaria I
- H. 1 plaza de Secretaria II

2.2.3.2 Procedimientos de Planificación estratégica y desarrollo institucional:

⊕ LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN:

1. ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL ISRI

El propósito de este proceso es obtener el Plan Anual de Trabajo del ISRI, el cual es el consolidado de todos los planes de trabajo de cada una de las dependencias del ISRI, en el cual están reflejados las metas anuales a obtener en cada unidad; así como las estrategias a utilizar en congruencia a las líneas estratégicas del Plan de Gobierno cumpliendo así la razón de ser del ISRI.

2. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

El objetivo del seguimiento y evaluación del Plan Anual de Trabajo del ISRI es la supervisión mensual del plan, revisando lo programado versus lo realizado concernientes a las metas planteadas por cada dependencia del ISIR, analizando la información y formulando las sugerencias en base a los hallazgos encontrados en base al análisis, para así mejorar la ejecución del Plan Anual de Trabajo del ISRI.

3. SUPERVISIÓN DEL USO DEL SISTEMA DE CONTROL DE LA GESTIÓN TÉCNICA A CENTROS DE ATENCIÓN

La supervisión del uso del Sistema de Control de la Gestión Técnica persigue verificar el cumplimiento de metas a través del Sistema de Control de Gestión del ISRI a través del la información de producción y estadísticas de las dependencias del ISRI, para así dar la asesoría pertinente y elaborar el informe de verificación de Metas para dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo.

4. CONTROL DE GESTIÓN TÉCNICA EN CENTRO DE ATENCIÓN

El Control de la Gestión Técnica de los Centros de Atención tiene como finalidad la supervisión trimestral del cumplimiento de metas de cada Centro de atención reflejada en el Informe Trimestral de cumplimiento de metas, utilizando el Sistema de Control de Gestión del ISRI en el cual se hace una análisis de los reportes de los Portafolios de Servicios de cada Centro de Atención para así poder elaborar el informe Trimestral.

5. AUDITORIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, BASADOS EN LA NORMA ESDOMED

La auditoria del expediente clínico busca evaluar la aplicación de la Norma para el Manejo de Estadísticas y Documentos Médicos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (SDOMED), estableciendo las áreas que se auditaran en los Centros de Atención definiendo las

estrategias a utilizar con la finalidad de realizar el reporte de la Auditoria y realizar las acciones concernientes con el fin de superar las observaciones realizadas.

6. SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS MÉDICOS BASADOS EN LA NORMA ESDOMED

La supervisión del Manejo de Estadísticas persigue mejorar el manejo de las estadísticas a través de la realización de supervisiones utilizando las estrategias necesarias en las áreas de los Centros de Atención, finalizando con la elaboración de un reporte de Supervisión donde están reflejados los hallazgos y recomendaciones de la supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la Norma SDOMED.

7. INFORME EPIDEMIOLOGICO TRIMESTRAL

Como su nombre lo dice este proceso tiene como fin la elaboración del Informe Epidemiológico Trimestral a través de la recolección de información proveniente de los Centros de Atención ingresándola al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para analizarla y así elaborar el Informe Trimestral.

8. SUPERVISION DE USO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES (SIEDIS).

La supervisión del uso del Sistema de Información de Discapacidades (SIEDIS) busca verificar el uso adecuado del Sistema por cada uno de los Centros de Atención a través del uso de pre tabuladores y codificadores, para elaborar el informe del uso del sistema de información con los hallazgos y recomendaciones respectivos.

9. CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDADES

El objetivo de este proceso es la elaboración de la certificación de discapacidades para las personas que presentan alguna discapacidad, la cual se verifica a través de la evaluación médica para poder dar el aval a la elaboración de la certificación.

10. ELABORACIÓN DE MEMORIA DE LABORES

El resultado de este proceso es la memoria de la labores realizada por el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, consolidando la información relevante de las acciones realizadas en las diferentes dependencias de la Institución.

11. VALORACIÓN DE RIESGOS

El informe de valoración de riesgos en todas las Unidades del ISRI es el resultado de este proceso donde cada área ha identificado y valorado los riesgos, para así dar seguimiento a través de las recomendaciones escritas en el informe y disminuir estos riesgos en la Institución.

12. ELABORACION DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

La finalidad de este proceso es la obtención del Plan estratégico Institucional el cual nace de la realización del Diagnostico Institucional en respuesta a la situación actual del ISRI obtenida a través de la evaluación del plan estratégico Institucional del año anterior.

13. FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

El Banco de Perfiles de Proyectos es resultado de este proceso en el cual nace de las diferentes propuestas de Proyectos que han sido seleccionadas después de la revisión de todos los proyectos potenciales para su gestión, finalizado con la elaboración de los perfiles de los proyectos.

14. ELABORACION DE PROGRAMAS DE PREINVERSIÓN

El programa de Pre inversión surge a partir de la selección de los proyectos contenidos en el Banco de Proyectos adaptándolos a los lineamientos de la ficha técnica para su aprobación en el Ministerio de Hacienda y el recibimiento de la opinión técnica por parte del Ministerio, todo esto siendo la finalidad del proceso.

15. SEGUIMIENTO DE EJECUCIÓN DE PROYECTOS

El objetivo que persigue el seguimiento de la ejecución del proyecto es la verificar el grado de avance físico y financiero de la realización de los proyectos remitiendo el informe del avance del Proyecto a la Dirección General de Crédito Publico del Ministerio de Hacienda.

16. ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

El informe del estudio de investigación es el resultado de este proceso el cual surge de la investigación realizada, autorizada ante la solicitud de la realización de la investigación, de la cual, los resultados se encuentran descritos en el informe del Estudio de investigación.

17. MANEJO DE CONVENIOS

El proceso de Manejo de Convenios inicia con la recepción de la propuesta de Convenios del cual el resultado del proceso será la opinión técnica del Convenio, que viene de la elaboración del análisis de los lineamientos del Convenio reflejados en la opinión técnica del análisis de este.

18. GESTIÓN DE COLABORACION EXTERNA

La Finalidad de este proceso es la elaboración de los informes de situación, ejecución y liquidación del Proyecto. Cuando se ha adaptado el Proyecto a los lineamientos de la Entidad Cooperante, se le ha dado seguimiento hasta llegar a la finalización de este.

19. REVISION DE NORMATIVA

El objetivo de este proceso es promover una revisión de la Normativa actual para obtener como resultado la propuesta de la Normativa aprobada, resultado de esta revisión, para terminar con la divulgación de esta para que sea de conocimiento de todo el personal Involucrado y toda la Institución.

20. SOPORTE TECNICO A EQUIPO Y REDES

La finalidad de este proceso es la reparación del equipo informático del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral efectuando el soporte técnico adecuado al equipo o red a través del diagnóstico realizado por el técnico el cual parte de la recepción de la hoja de solicitud de requerimiento.

21. REVISION DE EQUIPO

El propósito de este proceso es la ejecución del mantenimiento correctivo y preventivo del equipo informático, el cual parte de la programación de la revisión de las unidades a través de la hoja de revisión técnica todo para tener en perfectas condiciones el equipo informático.

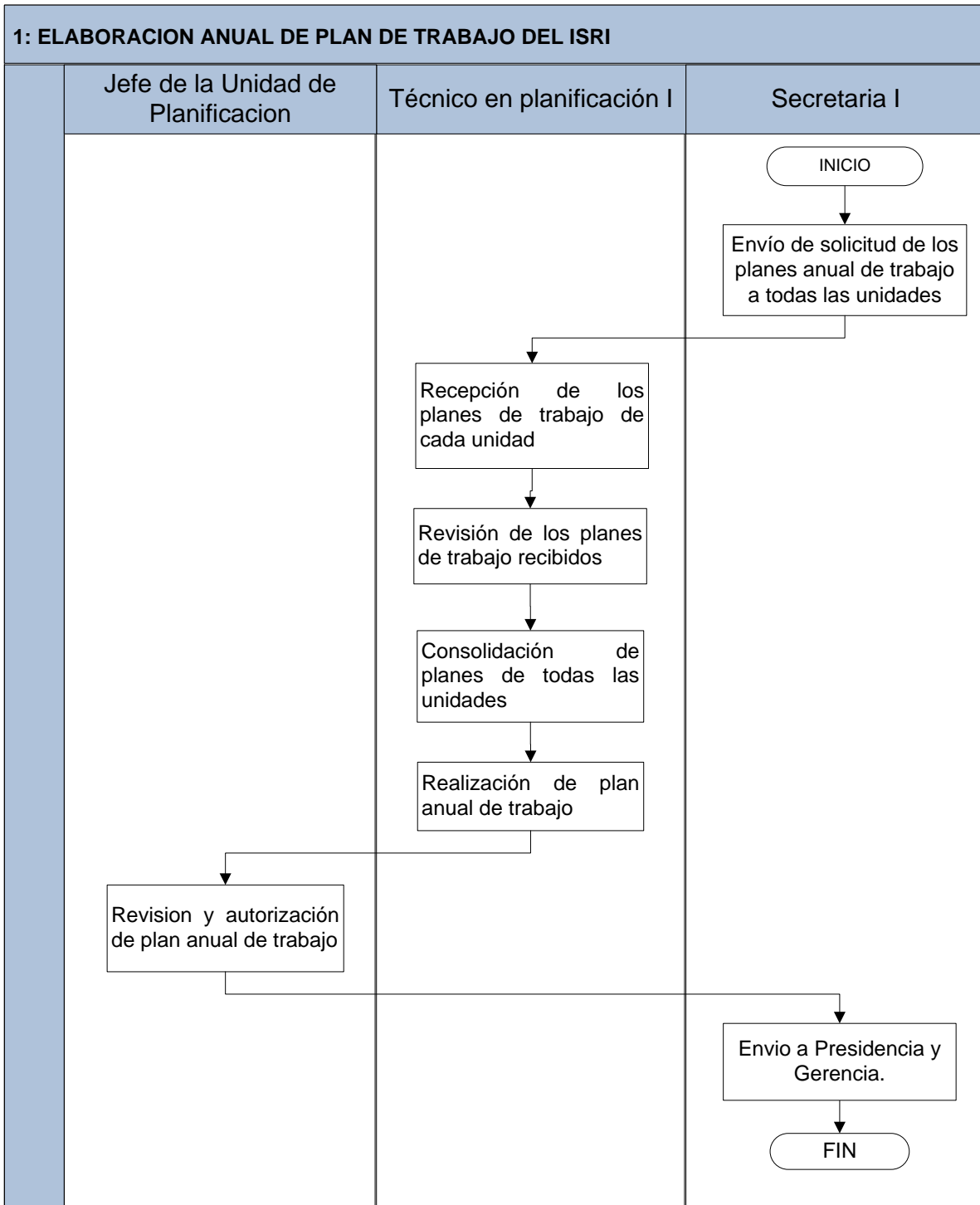
22. SOPORTE A PAGINA WEB

El soporte a la página Web consiste en la actualización de la Página Web de la Institución con el boletín que contiene la información relevante de la Institución además de la ejecución del mantenimiento de la Página.

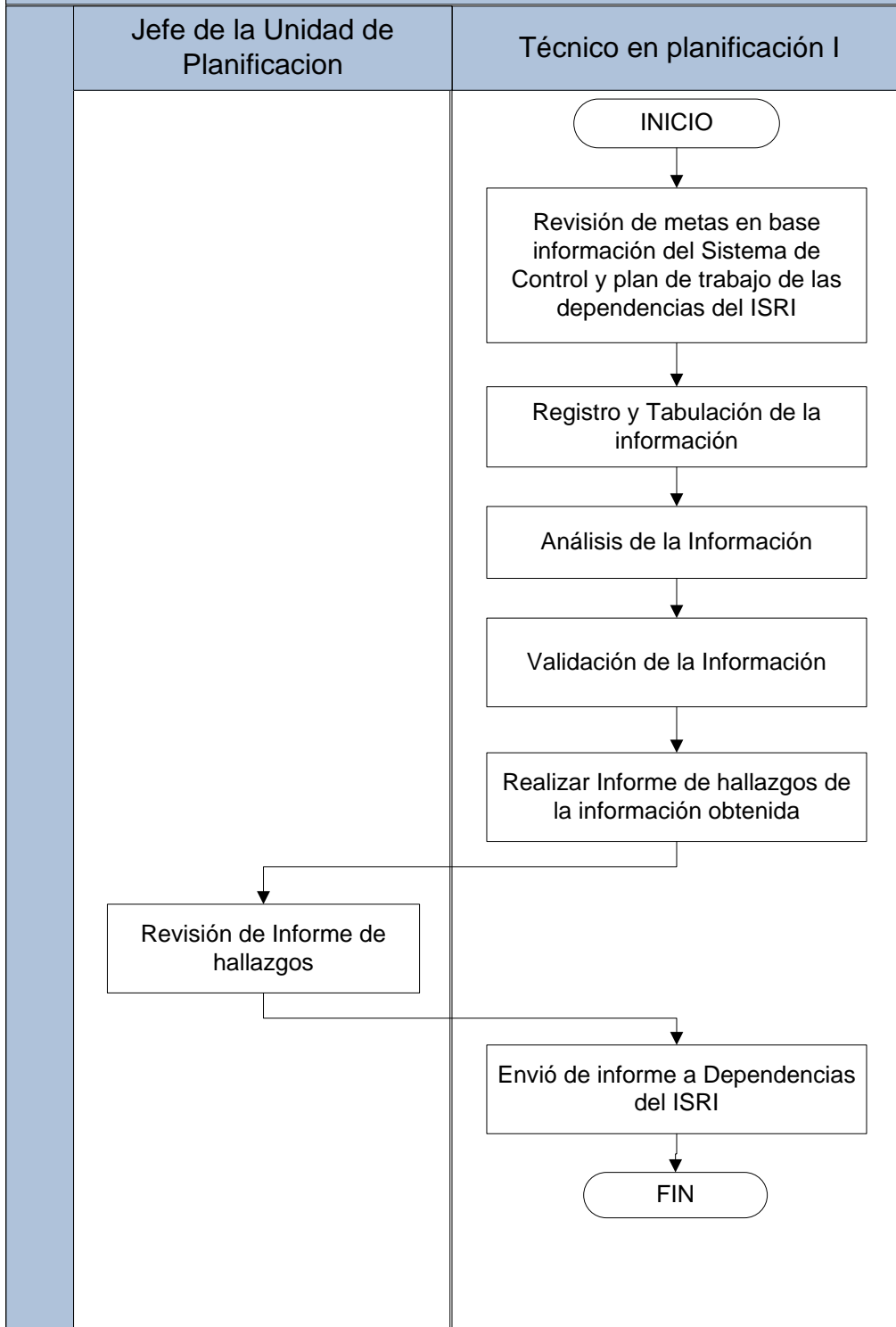
23. PRESTAMOS DE EQUIPO

El objetivo de este proceso es hacer efectiva la petición de préstamo de equipo informático u otro tipo gestionada por cualquier dependencia del ISRI que lo necesite, esto se realiza a través de la solicitud de préstamo de equipo que es enviada a la Unidad de Informática.

⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN:



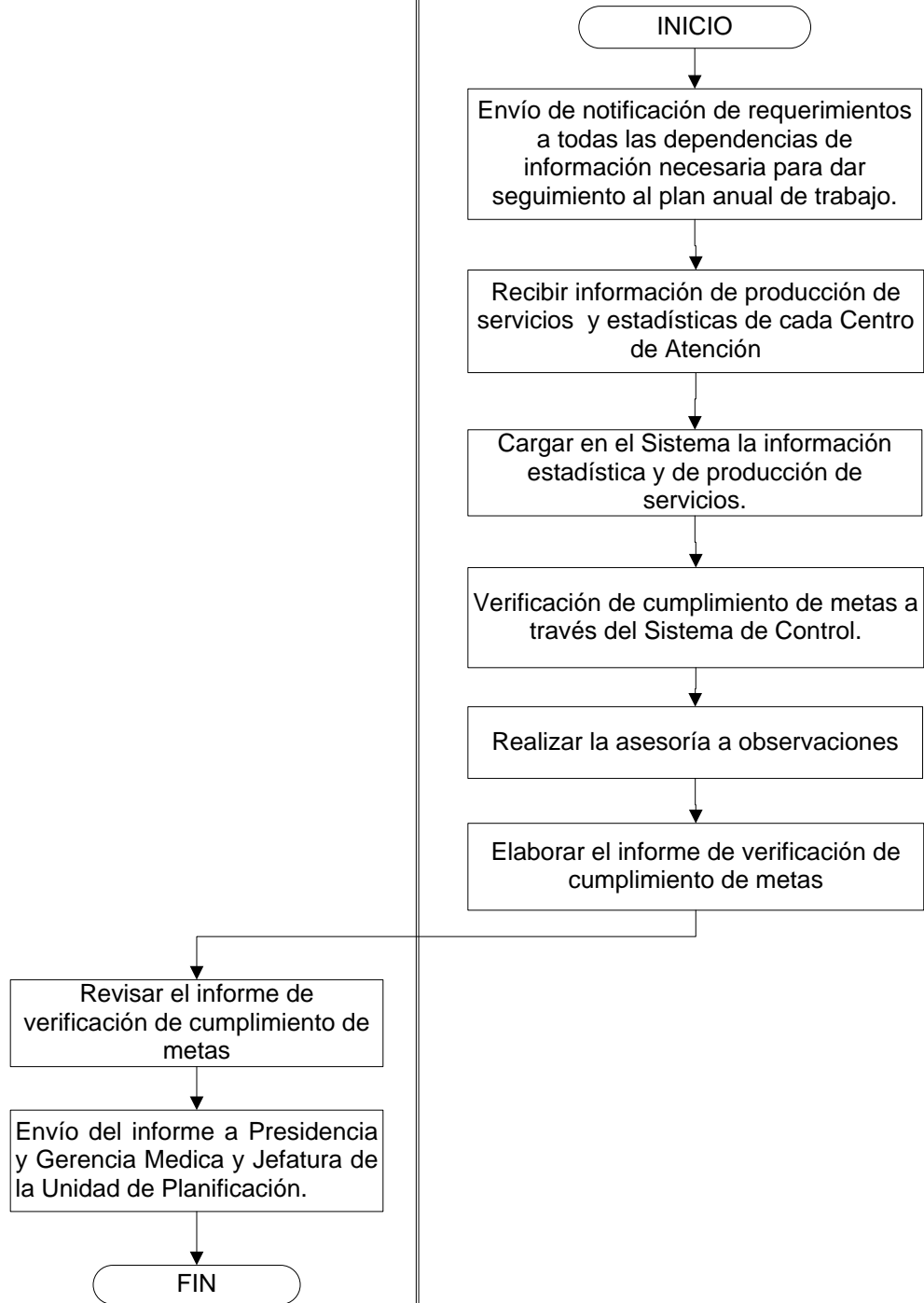
2: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLAN ANUAL DE TRABAJO

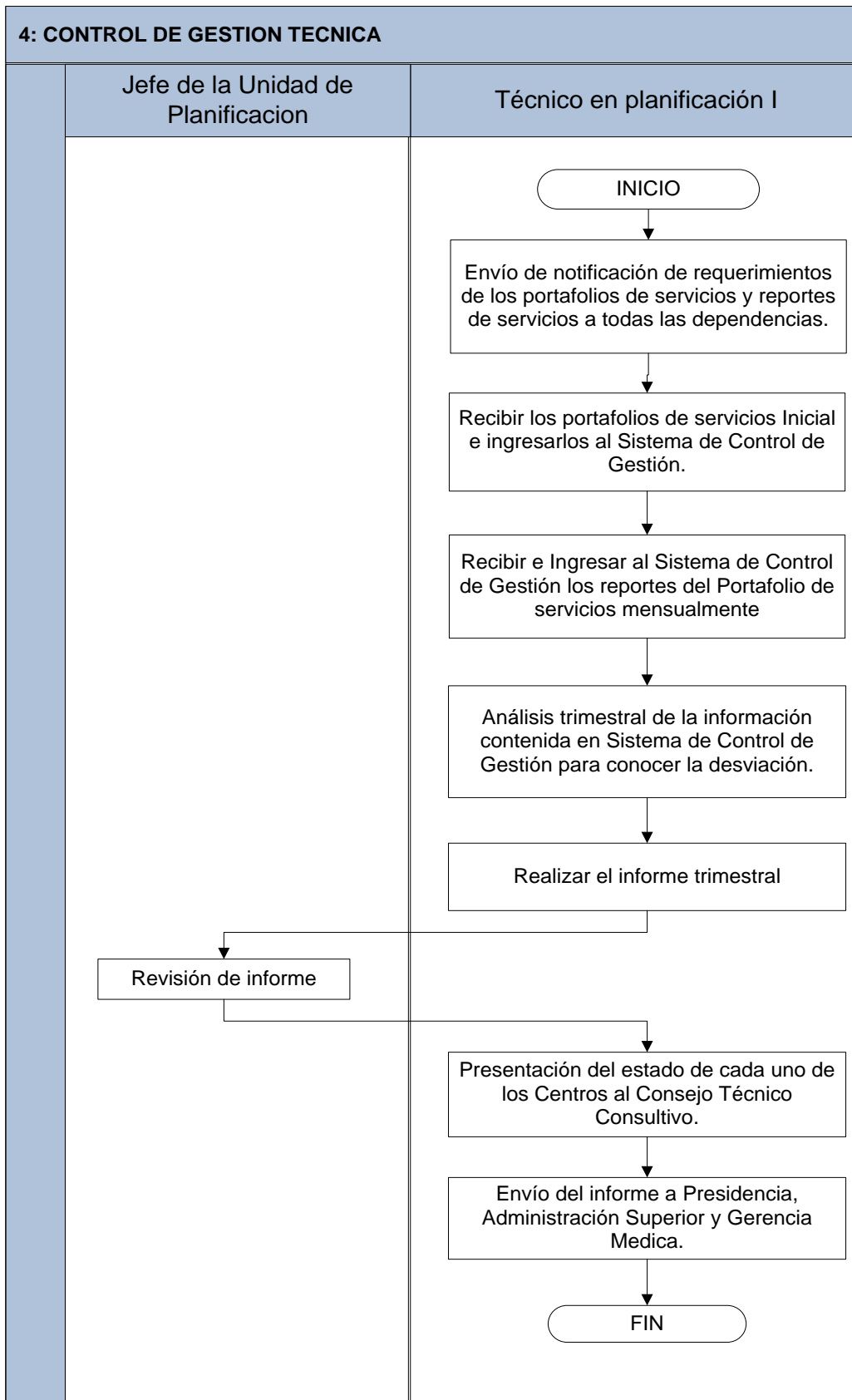


3: SUPERVISIÓN DEL USO DEL SISTEMA DE CONTROL DE LA GESTIÓN TÉCNICA A CENTROS DE ATENCIÓN

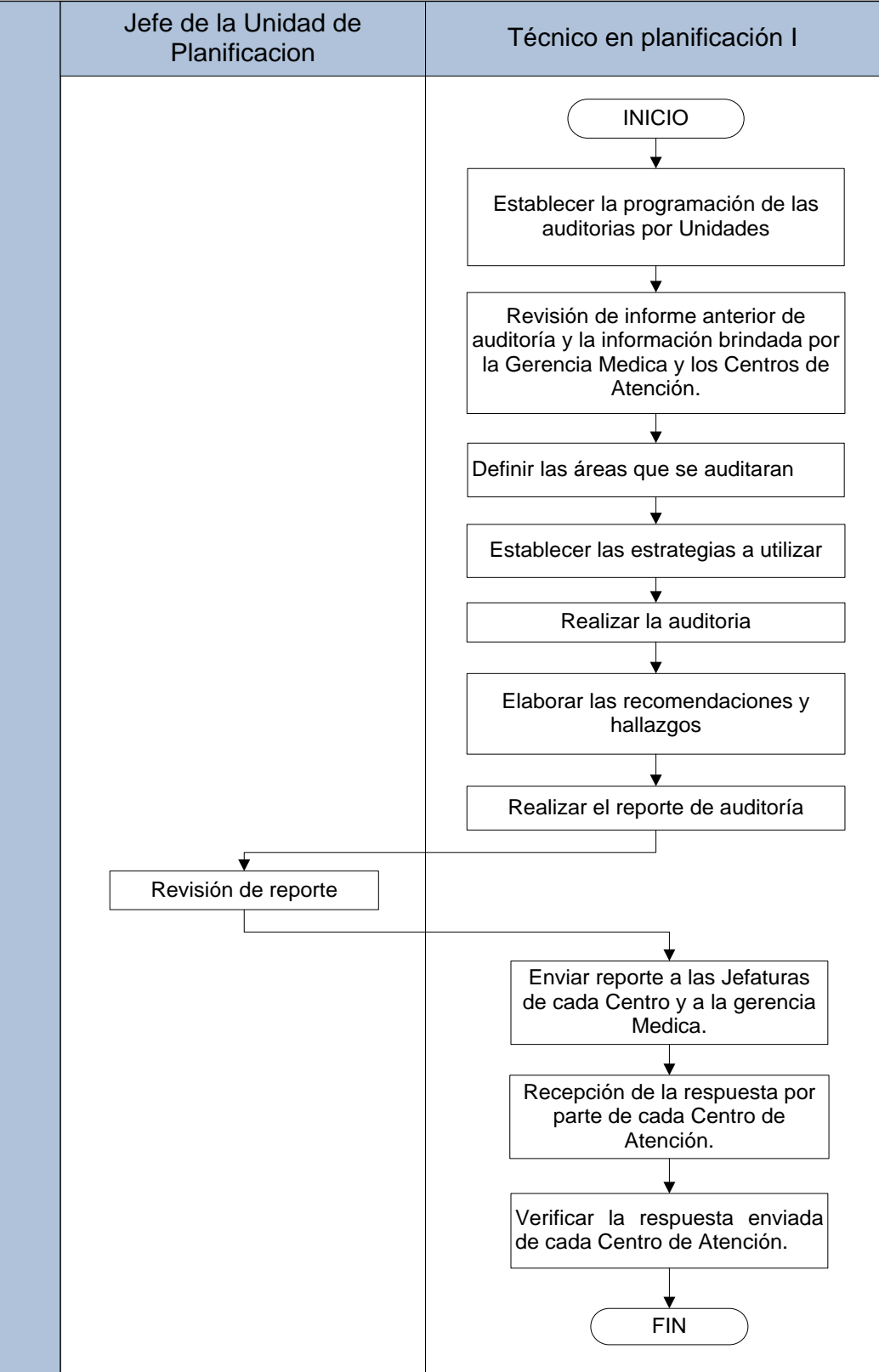
Jefe de la Unidad de Planificación

Técnico en planificación I

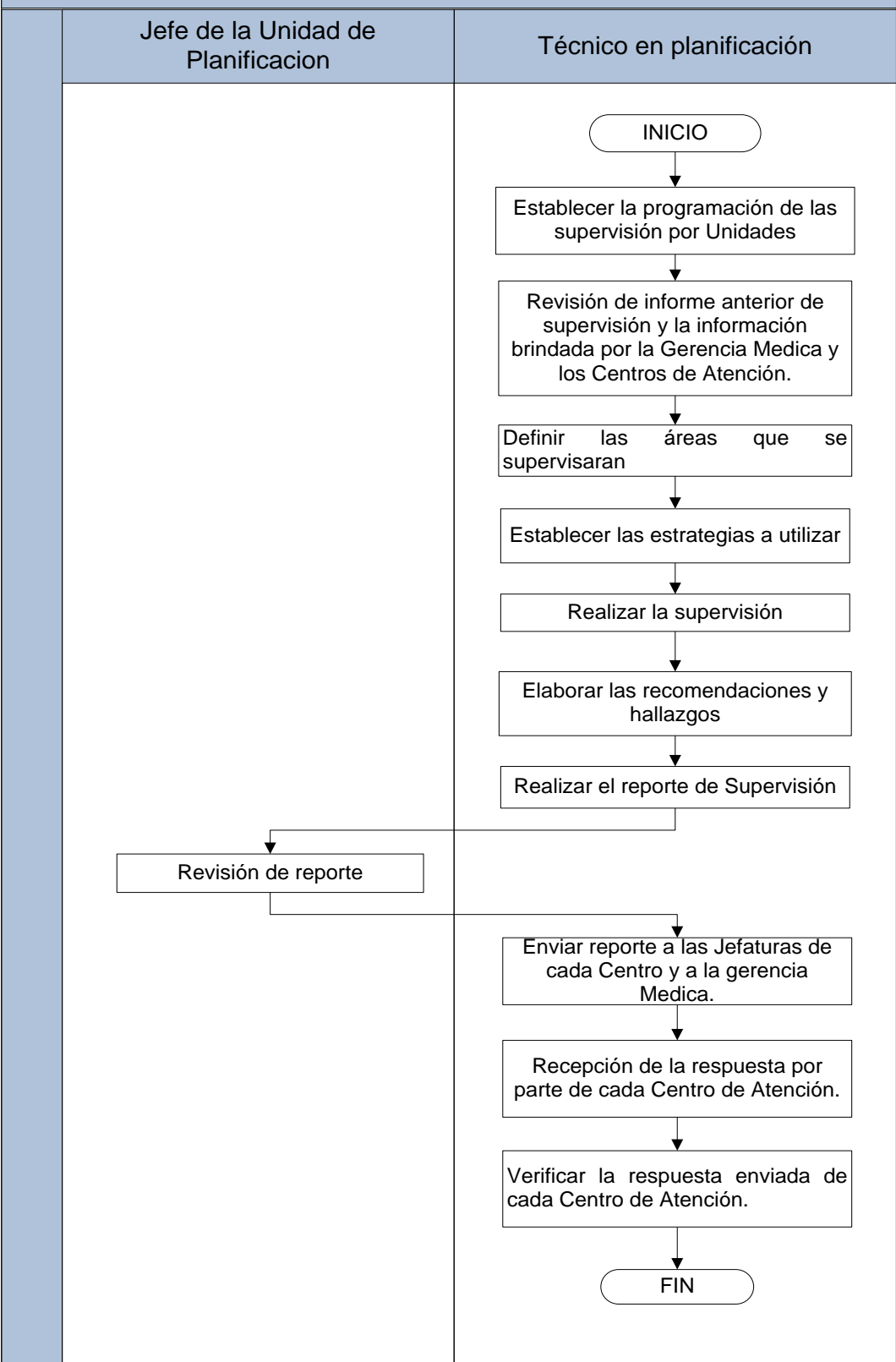




5: AUDITORIA DEL EXPEDIENTE CLINICO



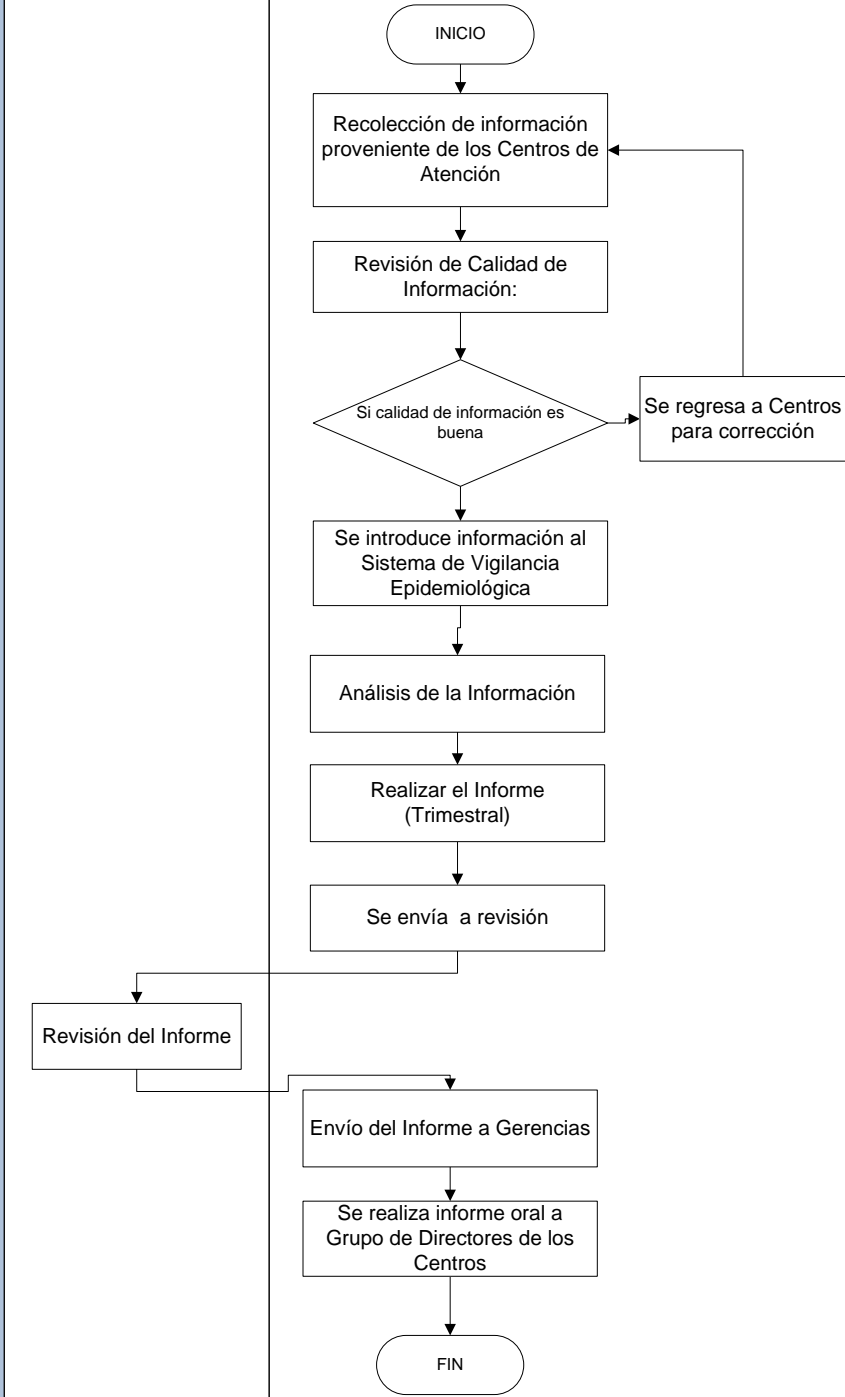
6: SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS MÉDICOS AUDITORIA DEL EXPEDIENTE CLINICO



7:INFORME DE EPIDEMIOLOGIA

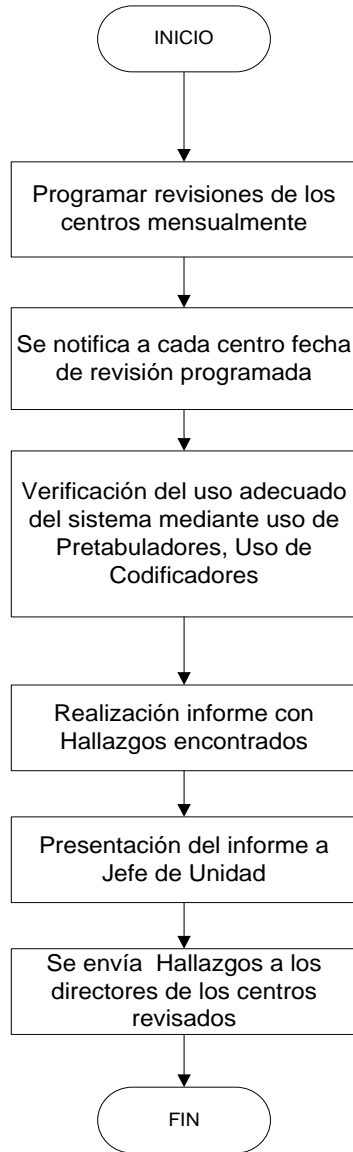
Jefe de Planificación

Técnico en Planificación I

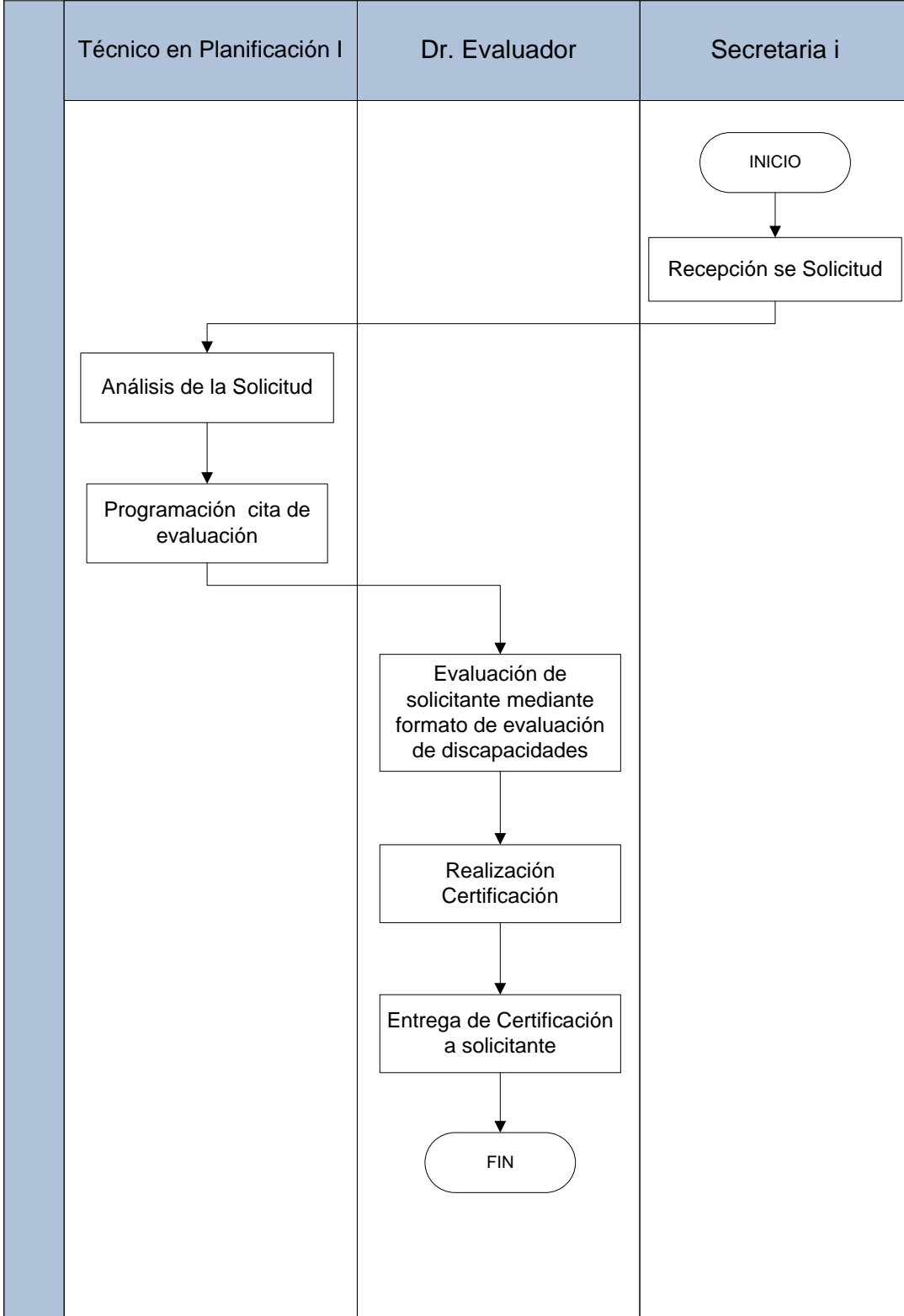


8: REVISION DE DEL USO DEL SISTEMA EN CENTROS DE ATENCIÓN

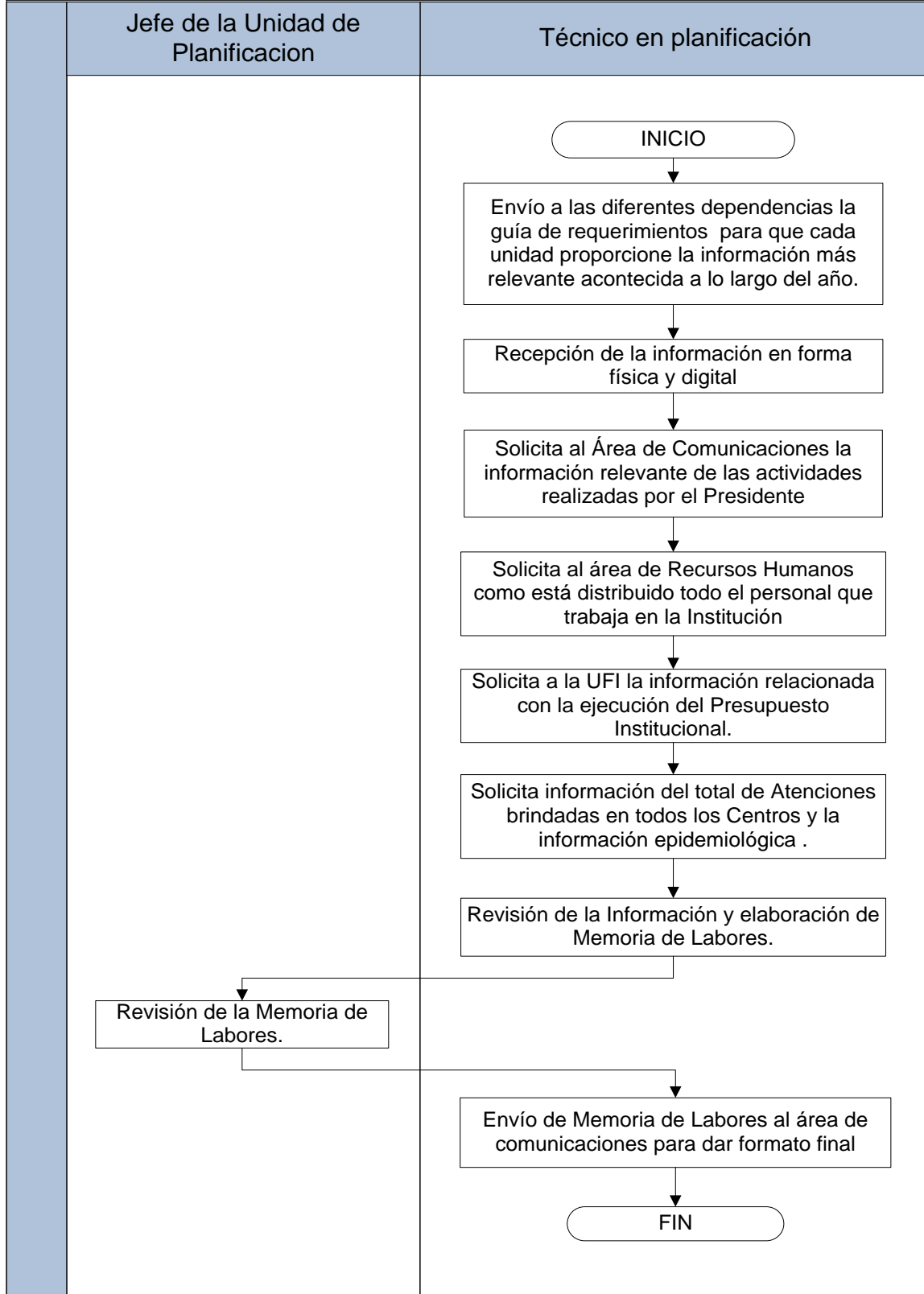
Técnico en Planificación I



9: CERTIFICACIONES DE DISCAPACIDADES

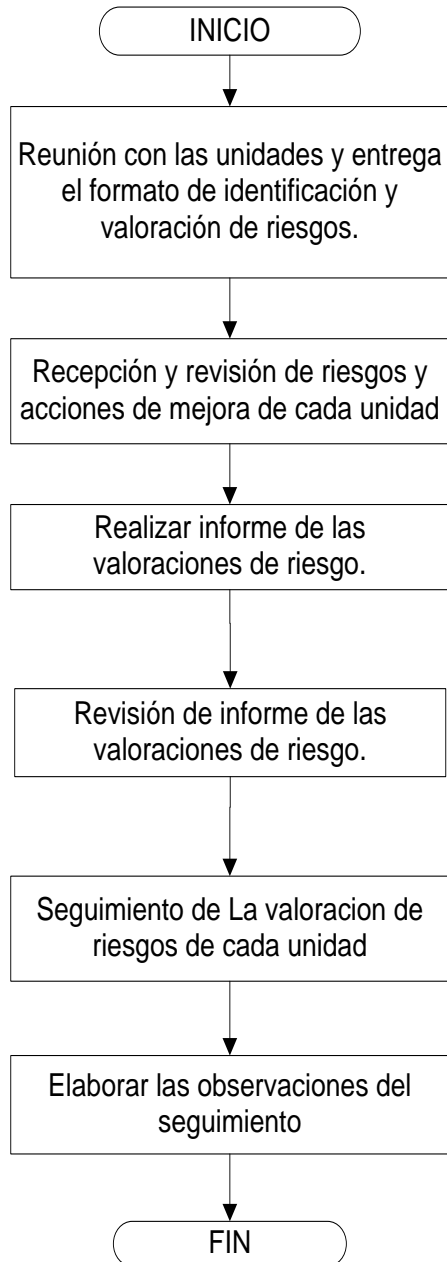


10: ELABORACIÓN DE MEMORIA DE LABORES

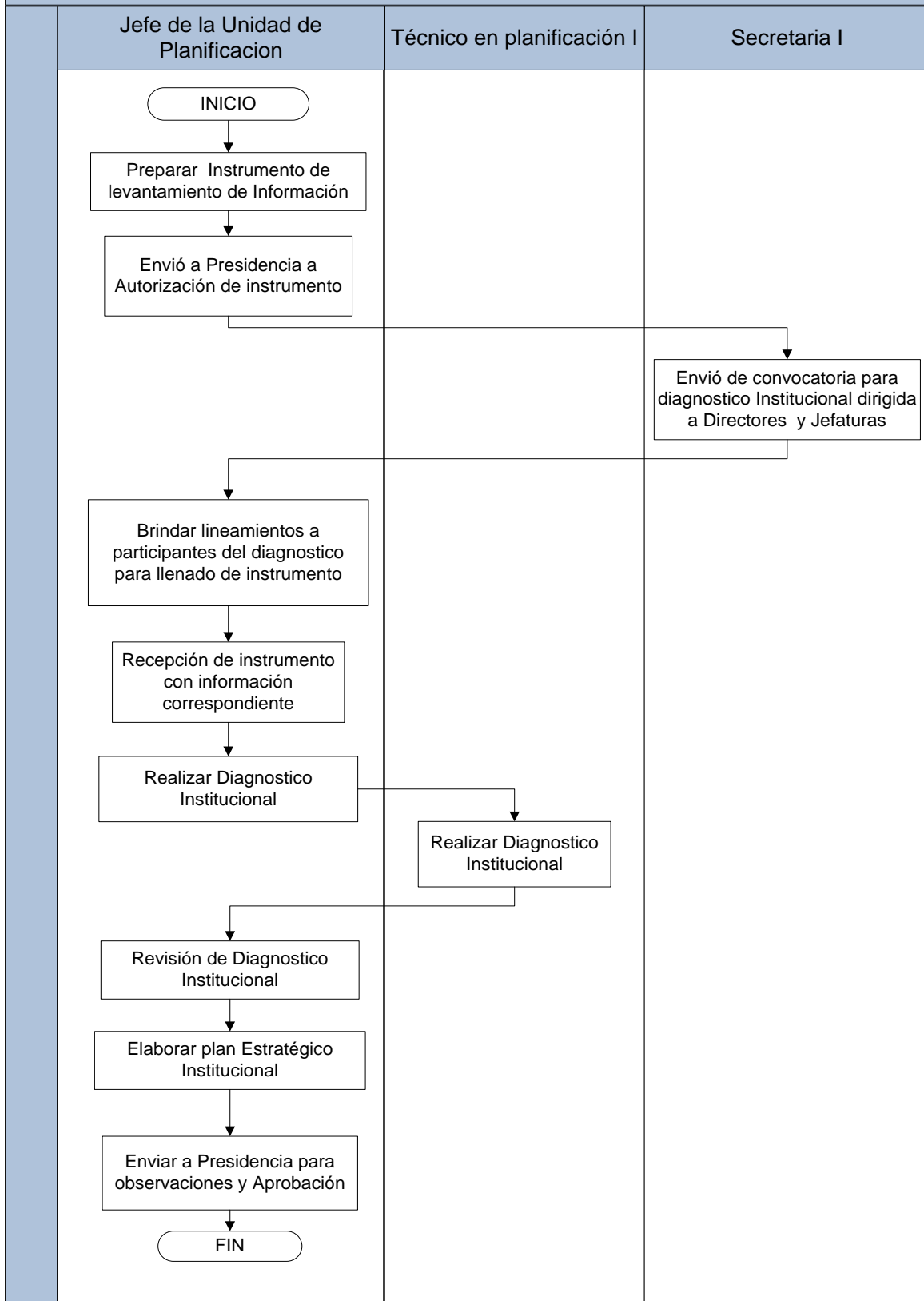


11: VALORACIÓN DE RIESGOS

Técnico en planificación

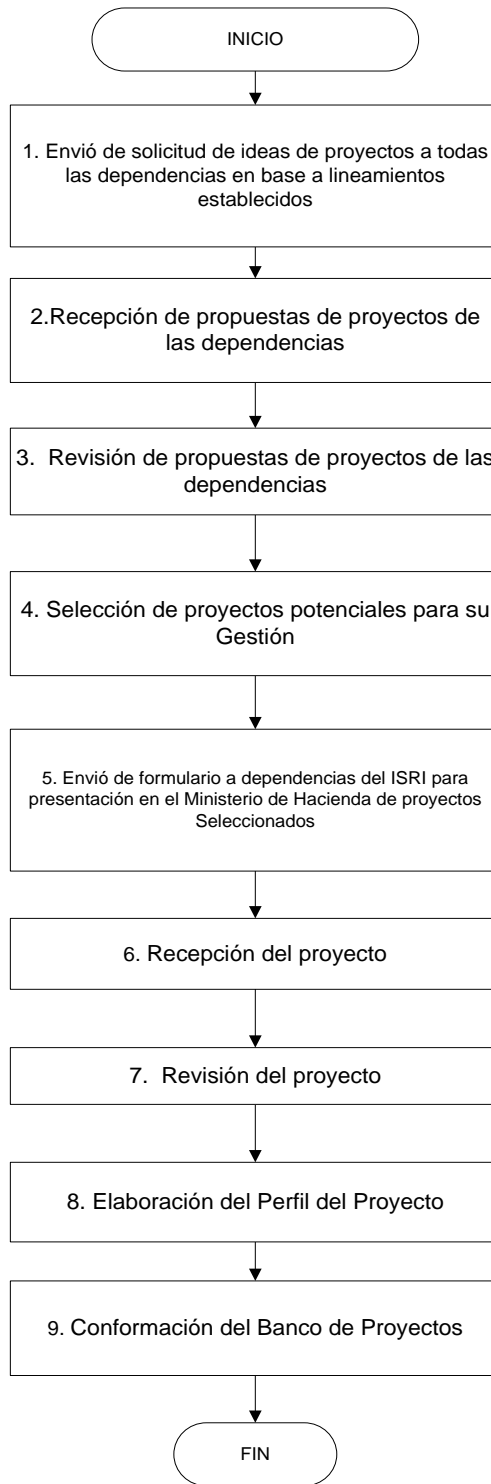


12: ELABORACION DE PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL



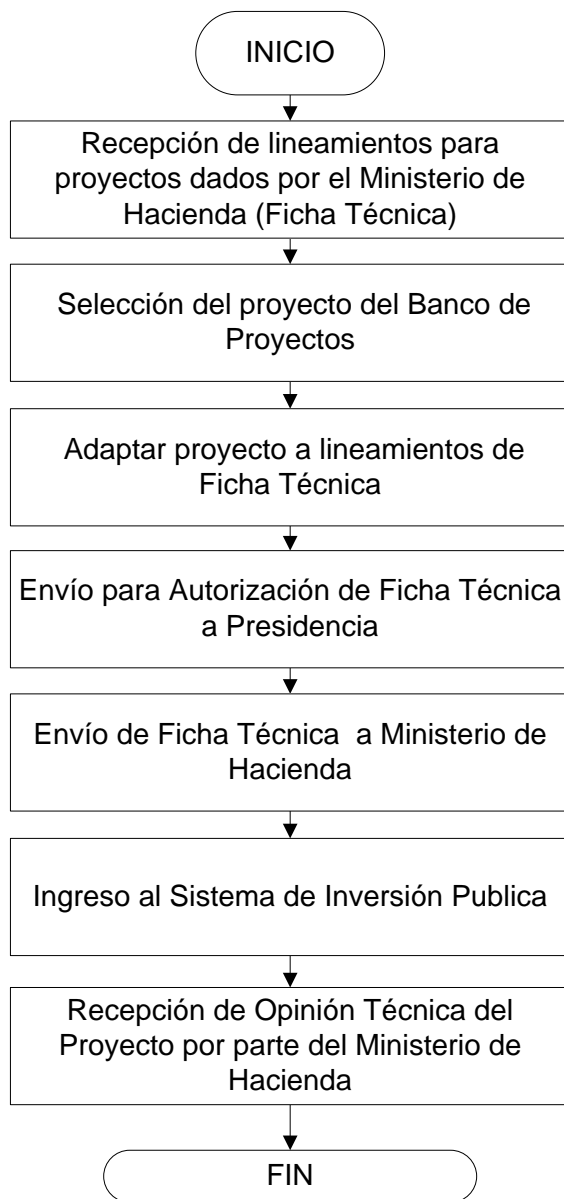
13:FORMULACION Y EVALUACION DE PROYECTOS DE PRE INVERSION

Jefe de Unidad de Planificación

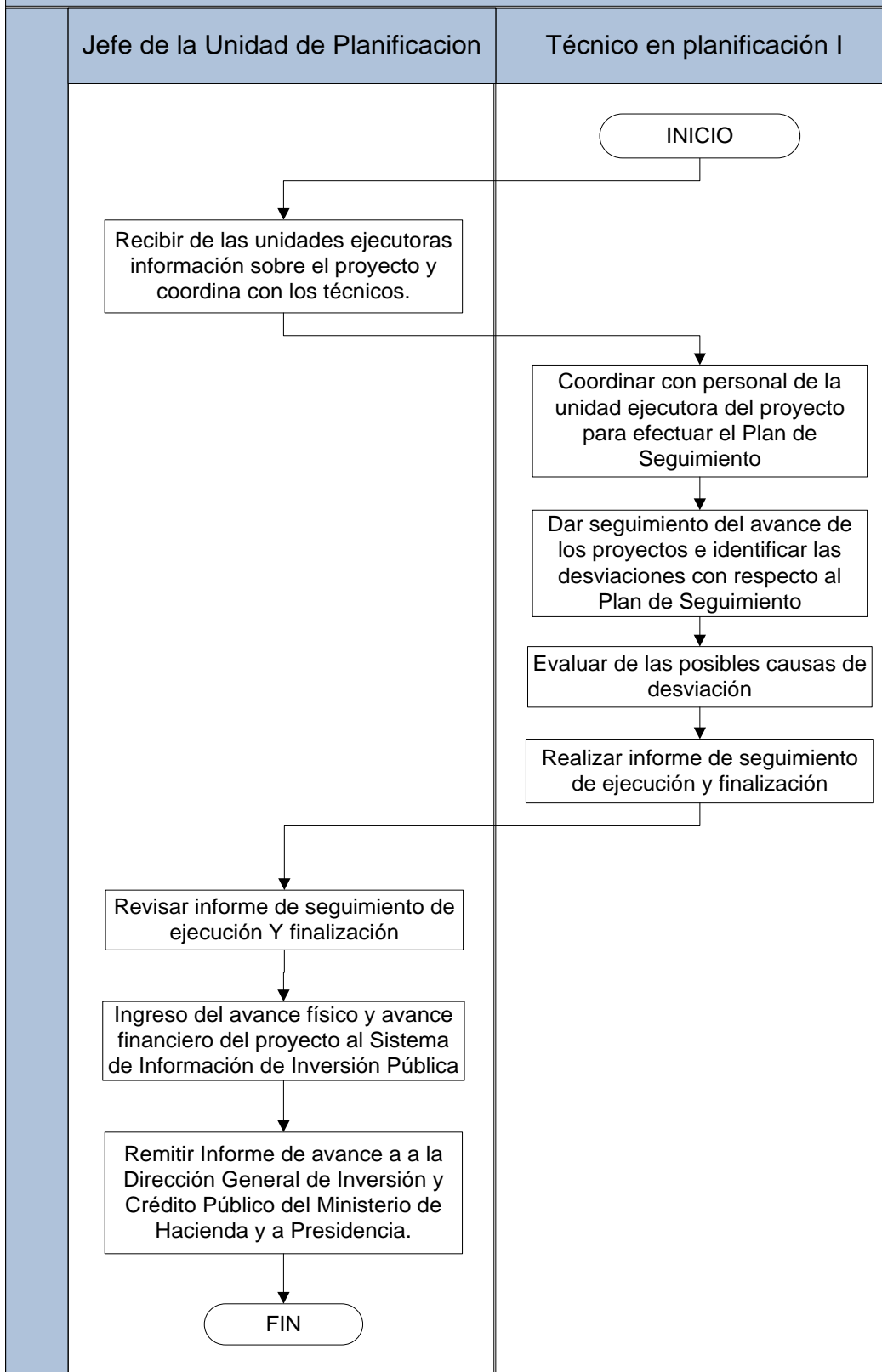


14. ELABORACION DE PROGRAMAS DE PREINVERSION

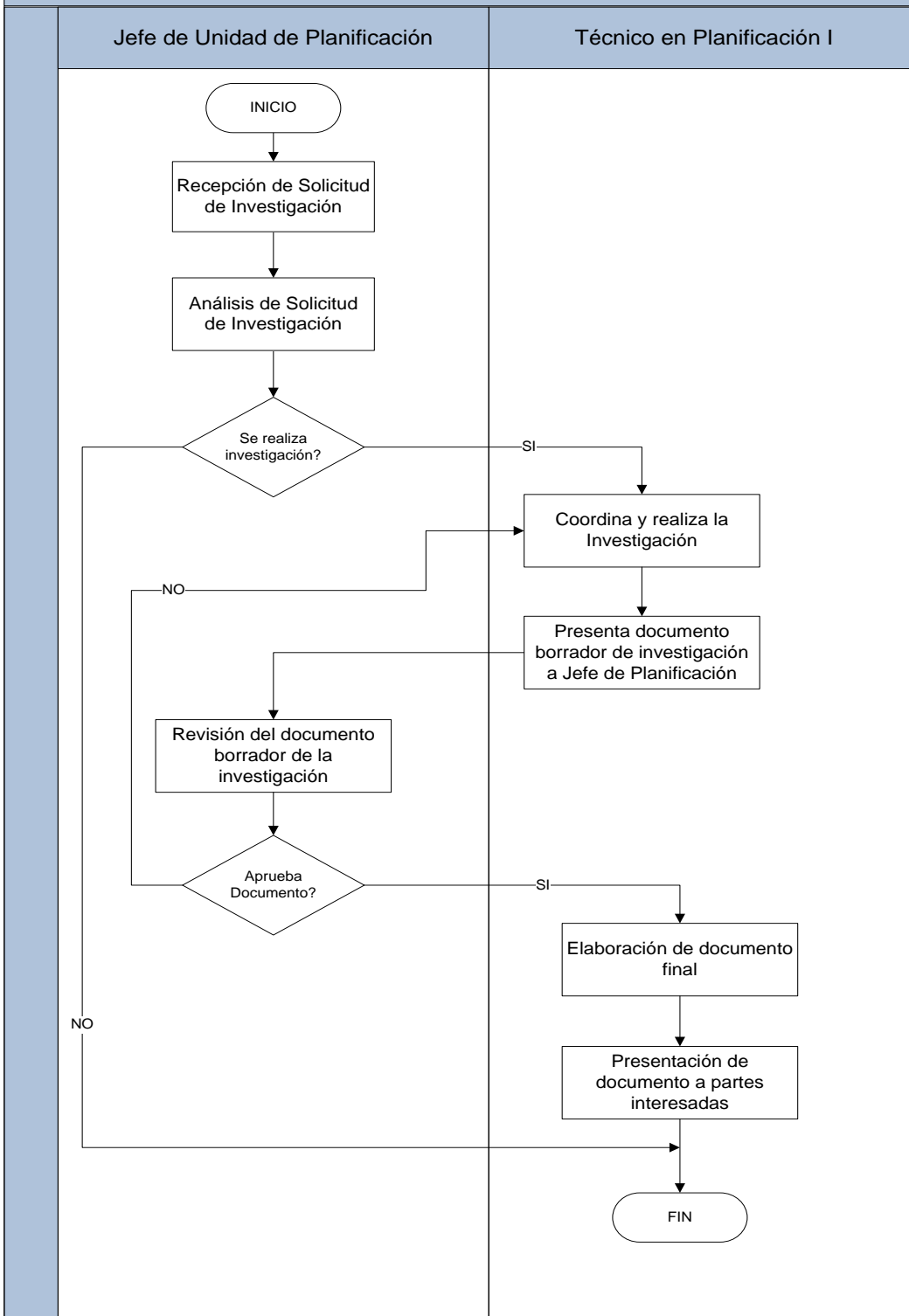
Jefe de Unidad de Planificación



15: SEGUIMIENTO DE EJECUCIÓN DE PROYECTOS



11. ESTUDIOS DE INVESTIGACION



17. MANEJO DE CONVENIOS

Jefe de Unidad de Planificación

INICIO

Recepción de propuesta de convenio por parte de Presidencia

Análisis de lineamientos de convenio

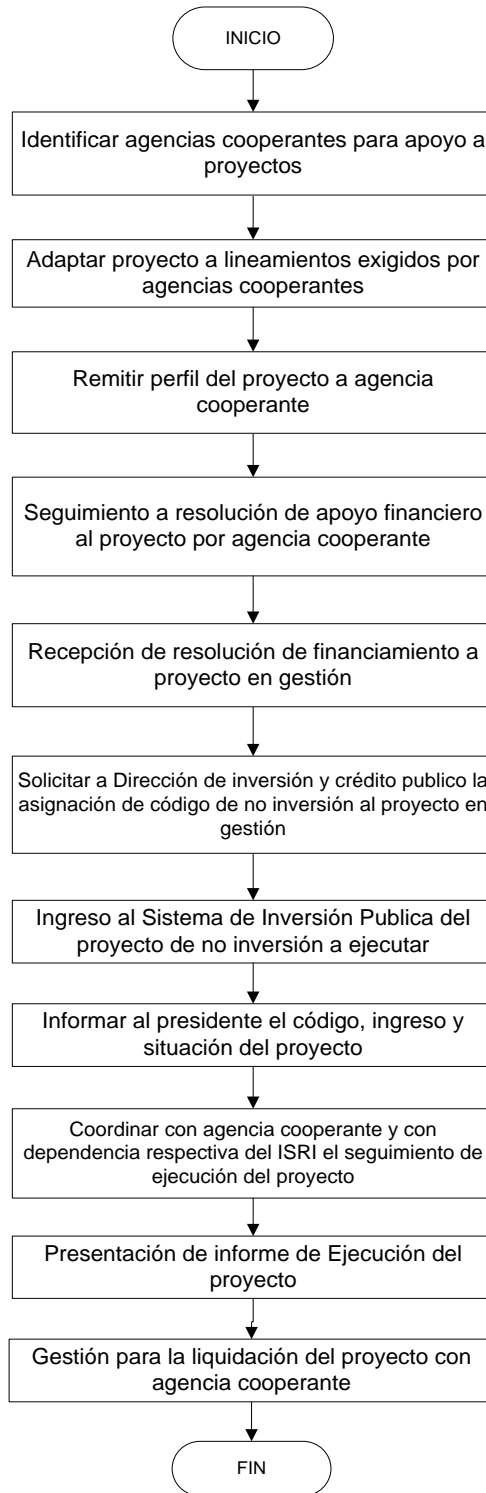
Elaboración de propuestas de Opinión Técnica del convenio

Envío de Opinión Técnica a Presidencia

FIN

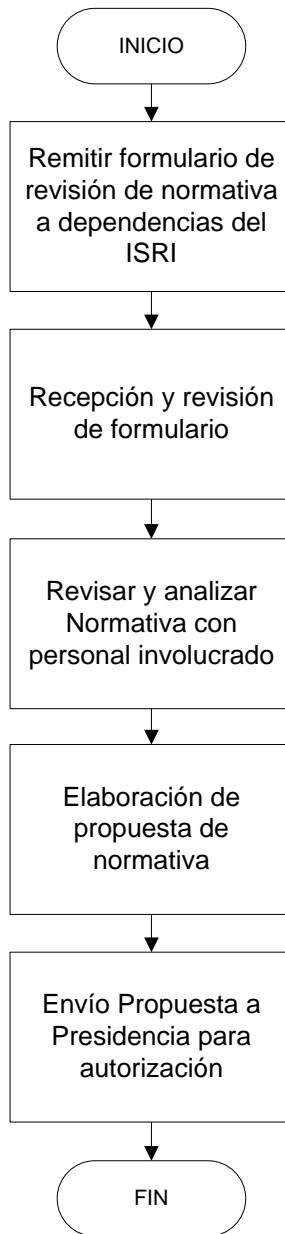
PROCESO 18.GESTION DE COLABORACION EXTERNA

Jefe de Unidad de Planificación

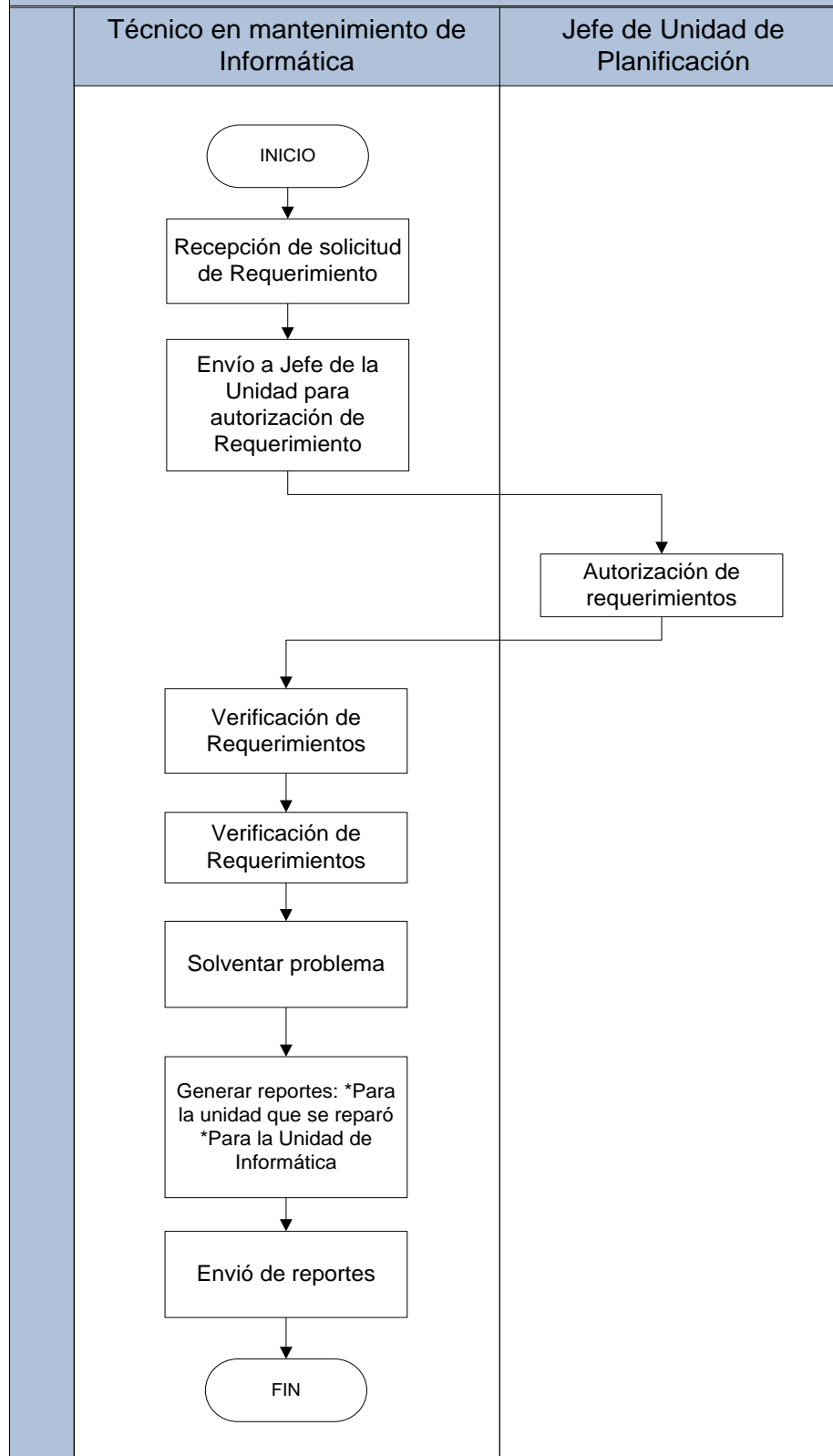


19. REVISION DE NORMATIVA

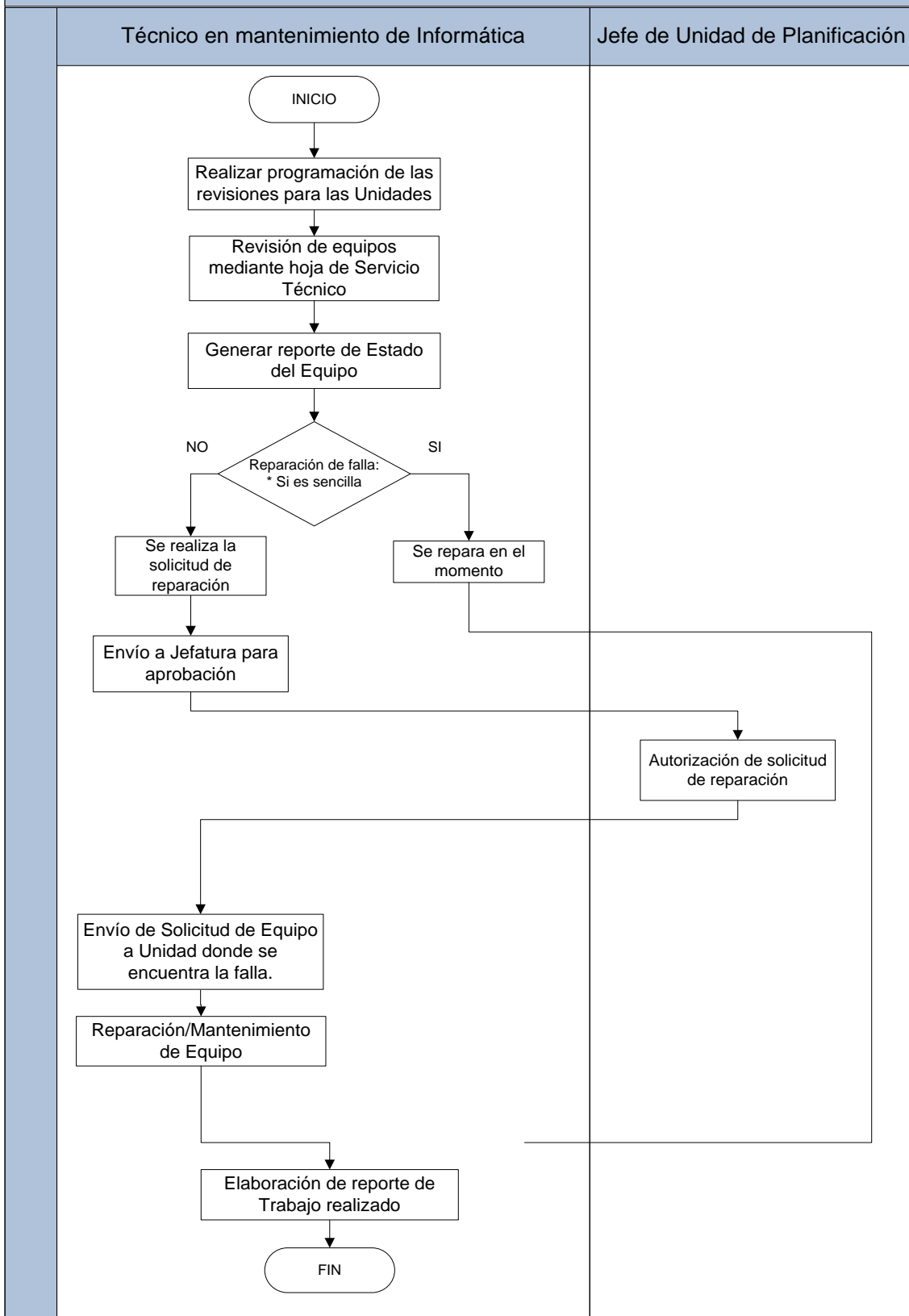
Jefe de Unidad de Planificación



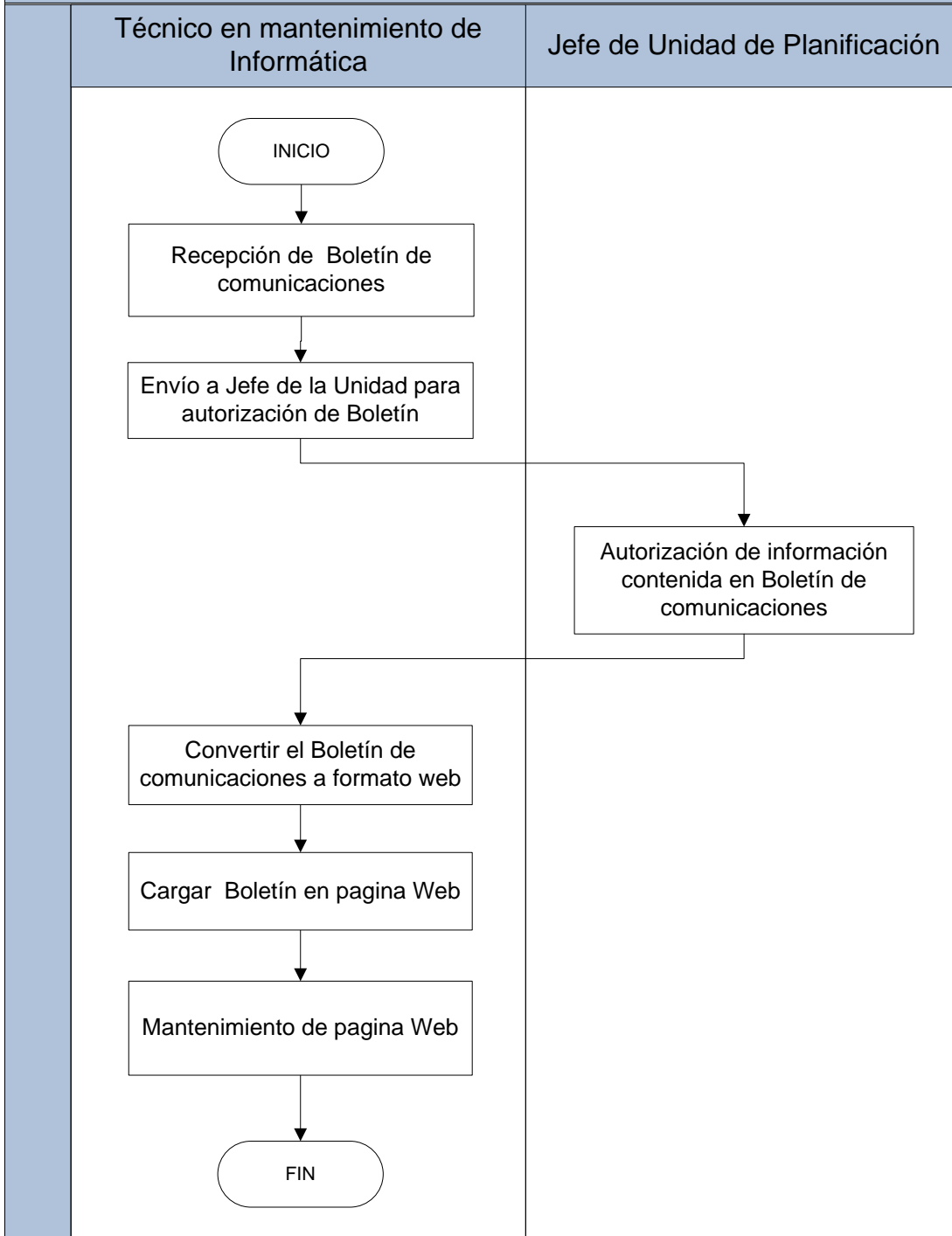
20.SOPORTE TECNICO A EQUIPO Y REDES



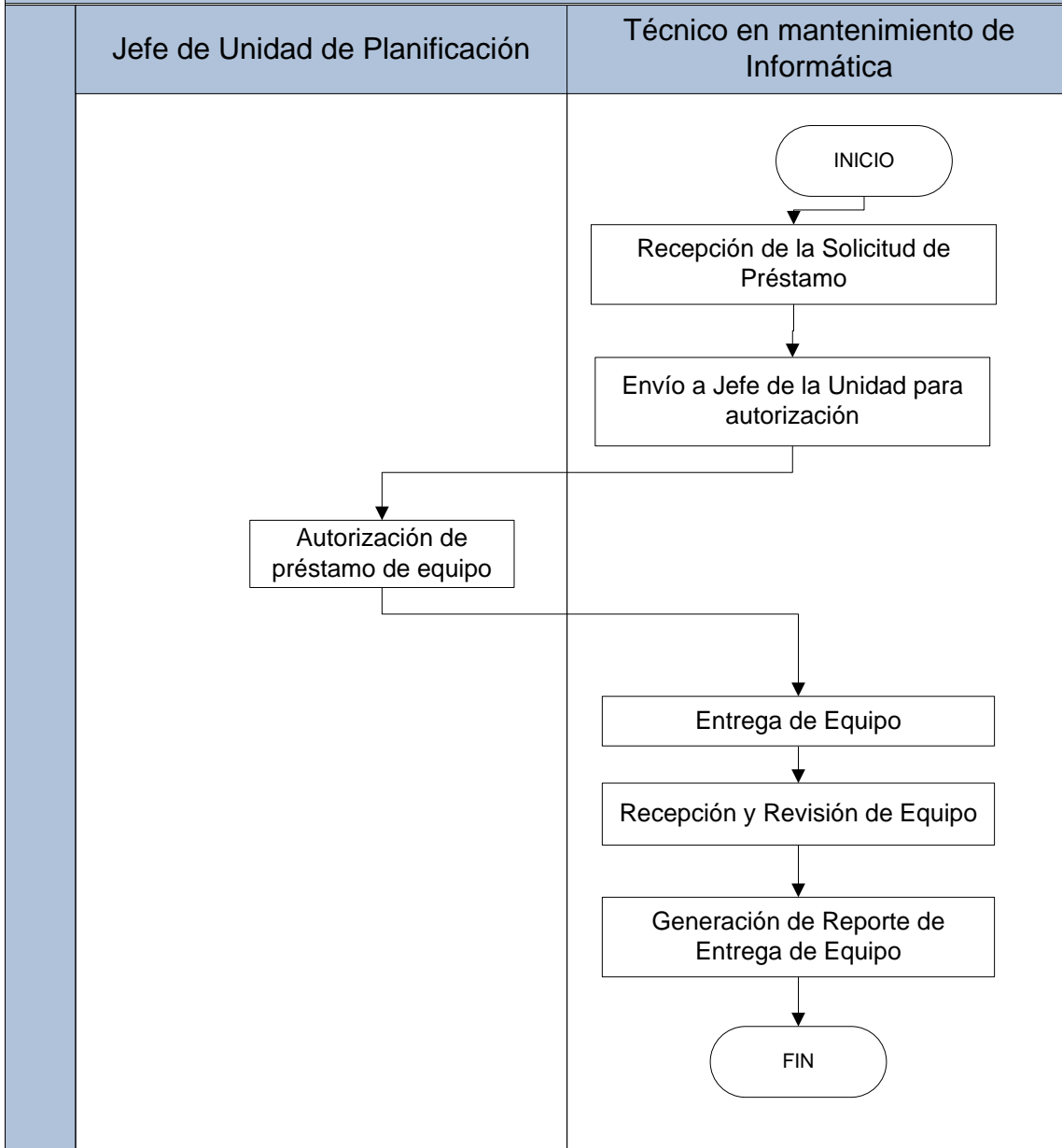
21. REVISION DE EQUIPOS



22.SOPORTE A PAGINAS WEB



23.PRESTAMO DE EQUIPOS



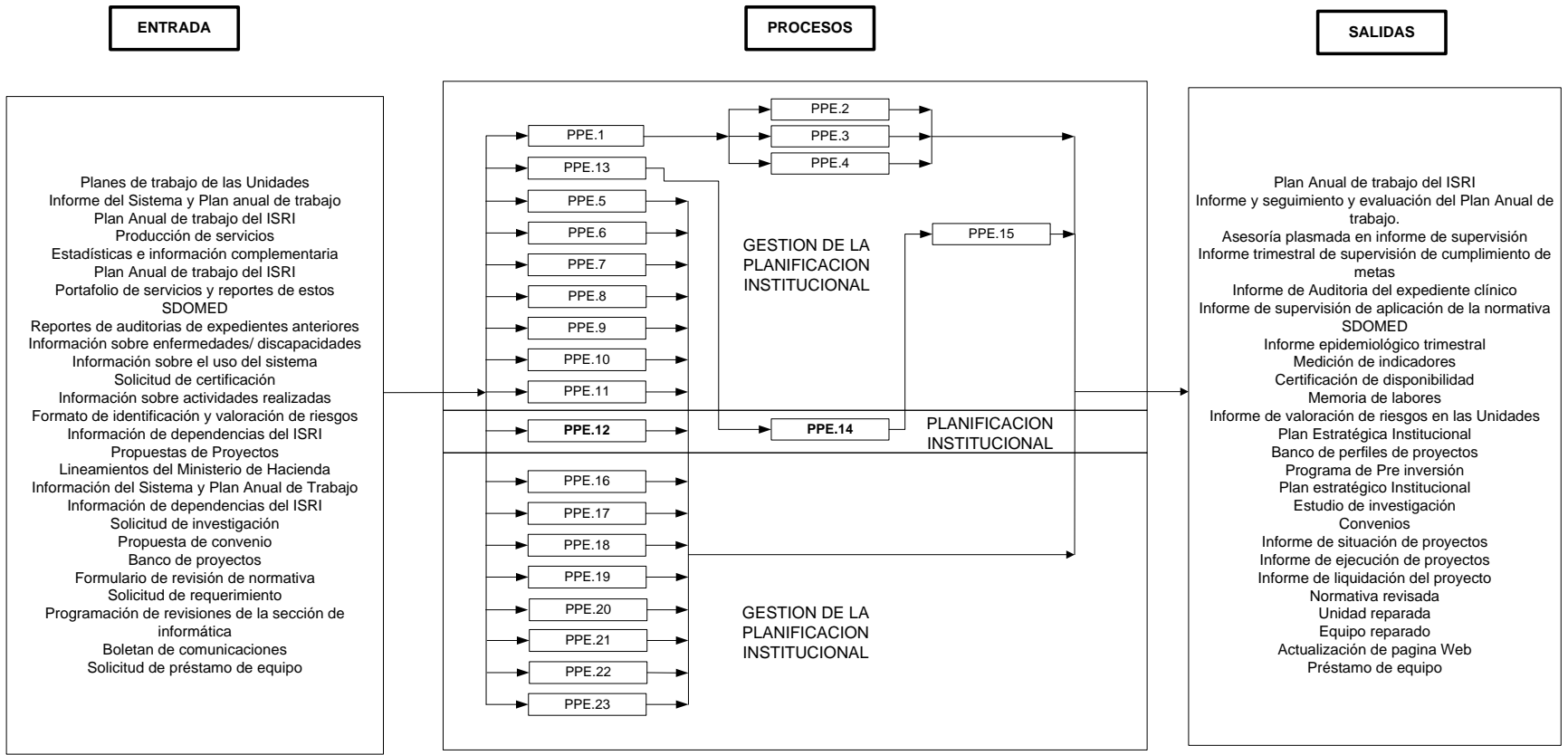
2.2.3.3 Mapa de Procesos y procedimientos de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 19: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

3.Códigos de Procesos de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	
Proceso: Planificación Institucional	
PPE.1	1. Elaboración del plan anual de trabajo del ISRI
PPE.12	12. Elaboración del plan estratégico institucional
PPE.14	14. Elaboración de programas de pre inversión
Proceso: Gestión de la Planificación Institucional	
PPE.2	2. Seguimiento y evaluación del plan de trabajo
PPE.3	3. Supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención
PPE.4	4. Control de gestión técnica en centro de atención
PPE.5	5. Auditoria del expediente clínico, basados en la norma ESDOMED
PPE.6	6. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED
PPE.7	7. Informe epidemiológico trimestral
PPE.8	8. Supervisión de uso del sistema de información de enfermedades y discapacidades (SIEDIS)
PPE.9	9. Certificación de discapacidades
PPE.10	10. Elaboración de memoria de labores
PPE.11	11. Valoración de riesgos
PPE.13	13. Formulación y evaluación de proyectos de inversión
PPE.15	14. Seguimiento de ejecución de proyectos
PPE.16	15. Estudios de investigación
PPE.17	16. Manejo de convenios
PPE.18	17. Gestión de colaboración externa
PPE.19	18. Revisión de normativa
PPE.20	19. Soporte técnico al equipo y redes
PPE.21	20. Revisión de equipo
PPE.22	21. Soporte a pagina web
PPE.23	22. Prestamos de equipo

**MAPA DE PROCESOS 3: UNIDAD DE PLANIFICACION
ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL**



2.2.4 RECURSOS HUMANOS

2.2.4.1 Generalidades de Recursos Humanos:

⊕ OBJETIVO:

Planificar, organizar, dirigir y coordinar las acciones de Recursos Humanos, tales como procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción, capacitación y desarrollo del personal de la Institución, de manera eficaz y respondiendo siempre a las necesidades de la misma.

⊕ FUNCIONES:

1. Dar lineamientos para la elaboración del Plan de desarrollo del recurso humano.
2. Consolidar y ejecutar el plan de desarrollo del recurso humano.
3. Administrar el proceso de Reclutamiento, Selección, Contratación, Inducción y desarrollo del Personal.
4. Mantener un sistema eficiente de registro y control actualizado del personal.
5. Efectuar los trámites correspondientes con las prestaciones sociales de ley.
6. Elaborar el control de asistencia de los empleados y elaborar las notas para la aplicación de descuentos.
7. Administrar el proceso de evaluación del desempeño para todos los empleados de la Institución.
8. Administrar el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)
9. Implementar un sistema de promoción de personal con base en la evaluación del desempeño y el tiempo laboral.
10. Actualizar y resguardar los expedientes de los recursos humanos
11. Participar en la elaboración de manuales, reglamentos y procedimientos relativos a la administración de los recursos humanos.
12. Coordinar el Plan Anual de Capacitación Continua Institucional.
13. Gestión del talento humano.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

- A. 1 plaza de Jefe de la unidad de Recursos Humanos
- B. 2 plazas de Técnicos Administrativos I
- C. 2 plazas de Secretarías II
- D. 1 plaza de Secretaria I

2.2.4.2 *Procedimientos de Recursos Humanos:*

⊕ **LISTA DE PROCEDIMIENTOS:**

1. **Reclutamiento y Selección de Personal:** consiste en seleccionar los perfiles de personas aspirantes a pertenecer a la institución como nuevo personal de acuerdo a los requisitos establecidos para el puesto vacante.
 - Recepción y revisión de Solicitud
 - Realizar pruebas pertinentes a los aspirantes
 - Elaborar informe de resultados para enviar a Unidad que demanda de la plaza

2. **Elaboración de acuerdos:** consiste en elaborar los acuerdos institucionales relacionados al personal según las solicitudes de Incapacidad, duelo o por vacaciones.
 - Recepción y revisión de Solicitud
 - Ingresar datos al formularios respectivo
 - Elaborar acuerdo respectivo

3. **Capacitación del Recurso Humano:** consiste en realizar el plan anual de capacitaciones en el cual se establecen cuantas capacitaciones se impartirán en el año según las necesidades de las diferentes dependencias:
 - Recepción de Solicitudes de las diferentes dependencias
 - Revisar y analizar las Solicitudes
 - Elaborar programación anual de las capacitaciones
 - Elaborar las capacitaciones a impartir según los requerimientos establecidos por las diferentes dependencias

4. **Elaboración de planillas de Sueldos a empleados:** consiste en elaborar las planillas de sueldos mensuales de los empleados de acuerdo a los días trabajados.
 - Recepción y revisión de información de Unidades respecto a los empleados
 - Elaboración de planilla de acuerdo a información recibida
 - Envío de la planilla a Tesorería y a Sistema de Recursos Humanos

5. **Sistema de incentivos por merito personal:** consiste en elaborar un sistema de incentivos de acuerdo a las evaluaciones del personal brindadas por jefaturas.
 - Enviar solicitud de evaluaciones a Jefaturas
 - Recepción y revisión de evaluaciones realizadas
 - Registrar resultados de evaluación en sistema
 - Enviar información a Ministerio de Hacienda

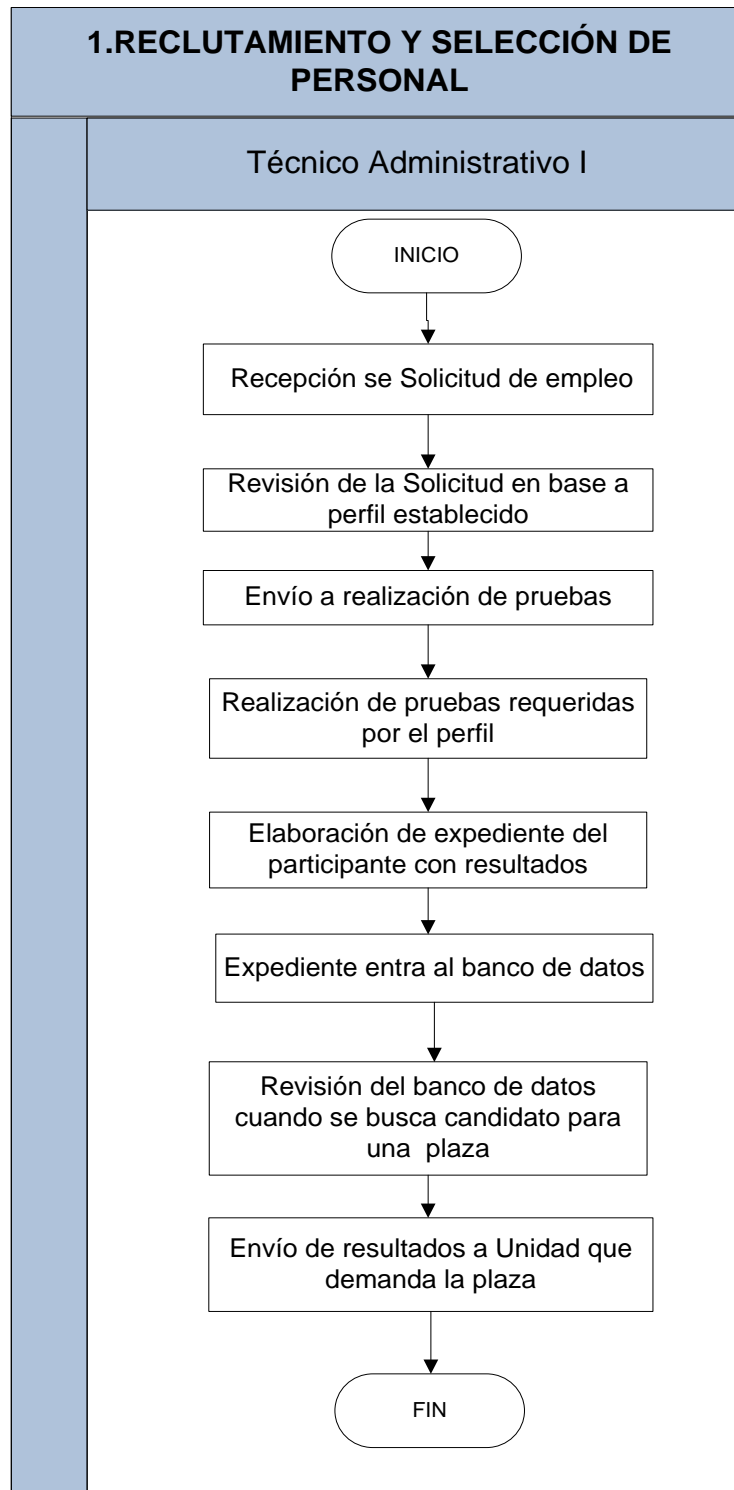
6. **Manejo de Expediente:** consiste en llevar el control en lo relacionado al personal que labora en la institución.

- Recepción e ingreso de solicitud
- Registro de expediente en sistema
- Elaboración de acuerdo de expediente
- Apertura de expediente

7. **Control de Marcación:** consiste en llevar el control de la marcación de las entradas y salidas del personal del ISRI.

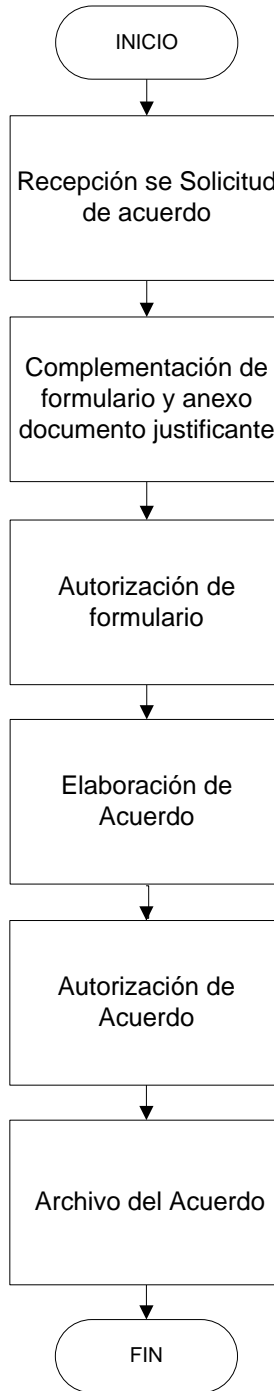
- Descarga y revisión de la información del sistema de marcación
- Revisión de la información descargada
- Elaboración de reporte de control de marcación

⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECURSOS HUMANOS:

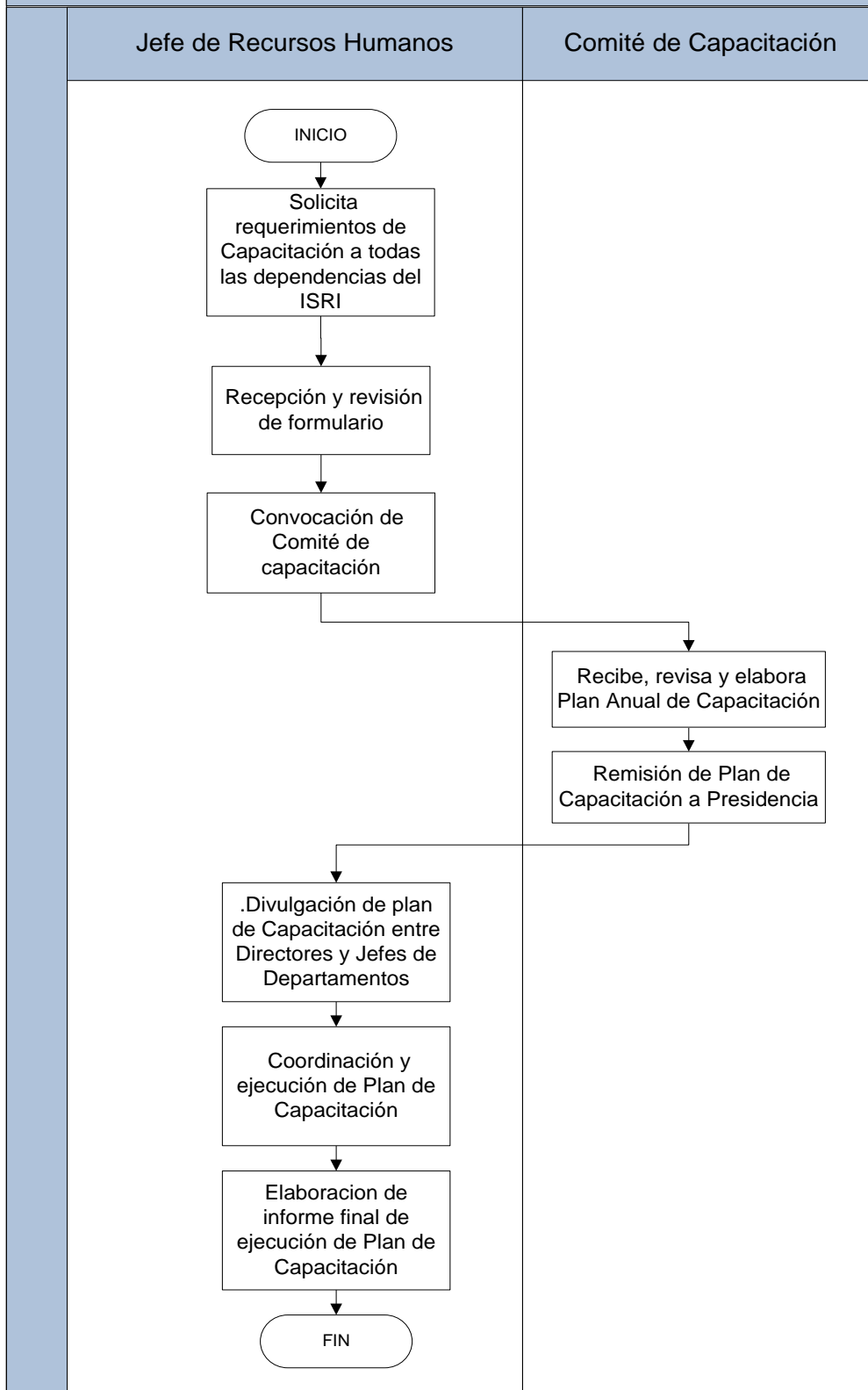


2. ELABORACION DE ACUERDOS

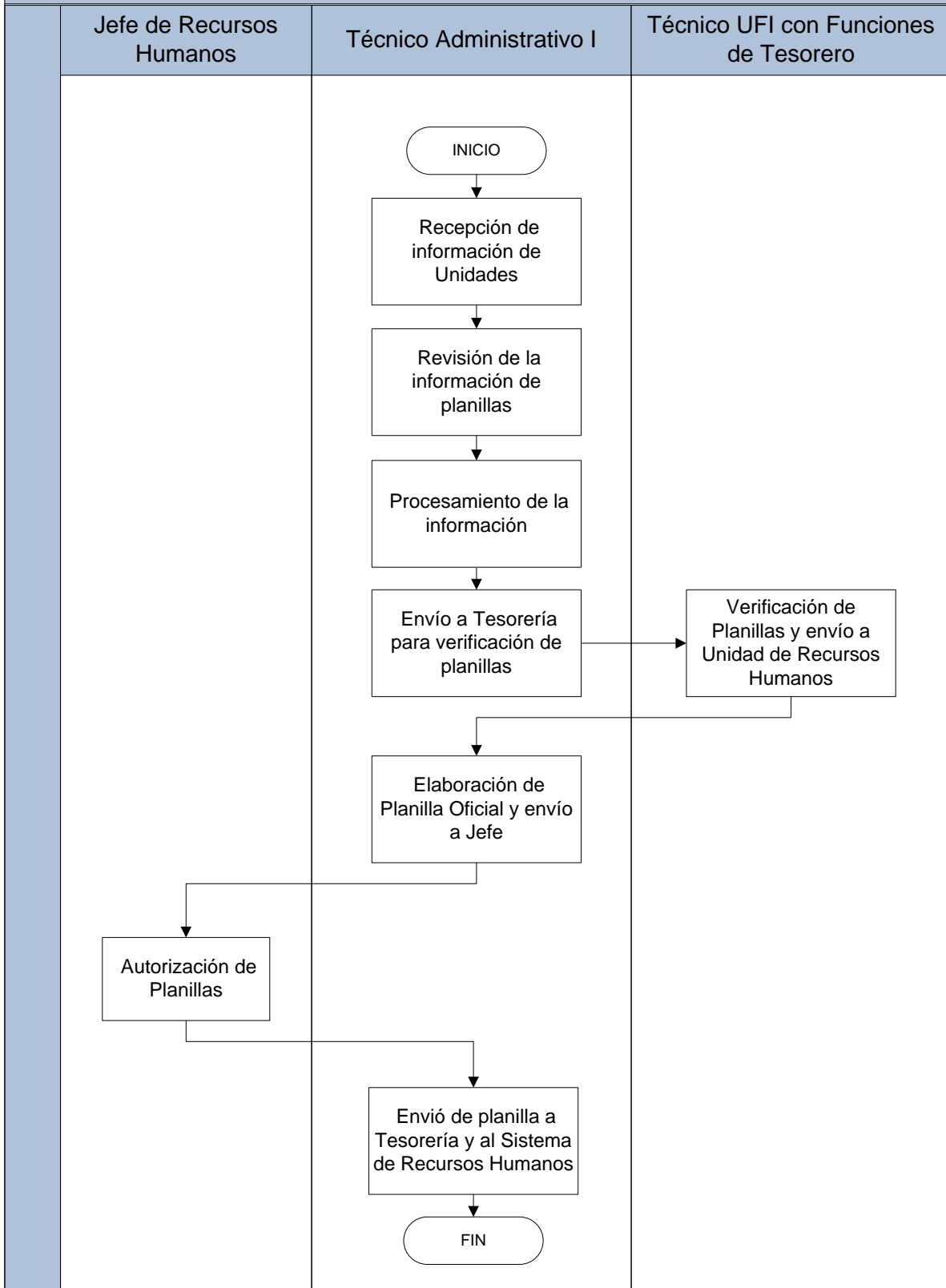
Técnico Administrativo I



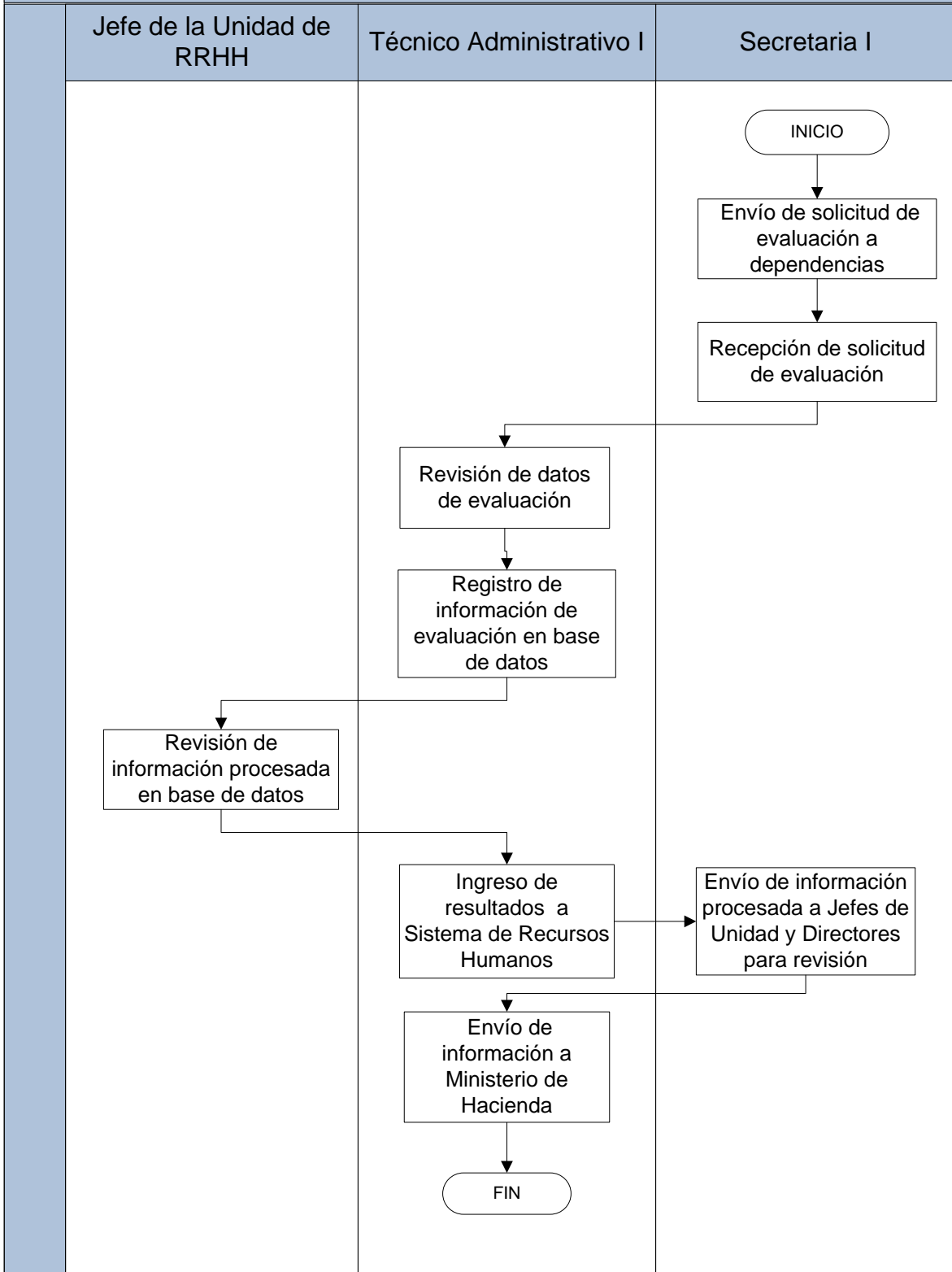
3.CAPACITACION DE RECURSO HUMANO



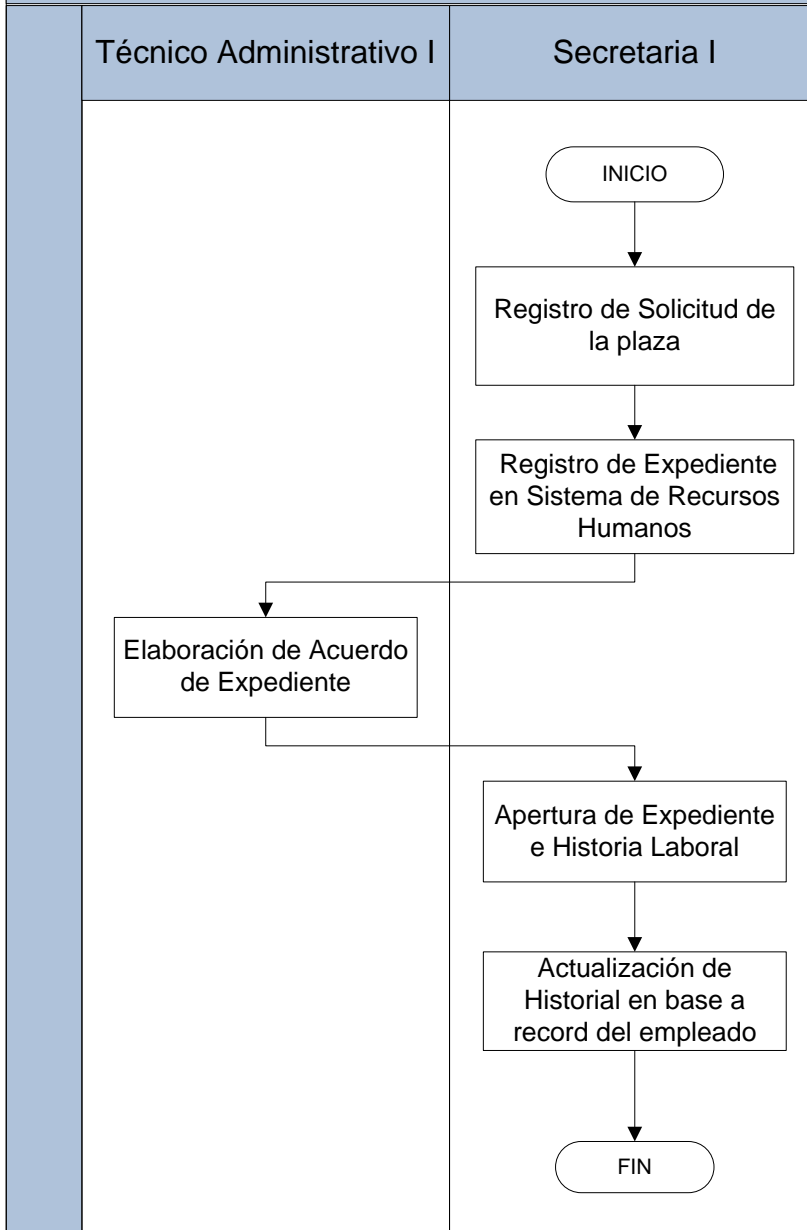
4. ELABORACION DE PLANILLAS DE SUELDO DE EMPLEADOS

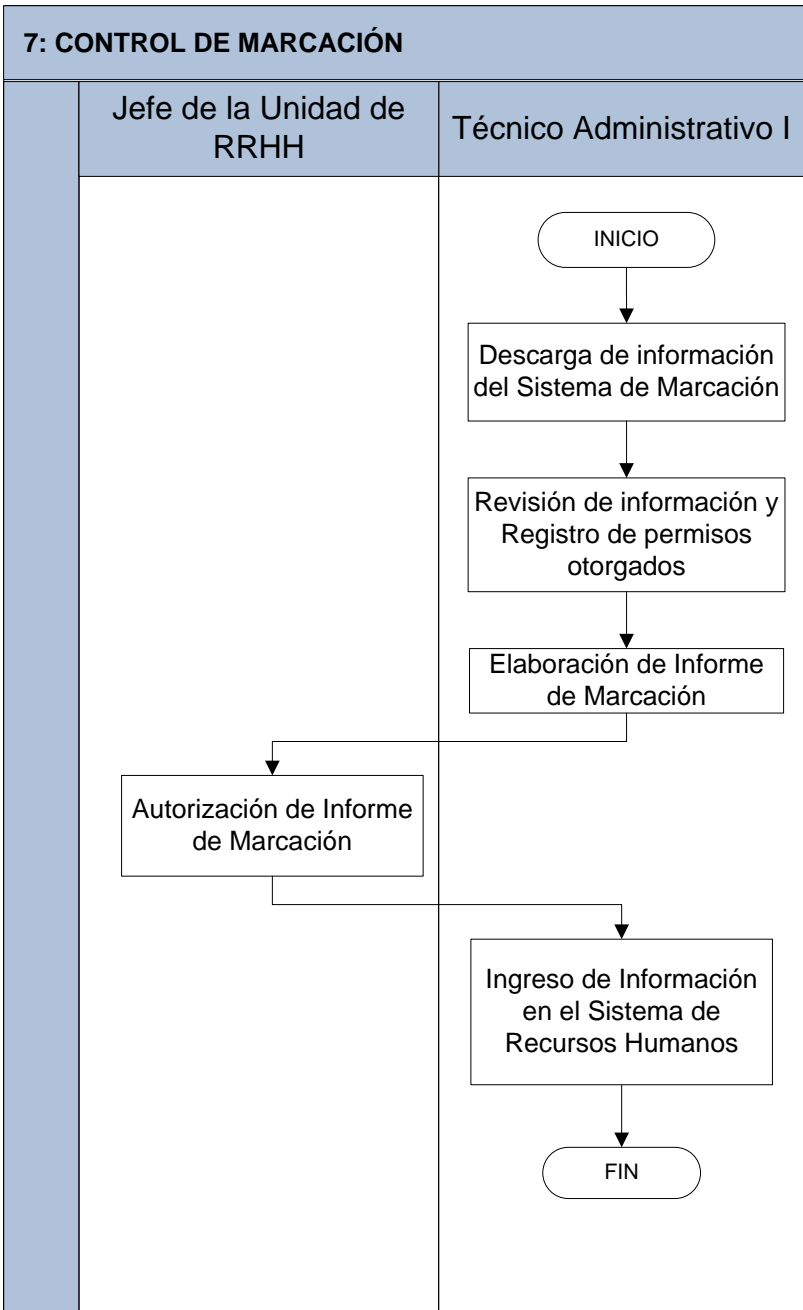


5: SISTEMA DE INCENTIVOS POR MERITO PERSONAL



6: MANEJO DE EXPEDIENTE DEL PERSONAL



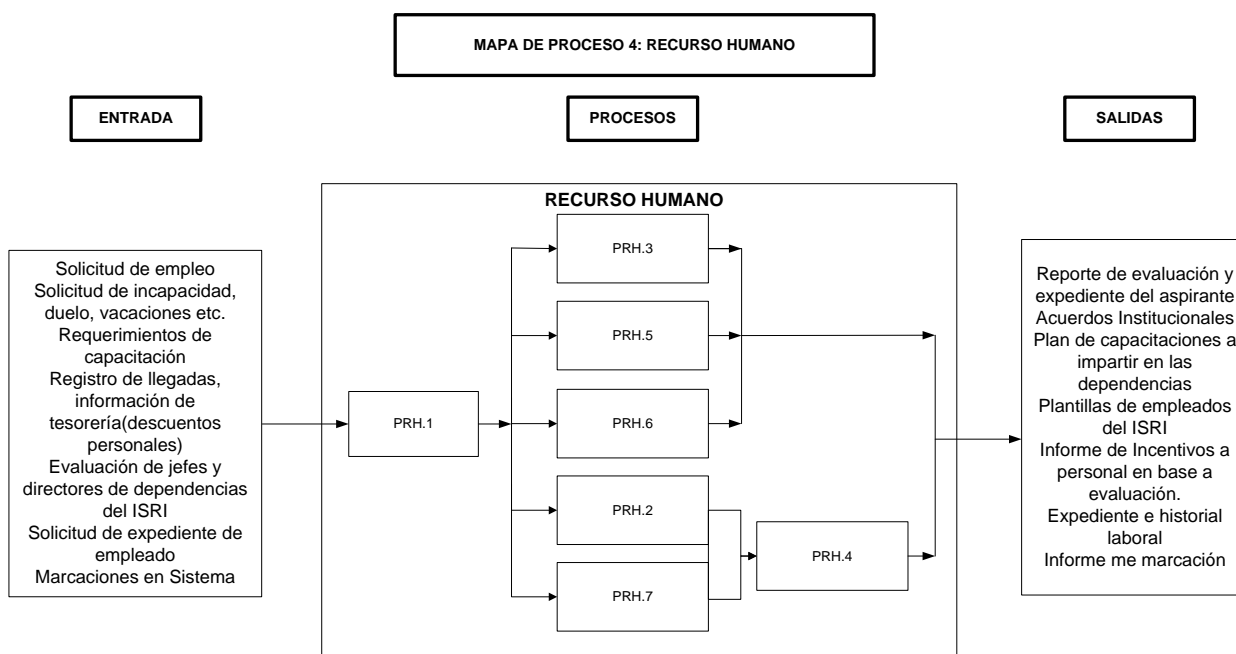


2.2.4.3 Mapa de Procesos y procedimientos de Recursos Humanos:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso de y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 20: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Recursos Humanos

Códigos de Procesos y procedimientos de la Unidad de Recursos Humanos	
Proceso: Recursos Humanos	
PRH.1	1. Reclutamiento y Selección de Personal
PRH.2	2. Elaboración de acuerdos
PRH.3	3. Capacitación del Recurso Humano
PRH.4	4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados
PRH.5	5. Sistema de incentivos por merito personal
PRH.6	6. Manejo de Expediente
PRH.7	7. Control de Marcación



2.2.5 UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

2.2.5.1 Generalidades de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional:

⊕ OBJETIVO:

Planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos de adquisiciones y contratación de bienes y servicios Institucionales de manera eficaz, eficiente, objetiva y transparente.

⊕ FUNCIONES:

1. Gestionar el proceso de compra de acuerdo a la LACAP.
2. Actualizar los inventarios de bienes e insumos.
3. Mantener el banco de proveedores actualizados.
4. Actualizar el módulo de divulgación de compras.
5. Asesorar en gestiones de compras a las diferentes dependencias del ISRI.
6. Gestión del talento humano.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

- A. 1 plaza de Jefe de Unidad De Adquisiciones y Contrataciones Institucional
- B. 1 Plaza de Auxiliar Administrativo
- C. 1 Plaza de Auxiliar de Estadística
- D. 1 Plaza de Secretaria I

2.2.5.2 Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional:

⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL:

1. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR ORDEN DE COMPRA:

Este proceso consiste en la adquisición de un bien o servicio a partir de orden de compra, esta modalidad es la más sencilla de todas y está determinada por las Modalidades de Contratación Establecidas por el Ministerio de Hacienda. La Modalidad Libre Gestión por Orden de Compra se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Tabla 21: La Modalidad Libre Gestión por Orden de Compra

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Libre Gestión (no recurrente) podrá adquirirse directamente y contra pago	> 0	10% de 240	\$0.01	\$5,378.40

2. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATO:

Este proceso consiste en la adquisición y contratación de un bien o servicio por medio de un contrato, esta modalidad de adquisición está determinada por las Modalidades de Contratación Establecidas por el Ministerio de Hacienda. La Modalidad Libre Gestión por Contratación se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Tabla 22: La Modalidad Libre Gestión por Contrato

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Libre Gestión	> 0	≤ 20	\$0.01	\$4,482.00

3. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN:

Este proceso consiste en la adquisición y contratación de un bien o servicio por medio de licitaciones, esta modalidad de adquisición está determinada por las Modalidades de Contratación Establecidas por el Ministerio de Hacienda. La Modalidad de Licitaciones se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Tabla 23: La Modalidad de Licitaciones

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Licitación	> 20	≤ 210	\$4,482.01	\$53,784.00

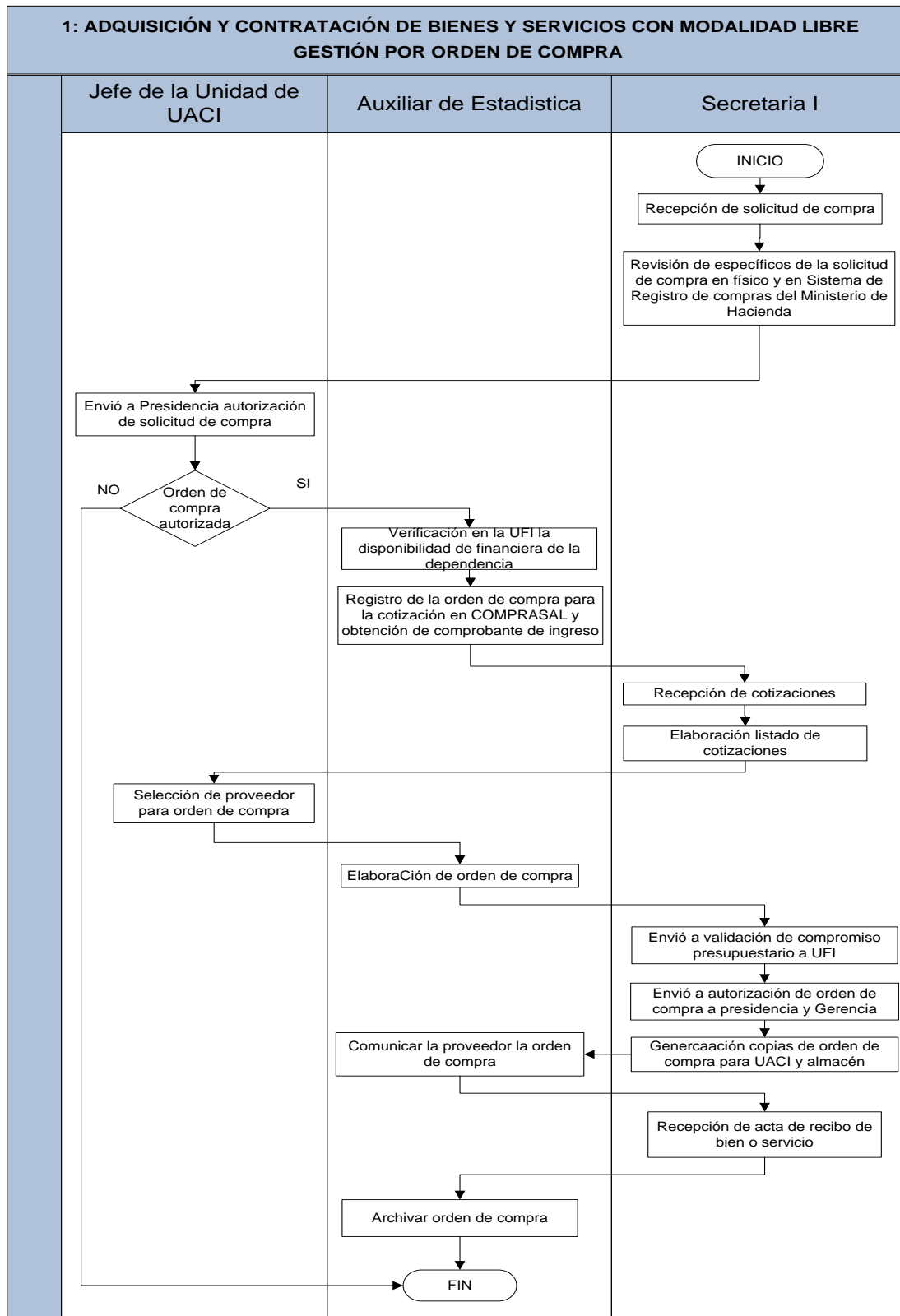
4. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA:

Este proceso consiste en la adquisición y contratación de un bien o servicio por medio de licitaciones pero esta modalidad de adquisición por contratación directa se realiza únicamente cuando ya han existido previamente dos procesos de licitación y estos se han declarado desiertos, es decir, que ningún proveedor oferto sus bienes o servicios. Esta modalidad necesita la resolución por parte de presidencia para poder iniciarse el proceso de licitación. La Modalidad de Licitaciones se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

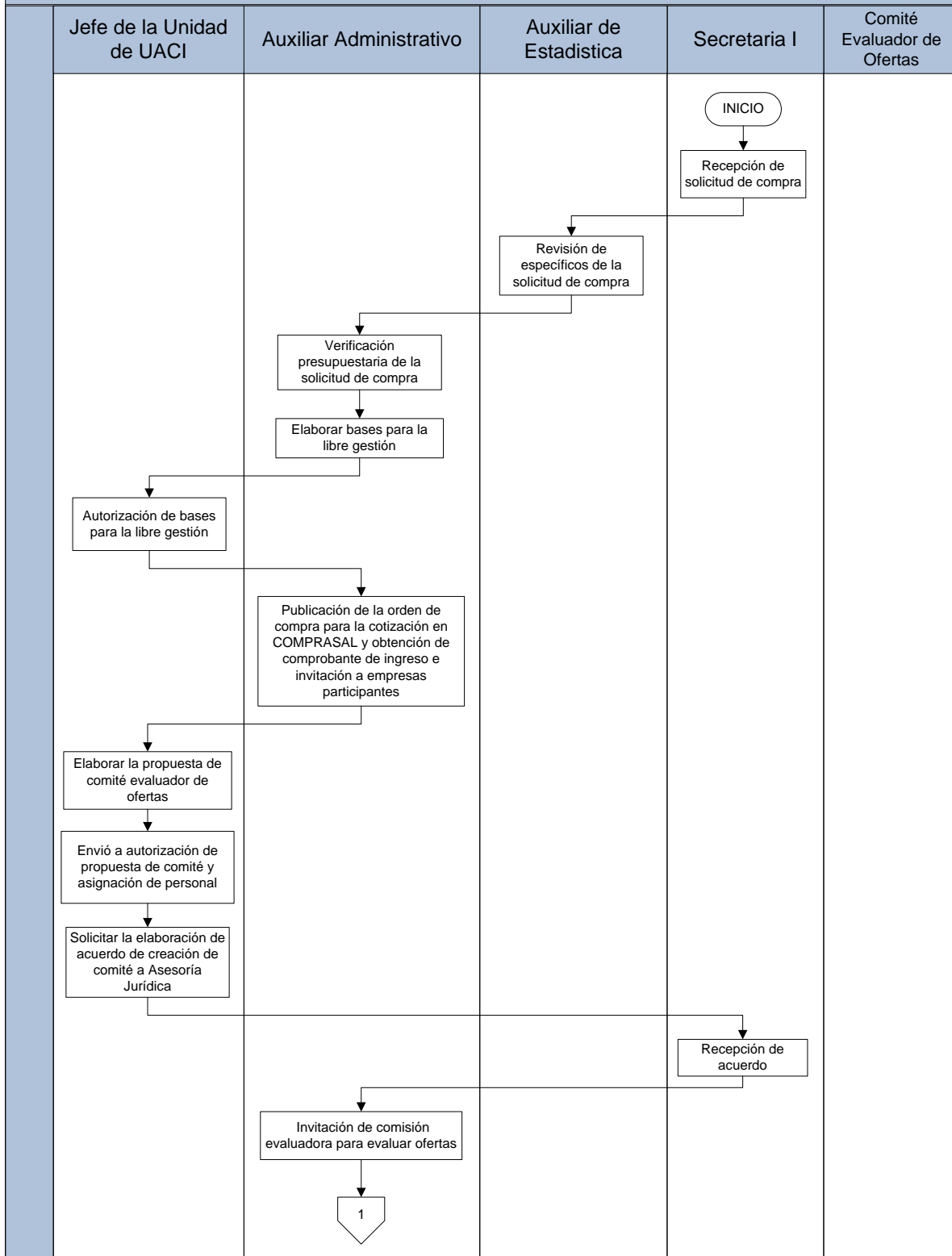
Tabla 24: La Modalidad Licitación: contratación Directa

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Licitación	> 20	≤ 210	\$4,482.01	\$53,784.00

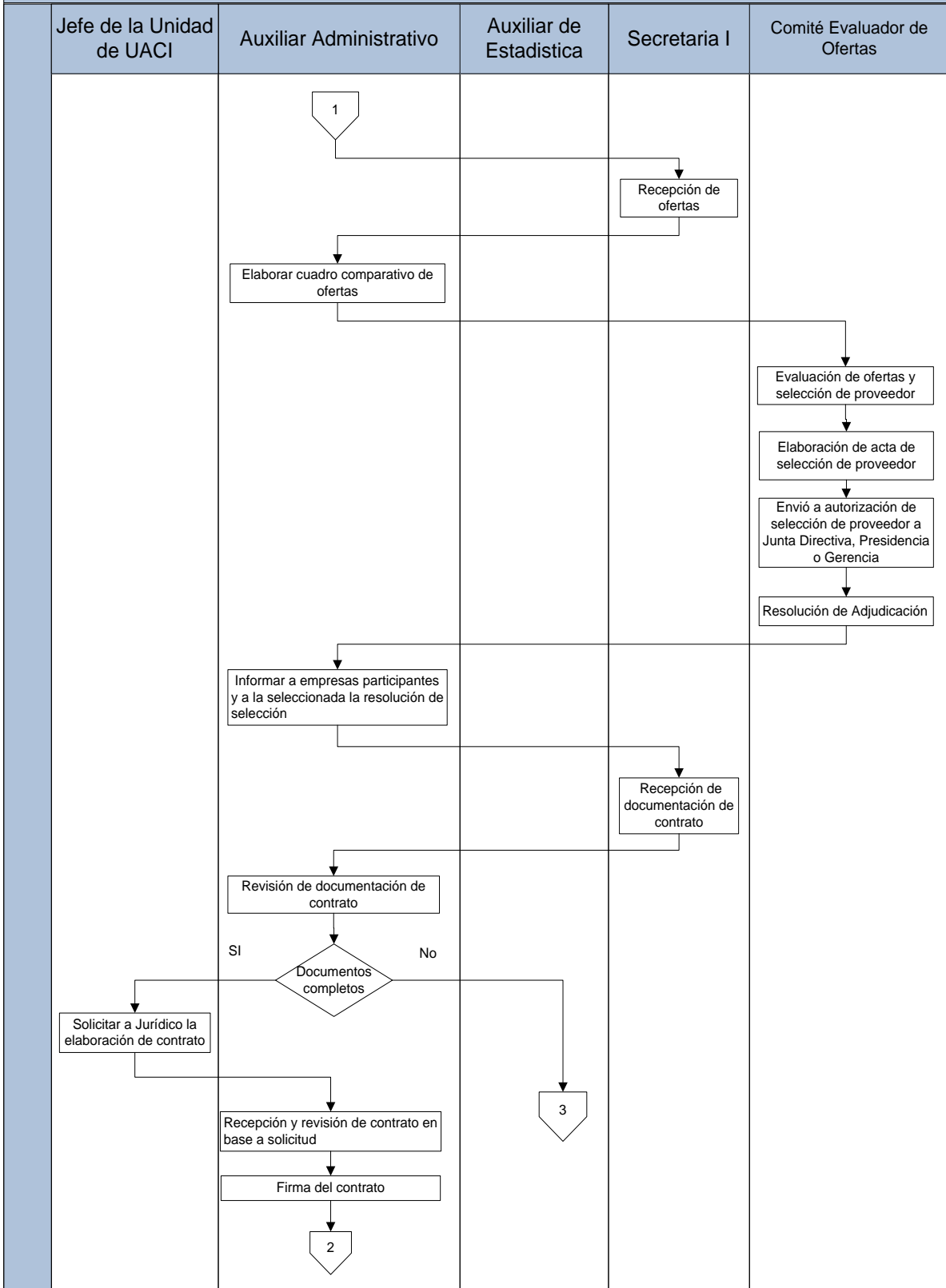
⊕ **DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL:**



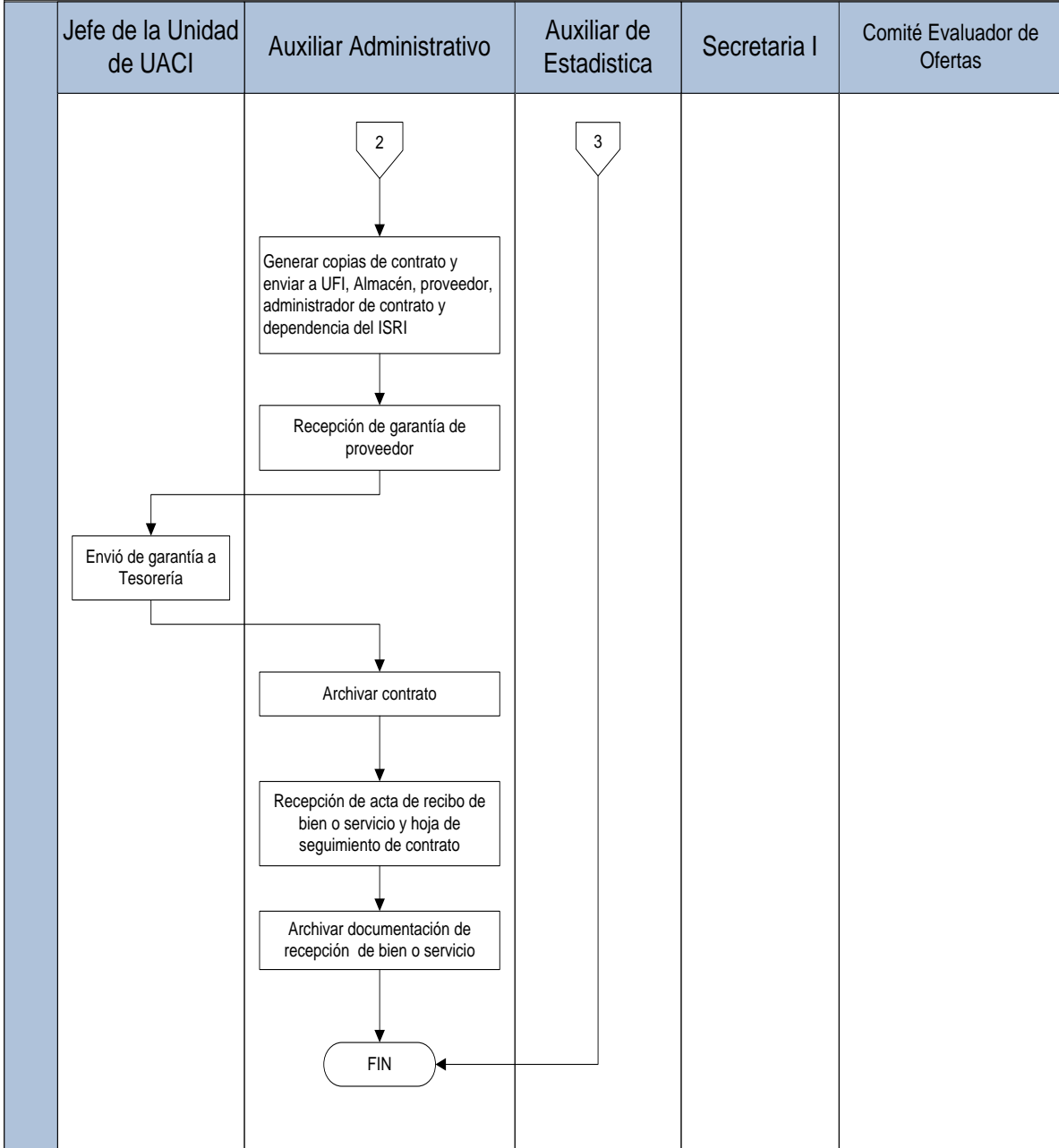
2:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATACIÓN



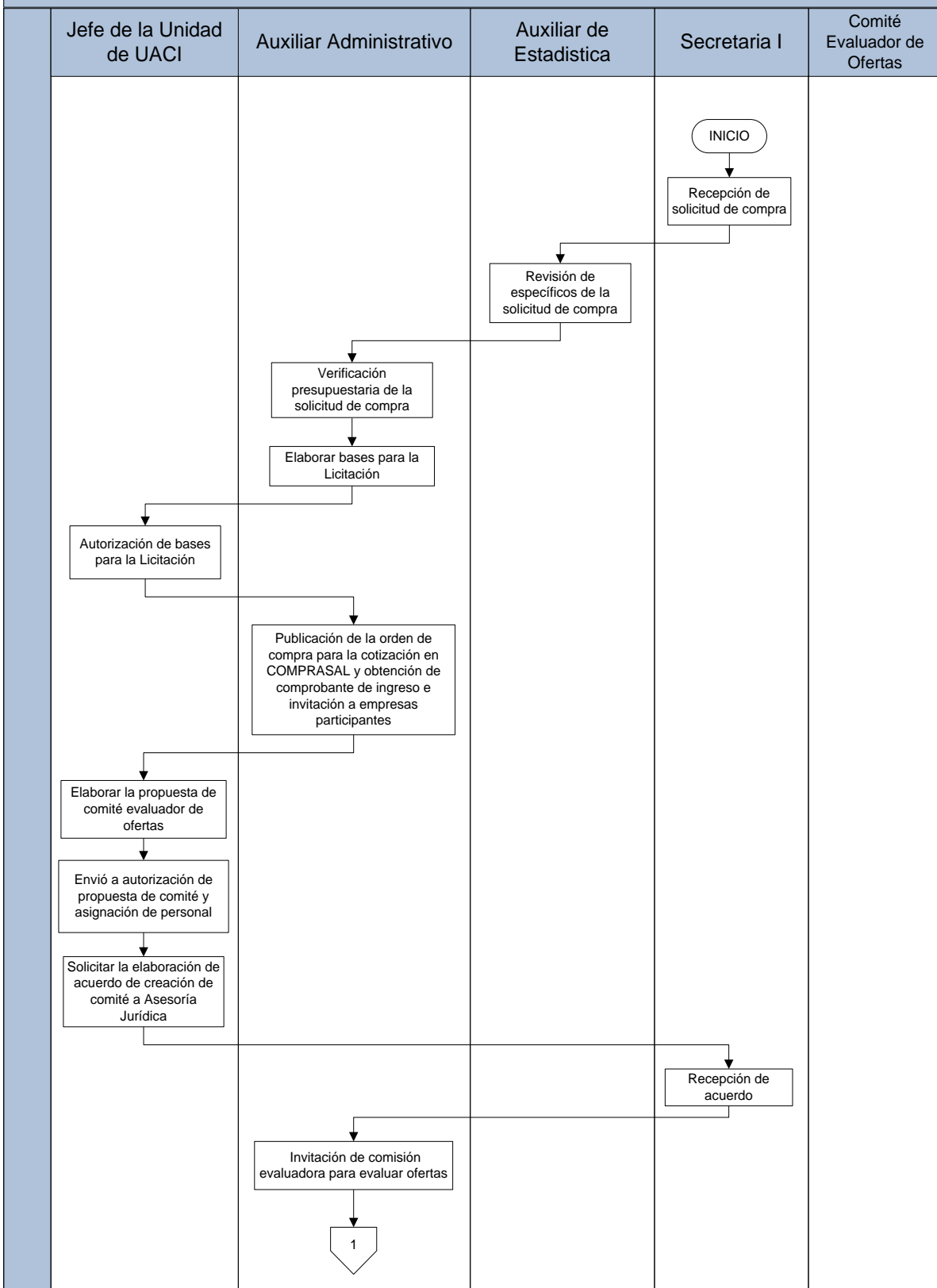
2:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATACIÓN



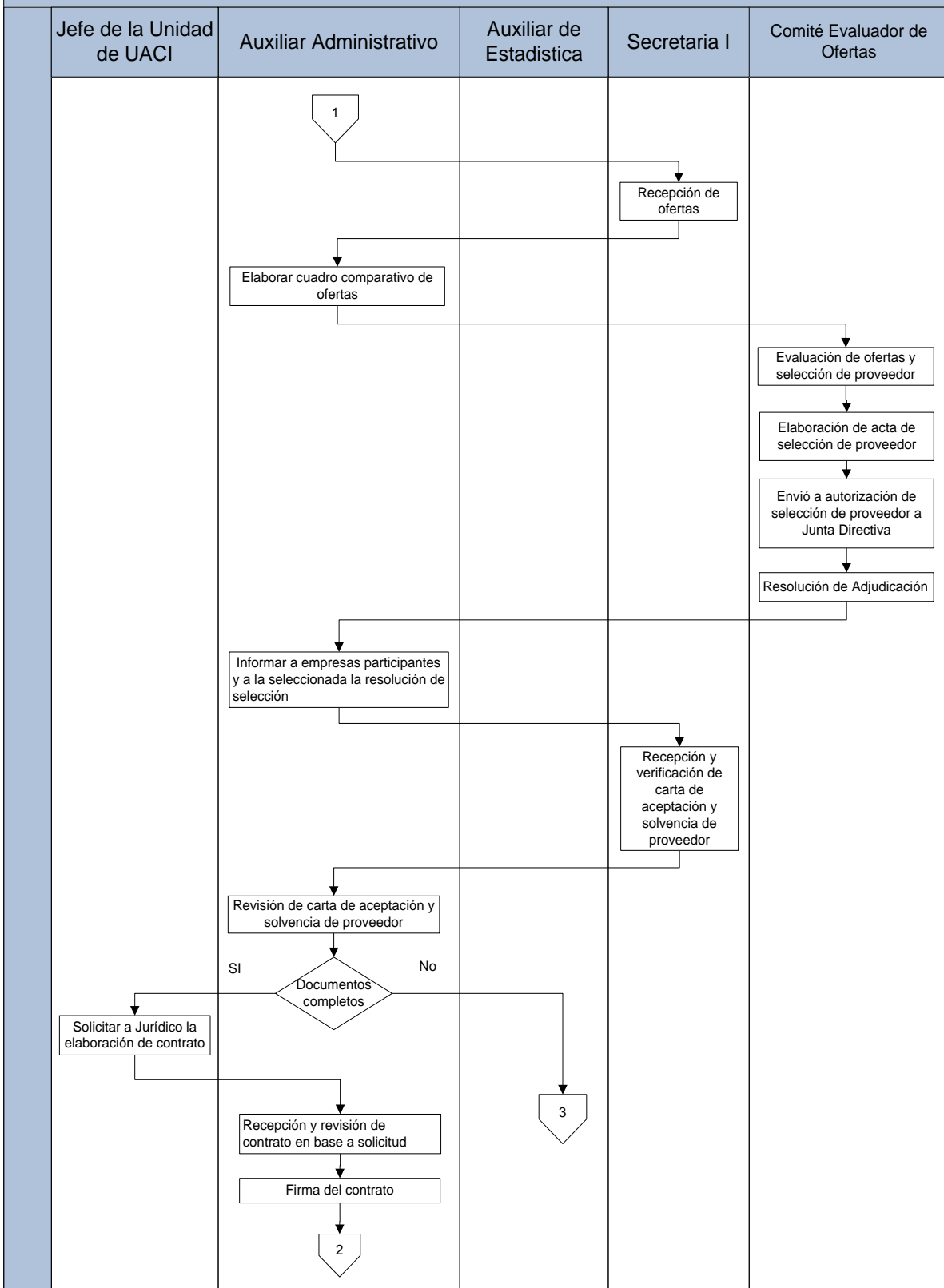
2:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATACIÓN



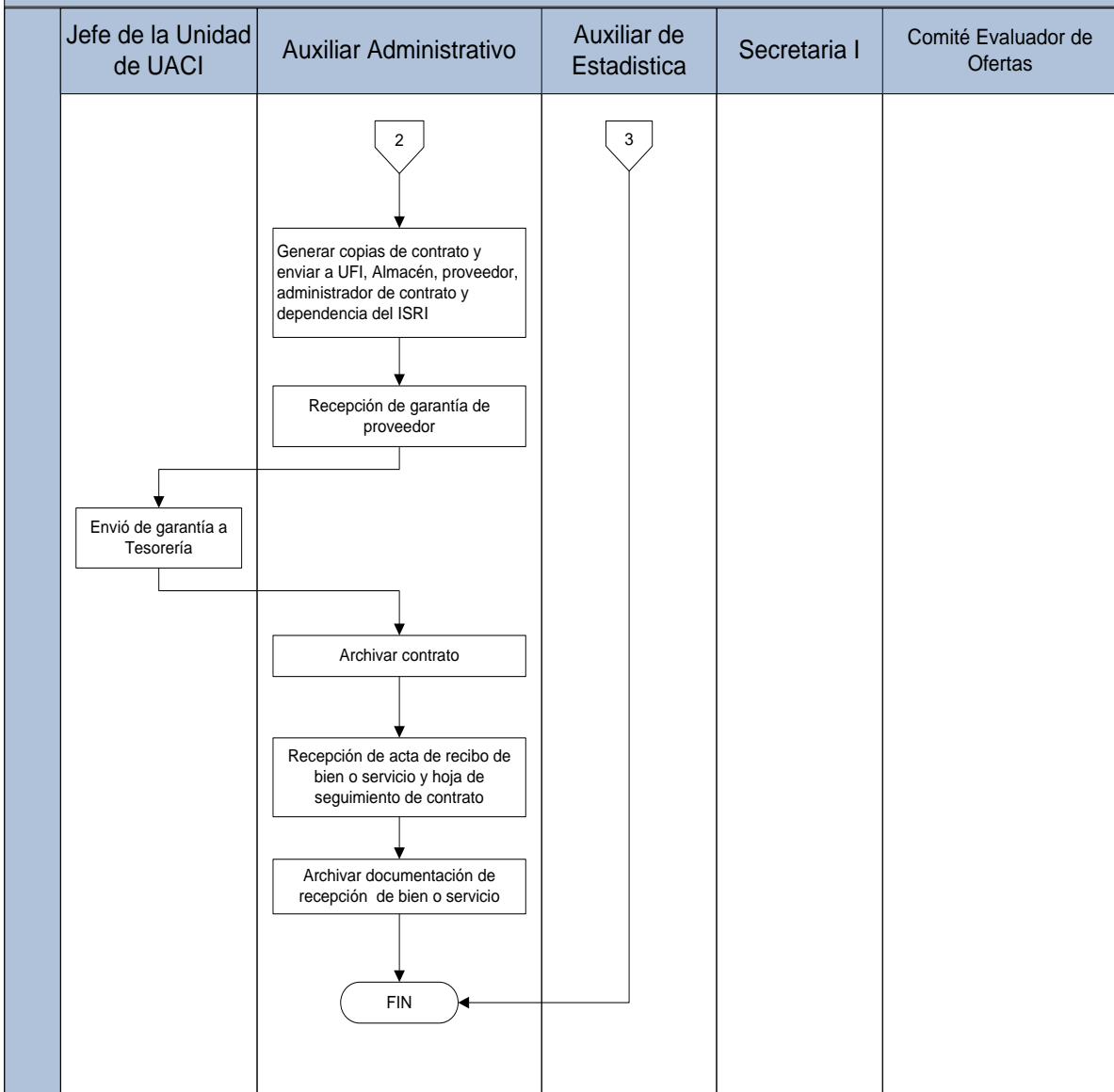
3:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN



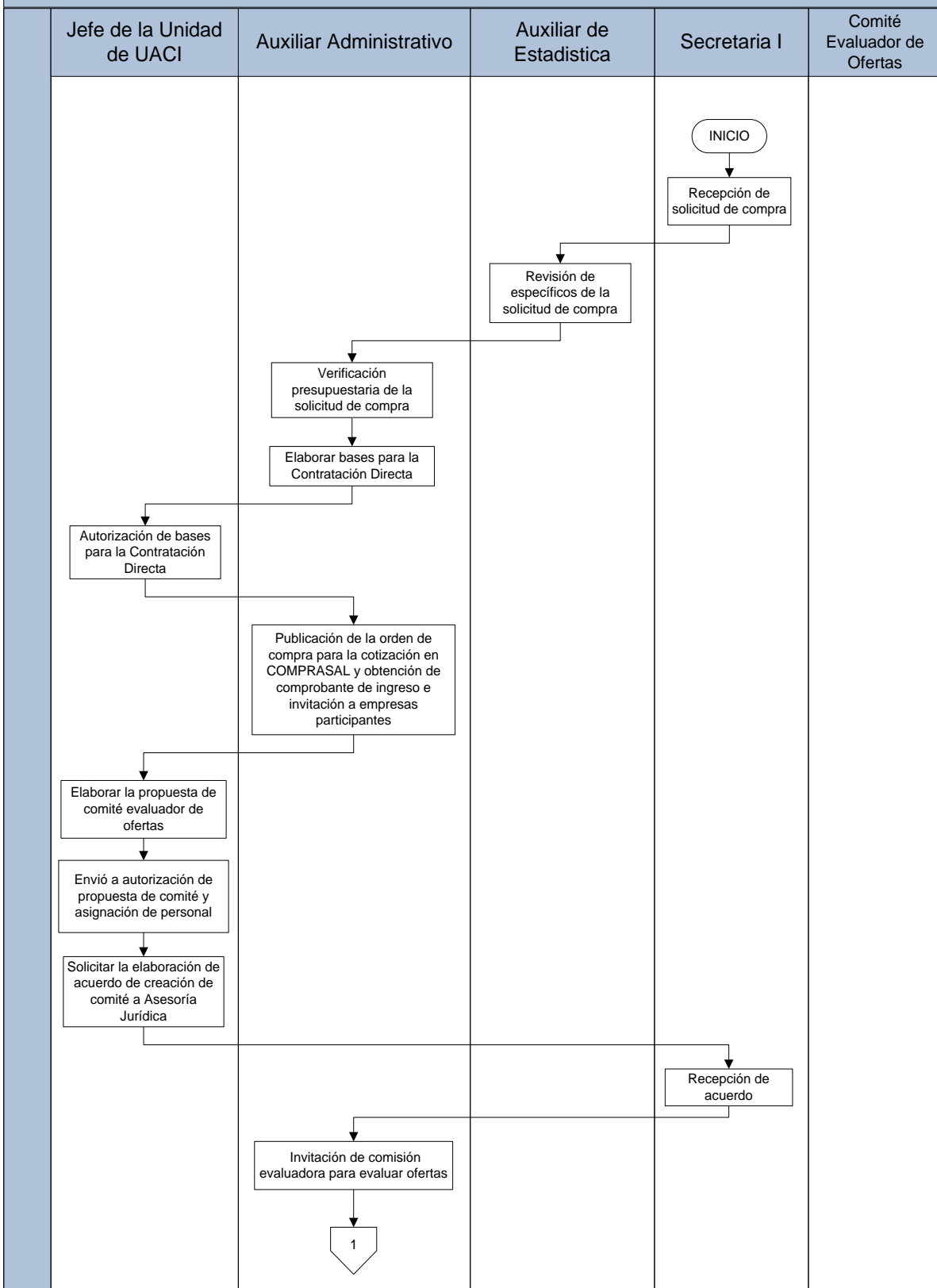
3:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN



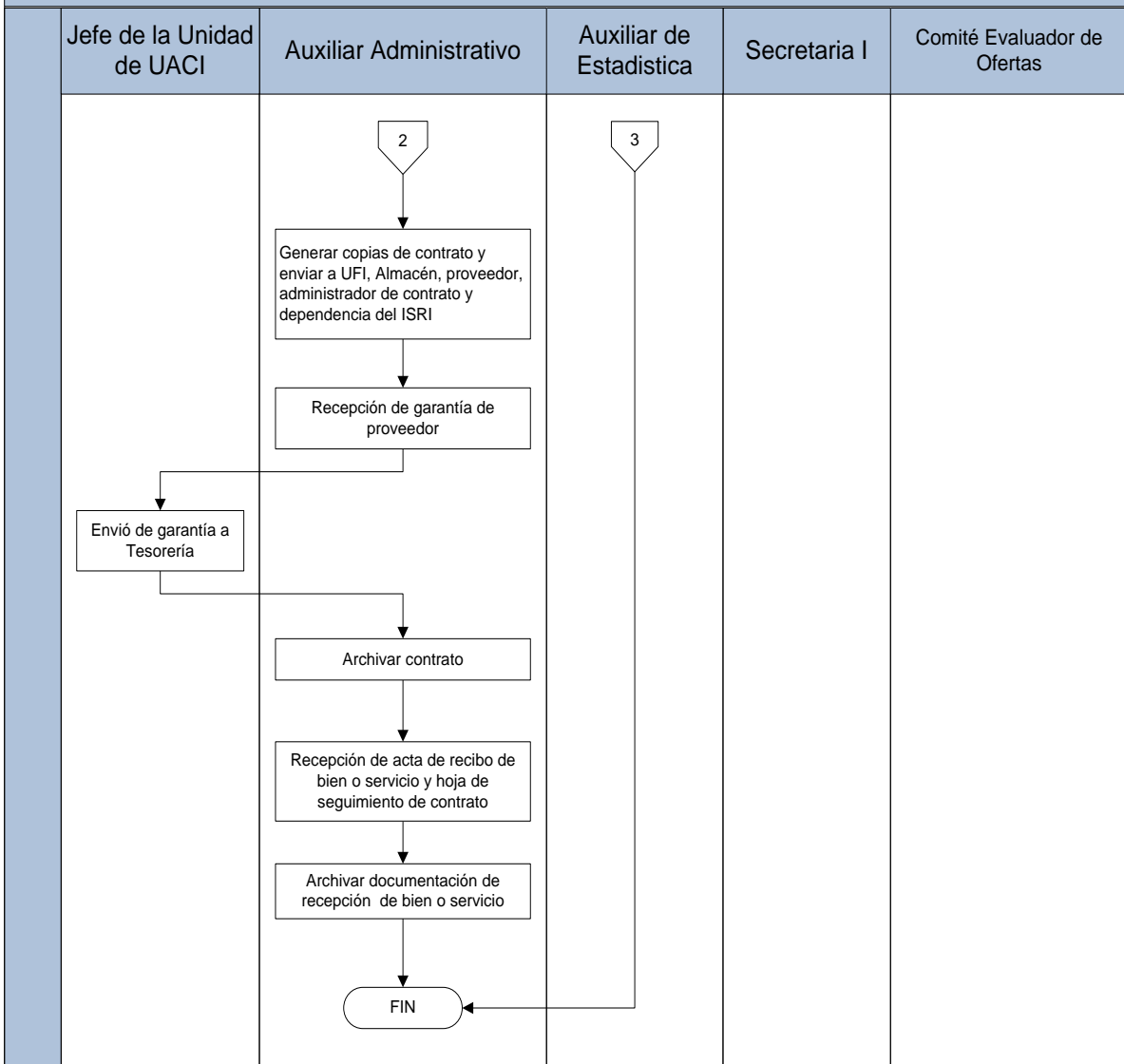
3:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN



4:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA



4:ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA

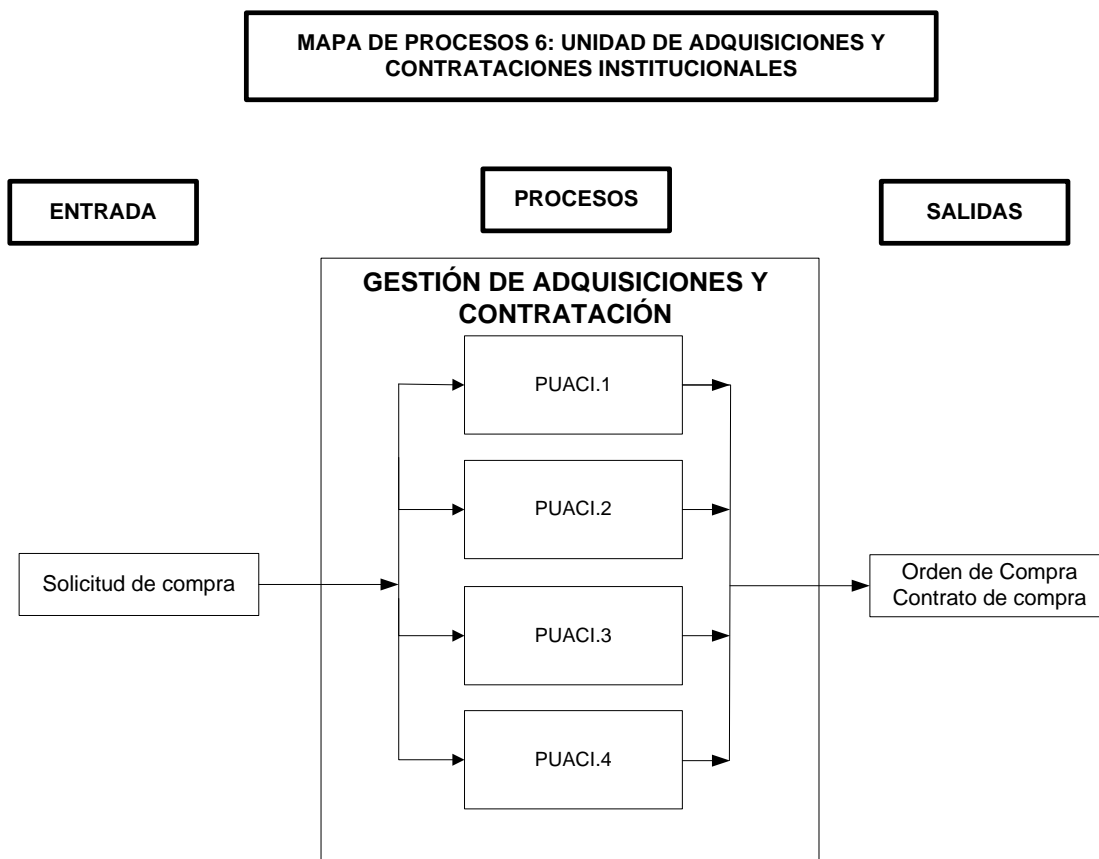


2.2.5.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 25: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)	
Proceso: Gestión de Adquisiciones y Contratación	
PUACI.1	1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra
PUACI.2	2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato
PUACI.3	3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación
PUACI.4	4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa



2.2.6 UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL (UFI)

2.2.6.1 Generalidades de la Unidad Financiera Institucional

⊕ OBJETIVO:

Planificar, organizar, dirigir y controla las actividades del Proceso Administrativo Financiero correspondientes a la Institución, en forma integrada e interrelacionada, velando por el cumplimiento de la normativa definida por el Ministerio de Hacienda.

⊕ FUNCIONES:

1. Coordinar las actividades relacionadas con la elaboración del Proyecto de Presupuesto Institucional, Ejecución, Seguimiento y Evaluación Presupuestaria.
2. Realizar la gestión de los recursos financieros, las actividades relacionadas con el pago de los compromisos Institucionales y mantener actualizados los auxiliares.
3. Validar los registros contables que se generen en forma automática y efectuar los registros contables directos; realizar oportunamente los cierres contables, preparar los estados financieros básicos e informar sobre el comportamiento de los recursos y obligaciones institucionales.
4. Gestión del talento humano.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por tres áreas que son: Tesorería, Contabilidad, y Presupuesto, en cada una de estas áreas está distribuido cada una de las personas en sus respectivas plazas:

- A. 1 plaza de Jefe de la Unidad Financiera Institucional
- B. 1 Auxiliar administrativo

Área de Tesorería:

- C. 1 Plaza de Técnico UFI con funciones de Tesorería (Coordinador)
- D. 4 Auxiliares Administrativos.

Área de Contabilidad:

- E. 2 Plazas de Técnico UFI con funciones de Contabilidad
- F. 1 Auxiliar Administrativo.

Área de Presupuesto:

- G. 2 Plazas de Técnico UFI con funciones de Presupuesto
- H. 1 Auxiliar administrativo

2.2.6.2 Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional:

⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. Formulación del Proyecto del Presupuesto

Consiste en elaborar el proyecto del Presupuesto Institucional del ISRI en base a los planes de trabajo de cada dependencia y del techo Presupuestario brindado por el Ministerio de Salud, para lograr obtener el presupuesto se siguen los siguientes pasos:

- Elaboración de los lineamientos de formulación del Presupuesto
- Analizar los planes de trabajo de las dependencias del ISRI
- Ajustar la Propuesta del Presupuesto enviado por el Ministerio de Salud
- Ingresar el Presupuesto al SAFI.

2. Registro, control y pago de bienes y servicios

Consiste en realizar todos los pagos por las obligaciones adquiridas en todo el ISRI ya sea por bienes o servicios adquiridos, para realizar este proceso se debe de tomar en cuenta lo siguiente:

- Se debe de tener todas las órdenes de compra del ISRI
- Elaboración el compromiso presupuestario
- Elaborar los quedan
- Ingresar al SAFI las obligaciones de pago
- Generación de requerimientos de fondos
- Entrega a proveedores de fondos cuando han sido autorizados

3. Pagos de salarios al personal

El propósito de este proceso es hacer efectivo el pago de salarios al personal que labora en el ISRI, para lograrlo se deben de tomar en cuenta los siguientes elementos:

- Poseer las planillas oficiales
- Compromiso presupuestario
- Requerimientos de Fondo que se envía al Ministerio de Salud
- Partida de pago.

4. Registro de inventarios y donaciones

A través del registro de inventarios y donaciones se pretende llevar un control financiero de los elementos que han entrado y salido de la Institución que se encuentran en inventario y los recursos que han sido donados.

5. Control y registros de convenios

El propósito de este proceso es llevar el control de los servicios brindados por los Centros de Atención, generando la partida contable para obtener los comprobantes y elaborara los quedan, enviando al ISSS E IBM el reporte por los servicios brindados en los Centros de Atención.

6. Seguimiento y ejecución Presupuestaria

El objetivo de este proceso es conocer la disponibilidad financiera de cada una de las dependencias del ISRI. Para elaborar un informe mensual de ejecución presupuestaria y enviarlo a Presidencia.

7. Elaboración de modificación Presupuestaria

El objetivo de este proceso es reprogramar el Presupuesto del ISRI, obteniendo las reprogramaciones presupuestarias de cada dependencia ingresándolas al SAFI.

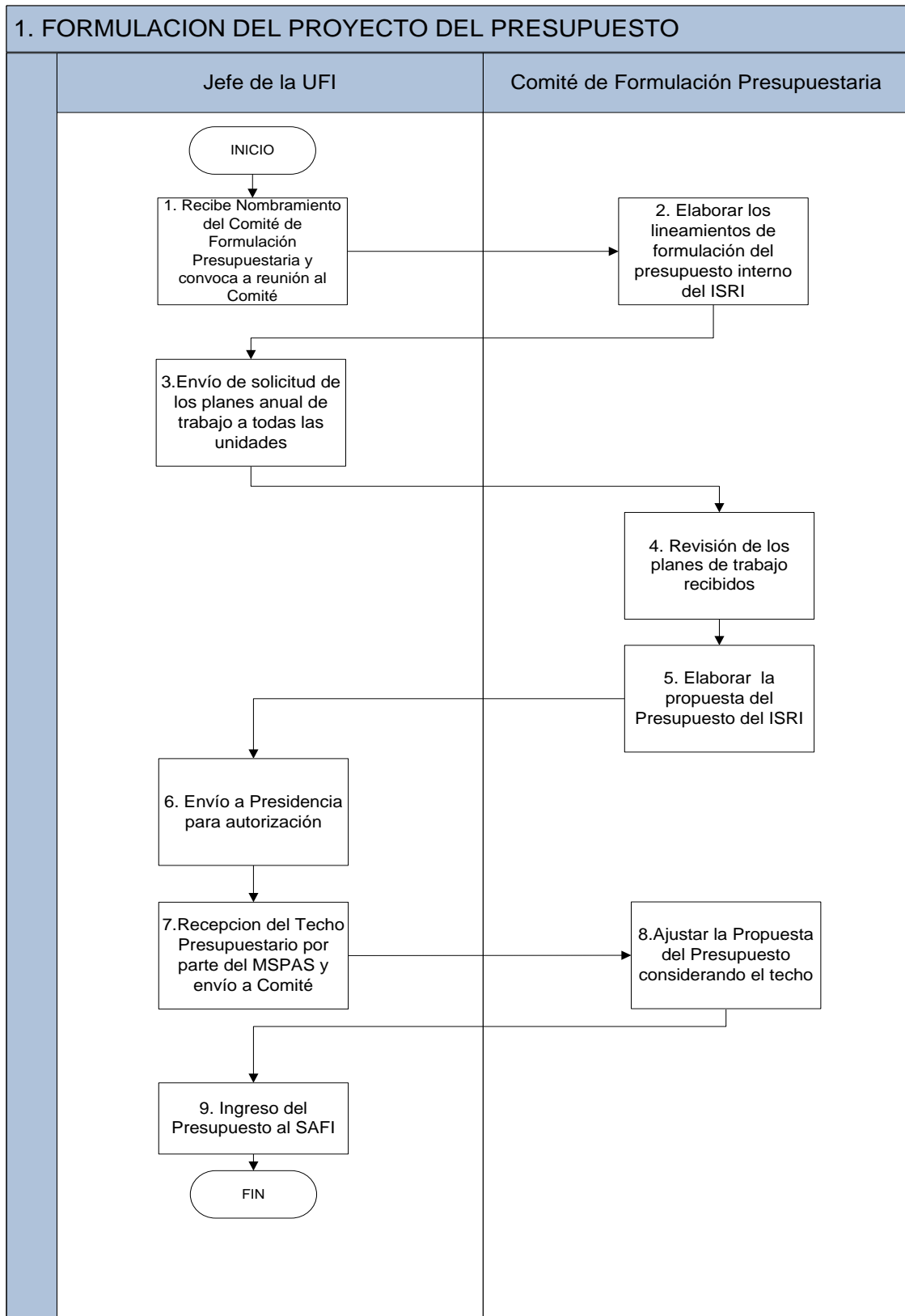
8. Cierre contable Mensual

Lo que se persigue con este proceso es la realización del cierre contable mensual, cerrando todas las cuentas y haciendo los ajustes necesarios, elaborando un reporte del cierre mensual contable.

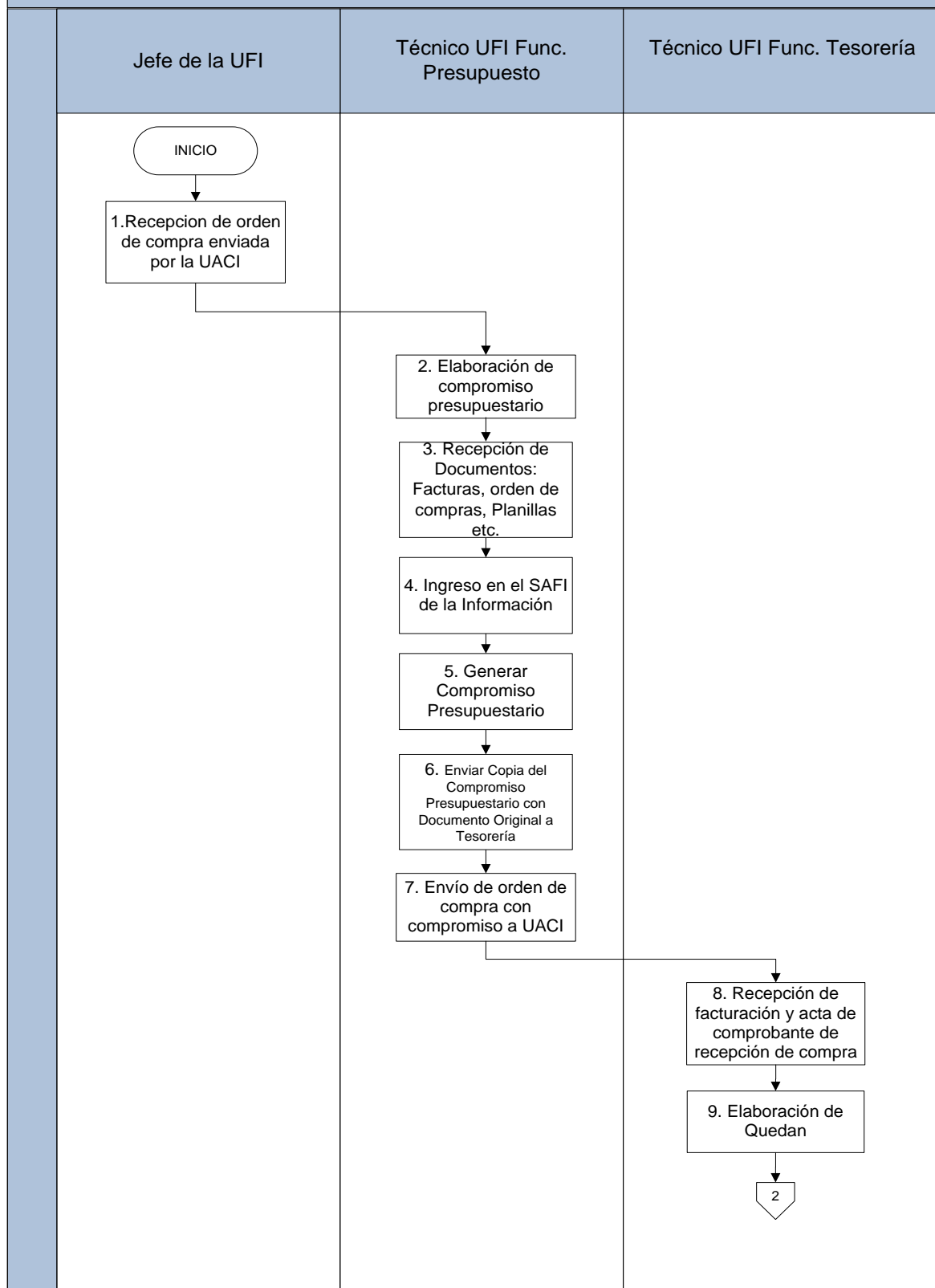
9. Cierre contable Anual

Lo que se persigue con este proceso es la realización del cierre contable anual, el cual se logra revisando los cierres contables mensuales realizados, terminando con la elaboración del reporte del cierre anual y de los estados financieros.

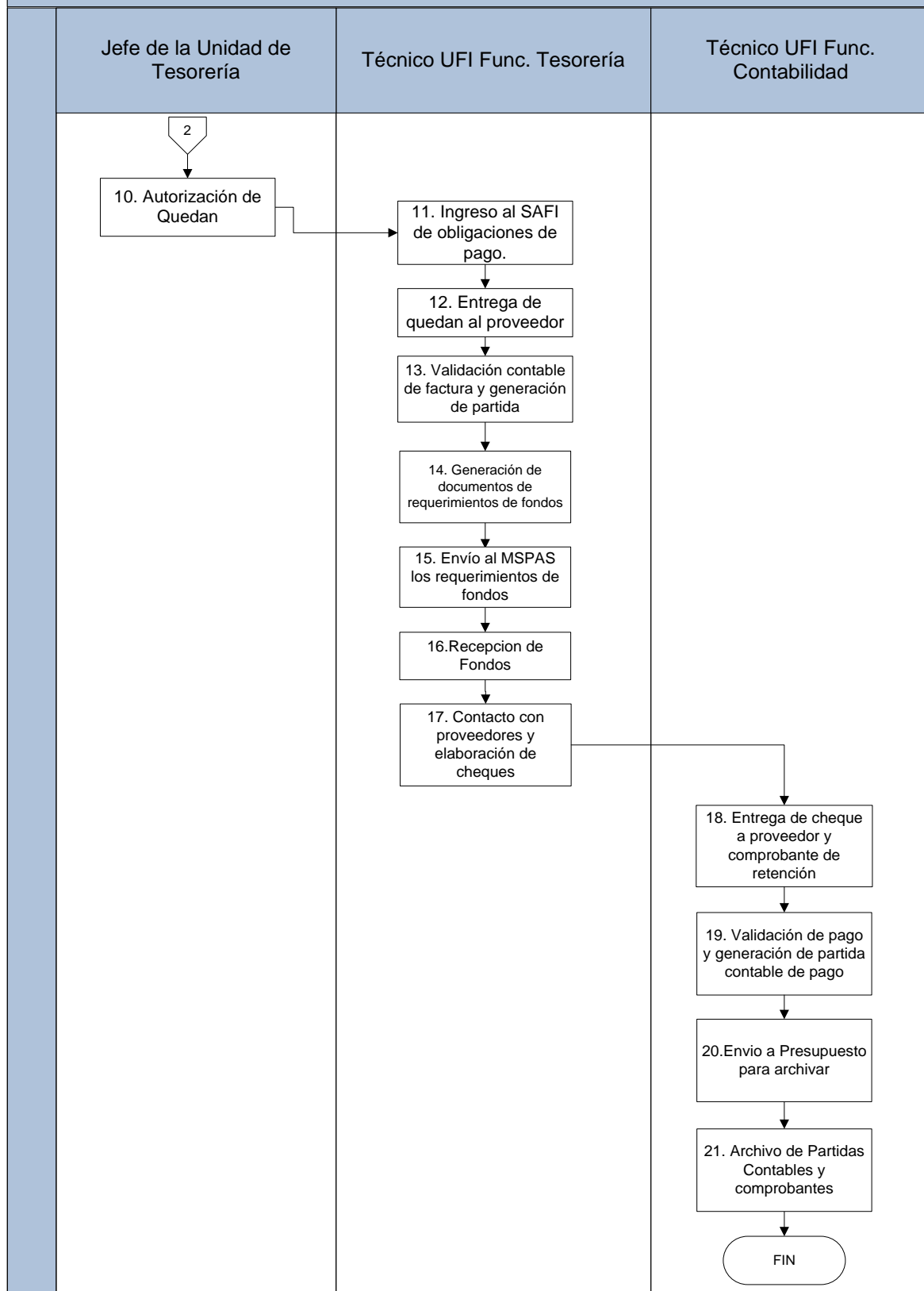
⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD FINANCIERA



2. REGISTRO, CONTROL Y PAGO DE BIENES Y SERVICIOS

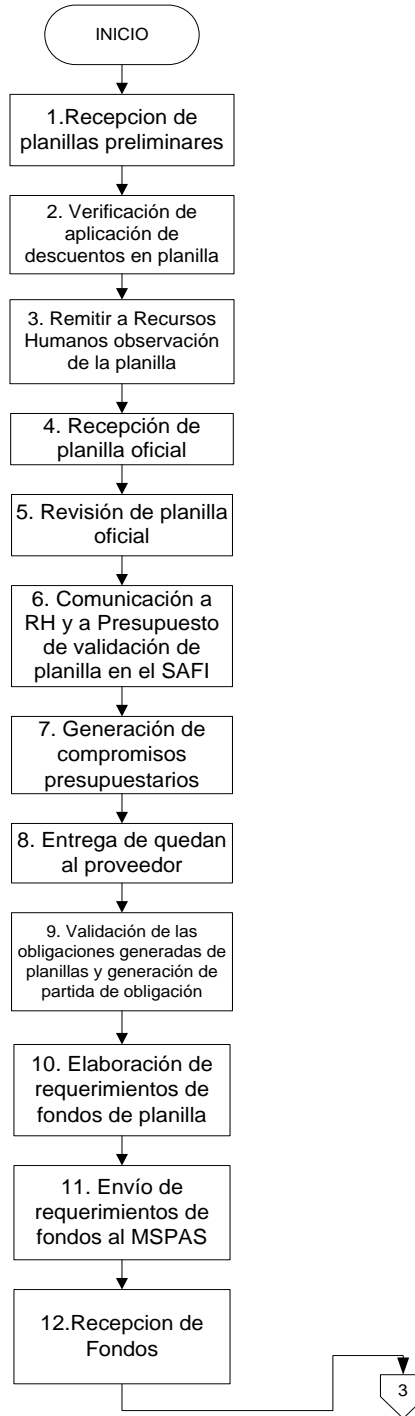


2. REGISTRO, CONTROL Y PAGO DE BIENES Y SERVICIOS

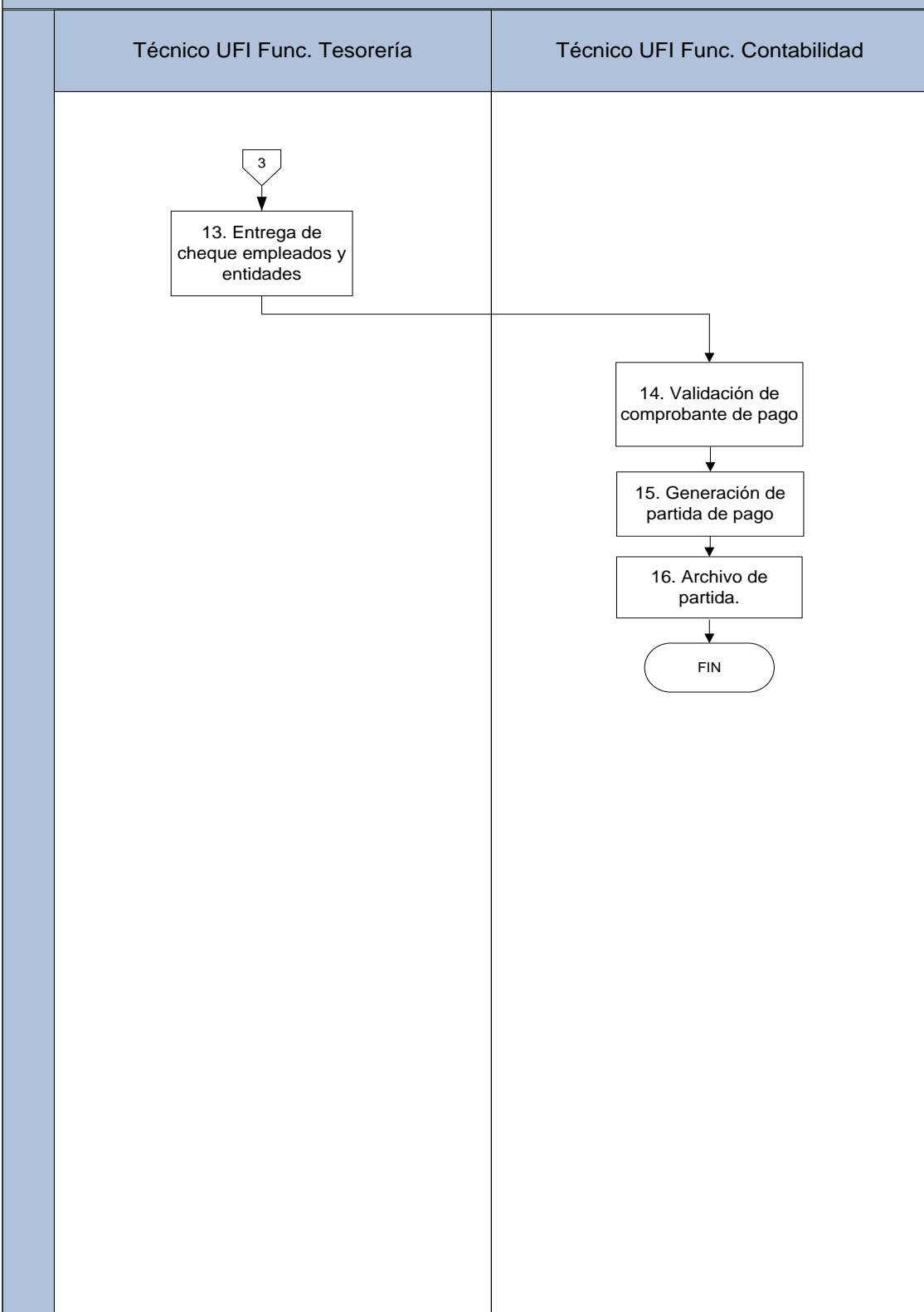


3. PAGO DE SALARIOS A PERSONAL

Técnico UFI Func. Tesorería

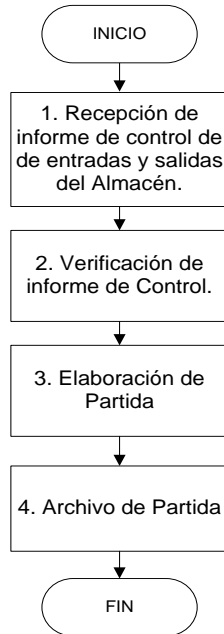


3. PAGO DE SALARIOS A PERSONAL

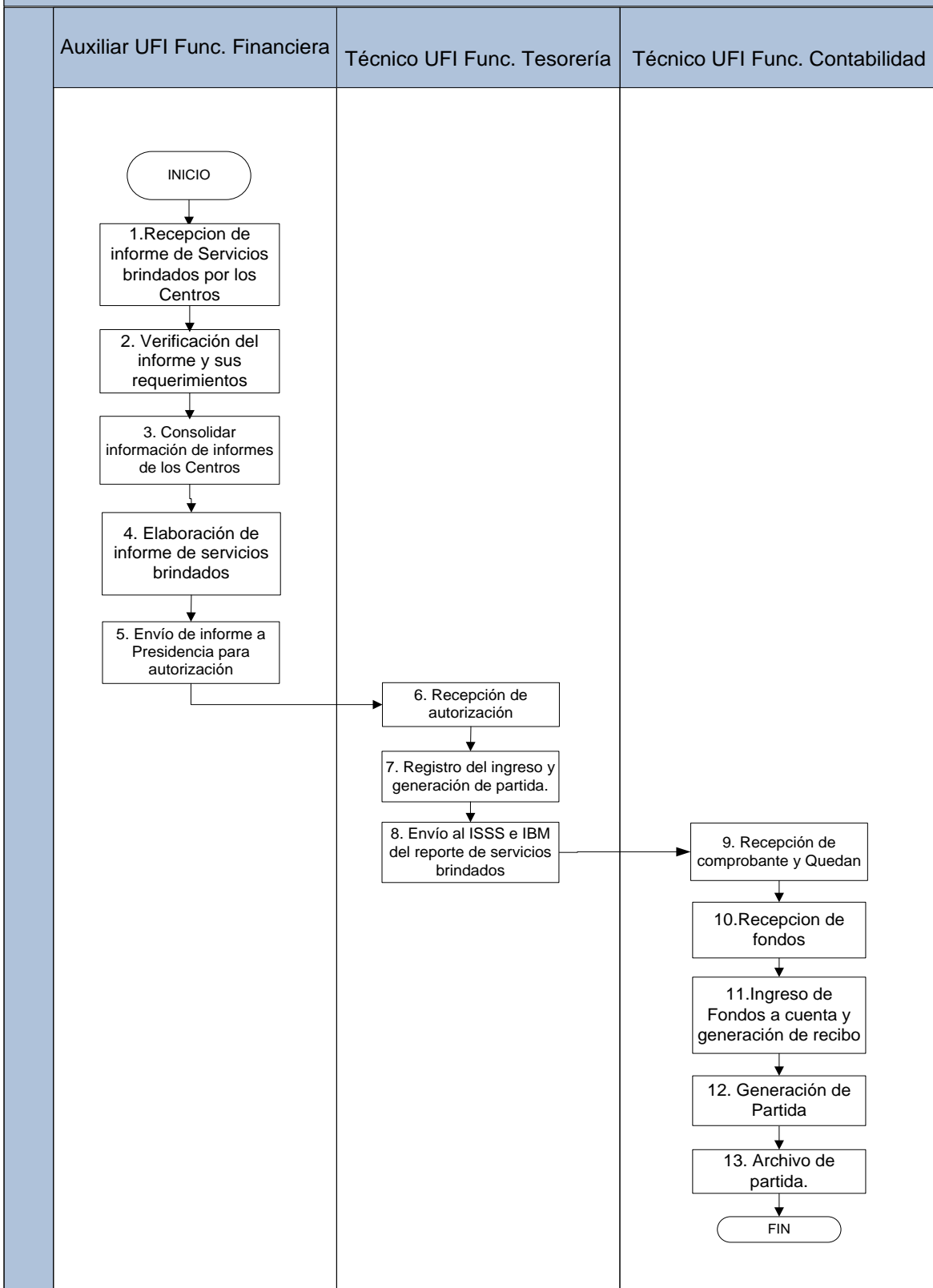


4. REGISTRO DE INVENTARIOS Y DONACIONES

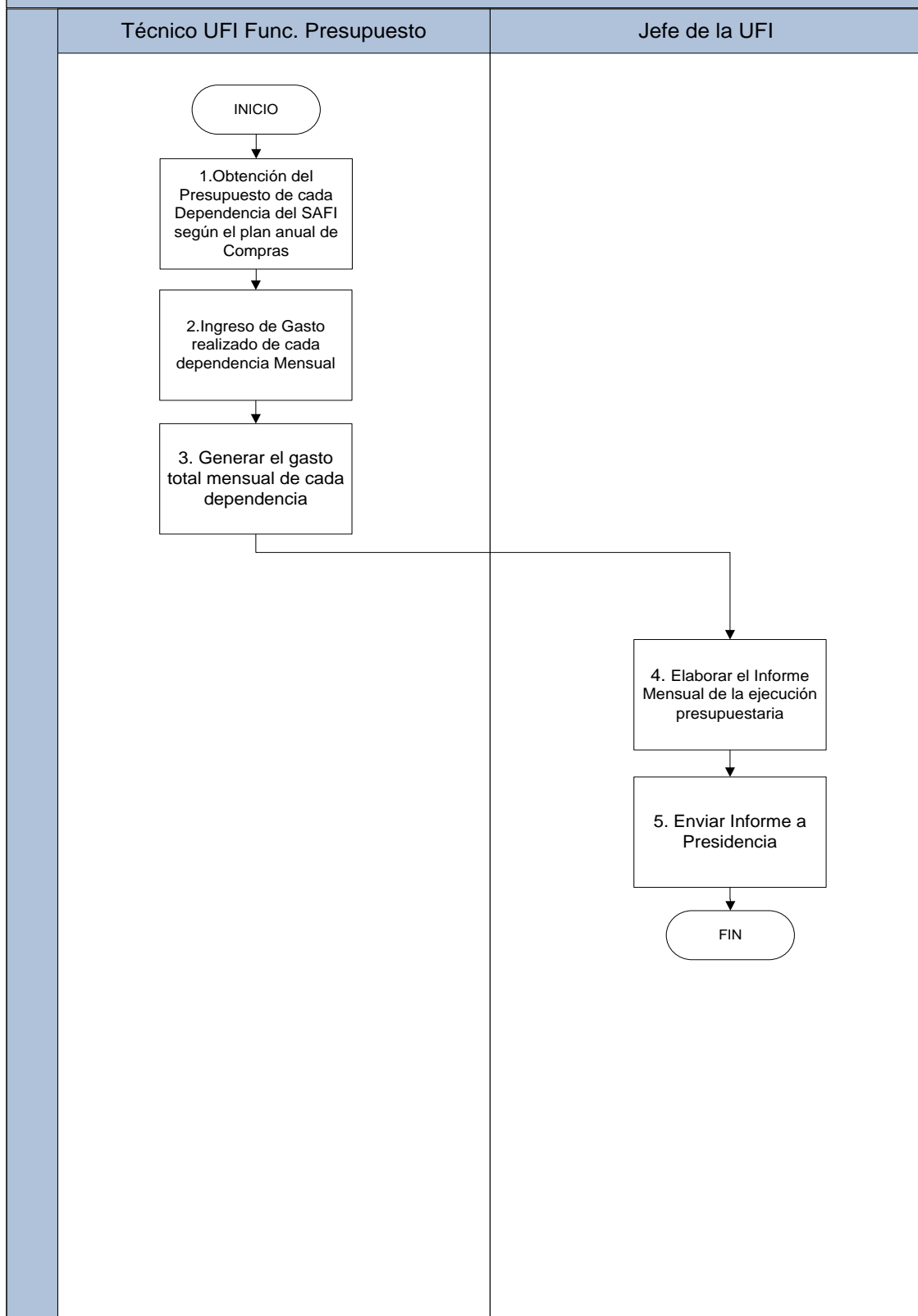
Técnico UFI Func. Contabilidad



5. CONTROL Y REGISTRO DE CONVENIOS

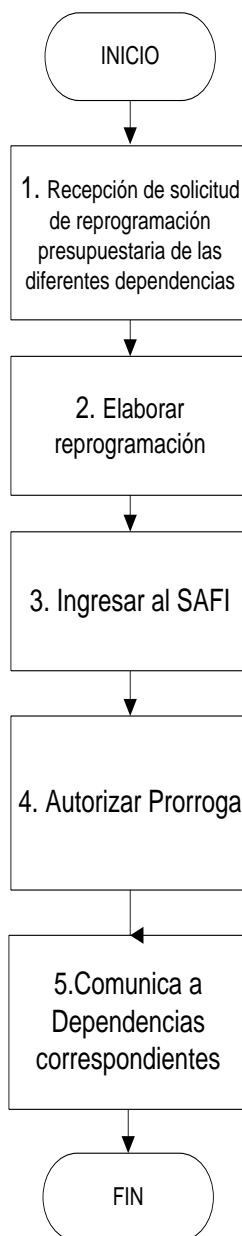


6. SEGUIMIENTO Y EJECUCION PRESUPUESTARIA



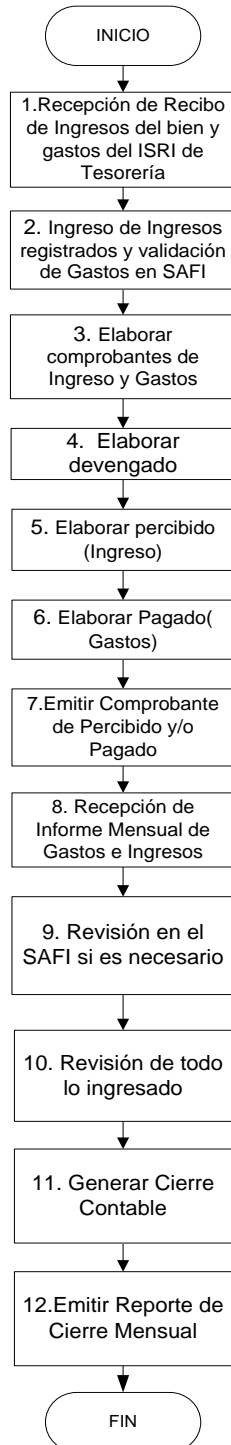
7. ELABORACION DE LA MODIFICACION PRESUPUESTARIA

Técnico UFI Func. Presupuesto

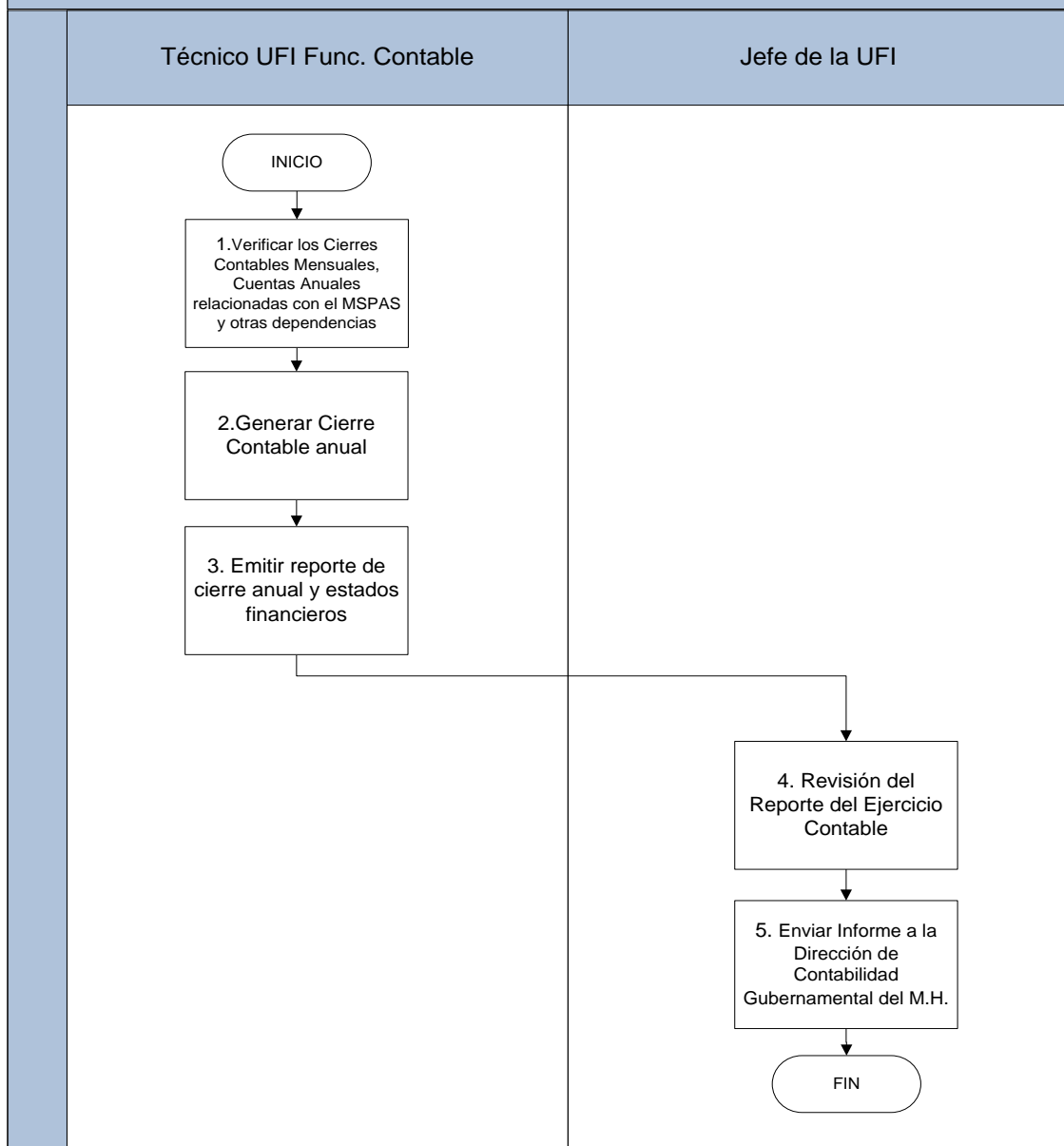


8. CIERRE CONTABLE MENSUAL

Técnico UFI Func. Contable



9. CIERRE CONTABLE ANUAL



2.2.6.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 26: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional (UFI)

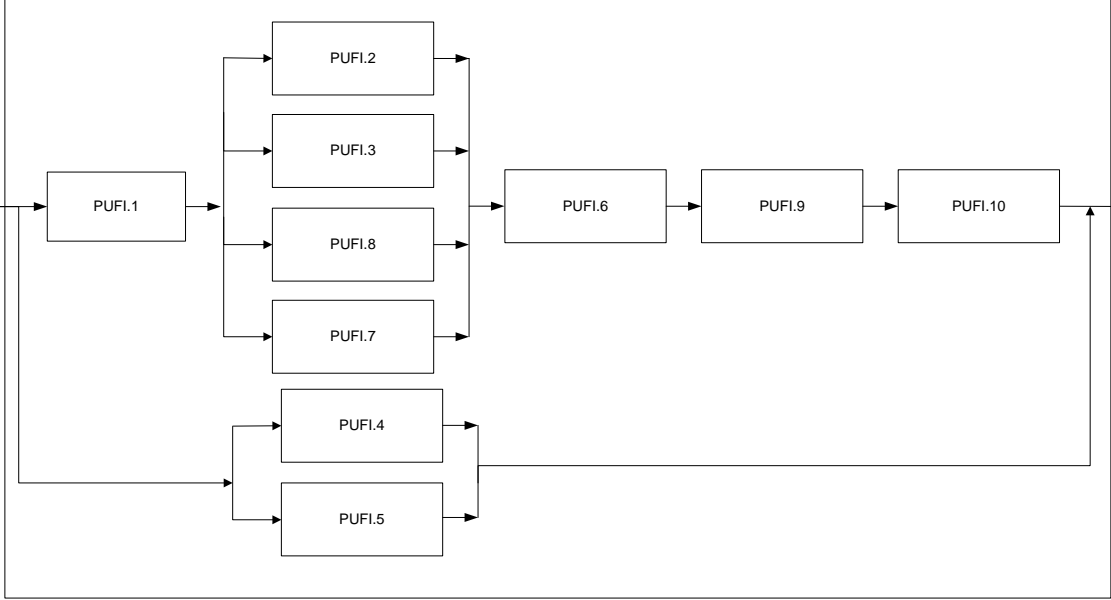
Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional(UFI)	
Proceso: Planificación Financiera	
PUFI.1	1. Formulación del Proyecto del Presupuesto
Proceso: Administración Financiera	
PUFI.2	2. Registro, control y pago de bienes y servicios
PUFI.3	3. Pagos de salarios al personal
PUFI.4	4. Registro de inventarios y donaciones
PUFI.5	5. Control y registros de convenios
PUFI.6	6. Seguimiento y ejecución Presupuestaria
PUFI.7	7. Elaboración de modificación Presupuestaria
PUFI.8	8. Cierre contable Mensual
PUFI.9	9. Cierre contable Anual

MAPA DE PROCESOS 6: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

ENTRADA

Planes de trabajo de las Unidades
 Ordenes de Compra
 Planillas Preliminares
 Registro de Inventarios y donaciones
 Informe de servicios brindados
 Presupuesto de Cada dependencia, gastos de cada unidad
 Facturas, planillas, recibos, ordenes de compra, impuestos municipales, licitaciones etc.
 Solicitud de reprogramación presupuestaria
 Recibo de ingresos y gastos del ISRI
 Cierres contables mensuales

PROCESOS



SALIDAS

Presupuesto del ISRI
 Quedan, cheques, comprobantes de retención
 Planilla oficial, cheques, fondos
 Partida, informe de Control
 Informe de servicios brindados, Quedan
 Informe Mensual de ejecución presupuestaria
 Compromiso presupuestario
 Reprogramación del presupuesto del ISRI
 Informe mensual de gastos e ingresos(cierre contable)
 Reporte de Cierre Contable Anual

2.2.7 COMUNICACIONES:

2.2.7.1 Generalidades de Comunicaciones:

⊕ **OBJETIVO DE LA UNIDAD:** Planificar, dirigir y coordinar todas las actividades de información, difusión y comunicación, que permita proyectar una imagen favorable del Instituto.

⊕ **FUNCIONES:**

1. Consolidar y desarrollar el Plan comunicacional Institucional
2. Coordinar con las diferentes instancias del Instituto el desarrollo de actividades de interés institucional.
3. Coordinar la compilación de información para la elaboración de revistas, boletines de prensa, así como, revisar la formulación y redacción del material editorial e informativo.
4. Diseñar y proponer la logística de distribución de folletos, trípticos revistas y demás publicaciones donde se den a conocer las principales actividades desarrolladas por el ISRI.
5. Integrar y promover la información institucional para su difusión en los medios de comunicación, dando el seguimiento correspondiente.
6. Diseñar campañas de difusión, así como intervenir en la obtención de tiempos oficiales, contratación y supervisión de los medios de comunicación que se requieran para su realización.
7. Verificar la captura del material videografico y fotográfico, para la realización de archivos sobre diversas acciones realizadas por las diferentes áreas. Mantener actualizado el centro de documentación.
8. Organizar y controlar el monitoreo de noticiarios en televisión, radiodifusión y prensa, así como evaluar la información que ese difunde en los medios de comunicación, relacionada al sector salud.
9. Mantener actualizado el sitio Web Institucional
10. Gestión del Talento Humano

⊕ **ORGANIZACIÓN:**

La unidad está conformada por:

- A. 1 plaza de Jefe de la Unidad de Comunicaciones
- B. 1 plaza de Técnicos Administrativos I

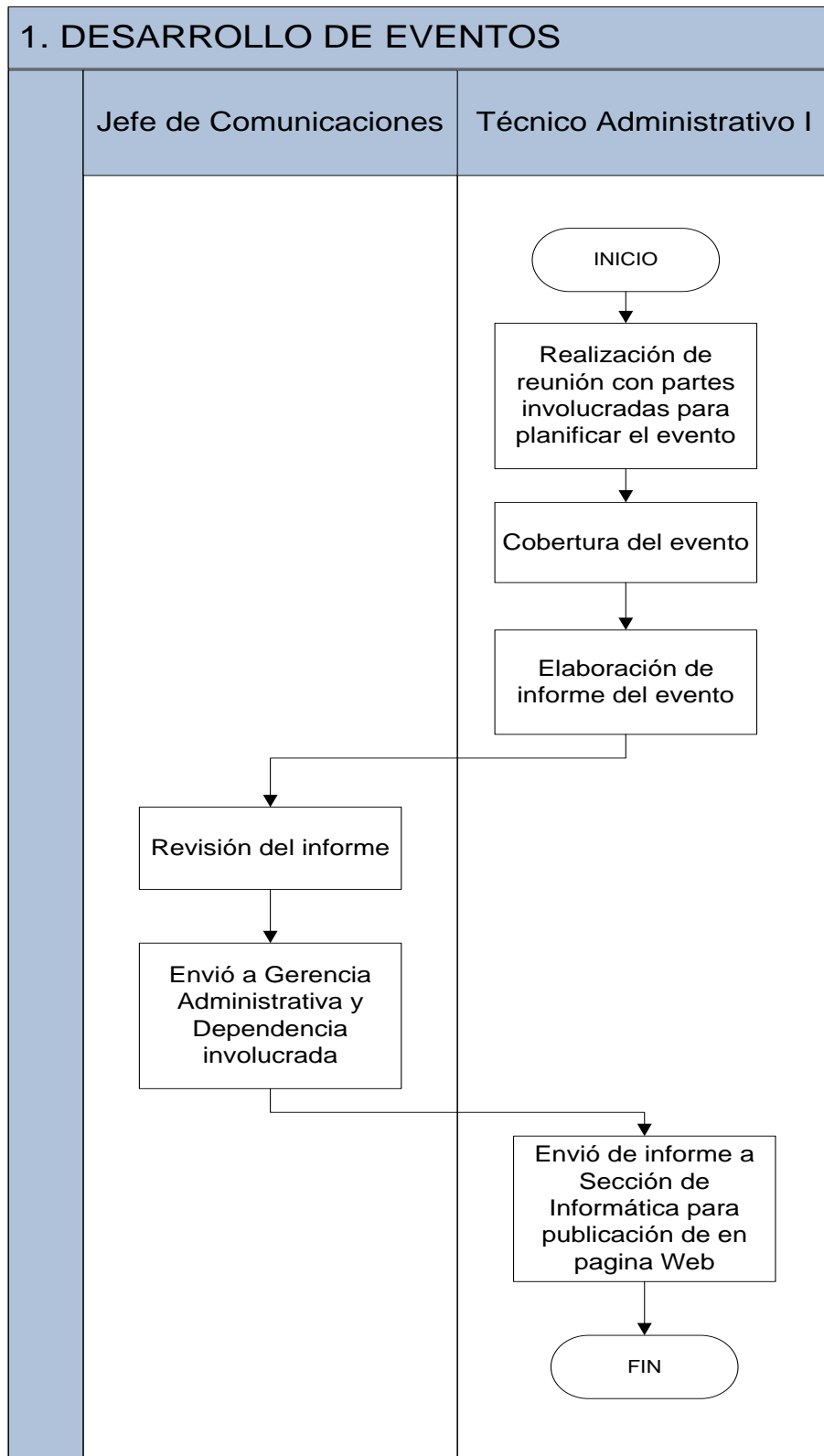
2.2.7.2 Procedimientos de Comunicaciones:

1. **Desarrollo de eventos:** consiste en realizar la programación de los eventos que se realizaran en la institución así como la cobertura de los mismos y su correspondiente informe de lo acontecido en los mismos.

- Programación de los eventos
- Cubertura de los eventos

- Informe del desarrollo del evento
 - Enviar a dependencias
2. **Consolidación de la información de diferentes áreas de la institución:** consiste en elaborar un informe conglomerado de los hechos más relevantes en las diferentes dependencias de la Institución.
- Solicitar información a dependencias del ISRI
 - Revisar y seleccionar información
 - Elaborar informe
 - Enviar a Gerencia Administrativa y dependencias
3. **Elaboración de material de difusión interna y externa:** consiste en elaborar el material de difusión en los cuales contenga información relevante del acontecer de la Institución, los eventos, proyectos, programas en los que participa y dar a conocer la labor que realiza a diario en el campo de la rehabilitación.
- Revisión del Informe de Consolidación de información
 - Selección de información relevantes
 - Elaboración de material de difusión
 - Envío de material a dependencias y usuarios externos
4. **Medios de comunicación:** consiste en mantener contacto con los medios de comunicación para dar a conocer a la institución y establecer relaciones con otras organizaciones las cuales se dediquen al mismo ámbito de trabajo.
- Revisión de la acontecimientos del ISRI
 - Realizar contactos con los medios de comunicación.

⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE COMUNICACIONES



**2. CONSOLIDACION DE LA INFORMACION DE DIFERENTES
AREAS DE LA INSTITUCIÓN**

Jefe de Comunicaciones

Técnico Administrativo I

INICIO

Solicitud a cada
dependencia la
información
considerada
relevante

Recepción y
Revisión de la
información

Selección de la
Información

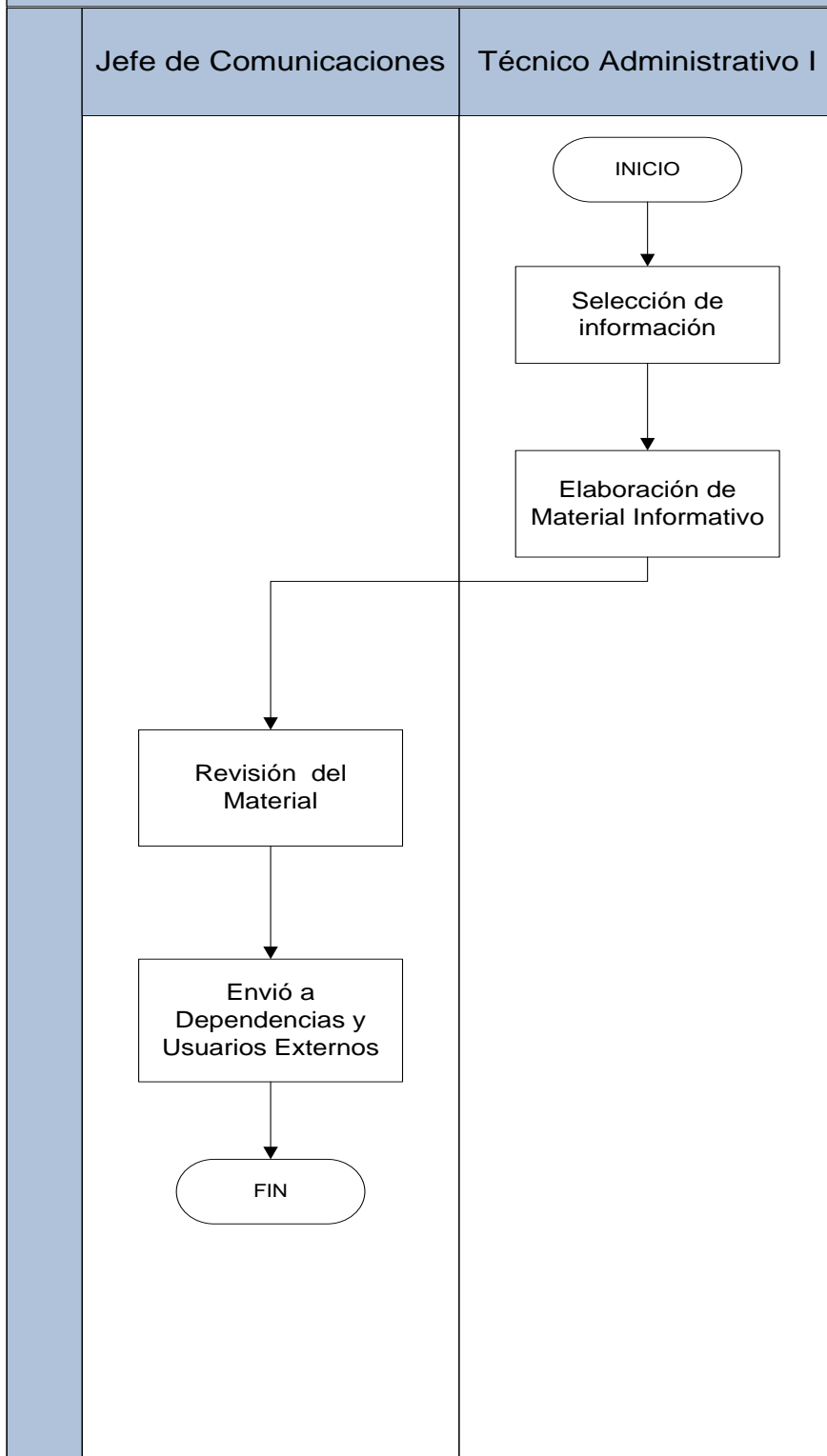
Elaboración del
informe con
información
seleccionada

Revisión del informe
por jefe de Unidad
de Comunicaciones

Envió a Sección de
informática para su
publicación en
pagina Web

FIN

3. ELABORACION DE MATERIAL DE DIFUSIÓN INTERNA Y EXTERNA



4. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Técnico Administrativo I

INICIO

Revisión de la información
de Acontecimientos del
ISRI

Realización de llamadas a
los medios de
comunicación para
participarles de los
eventos internos a
desarrollarse dentro de la
misma

FIN

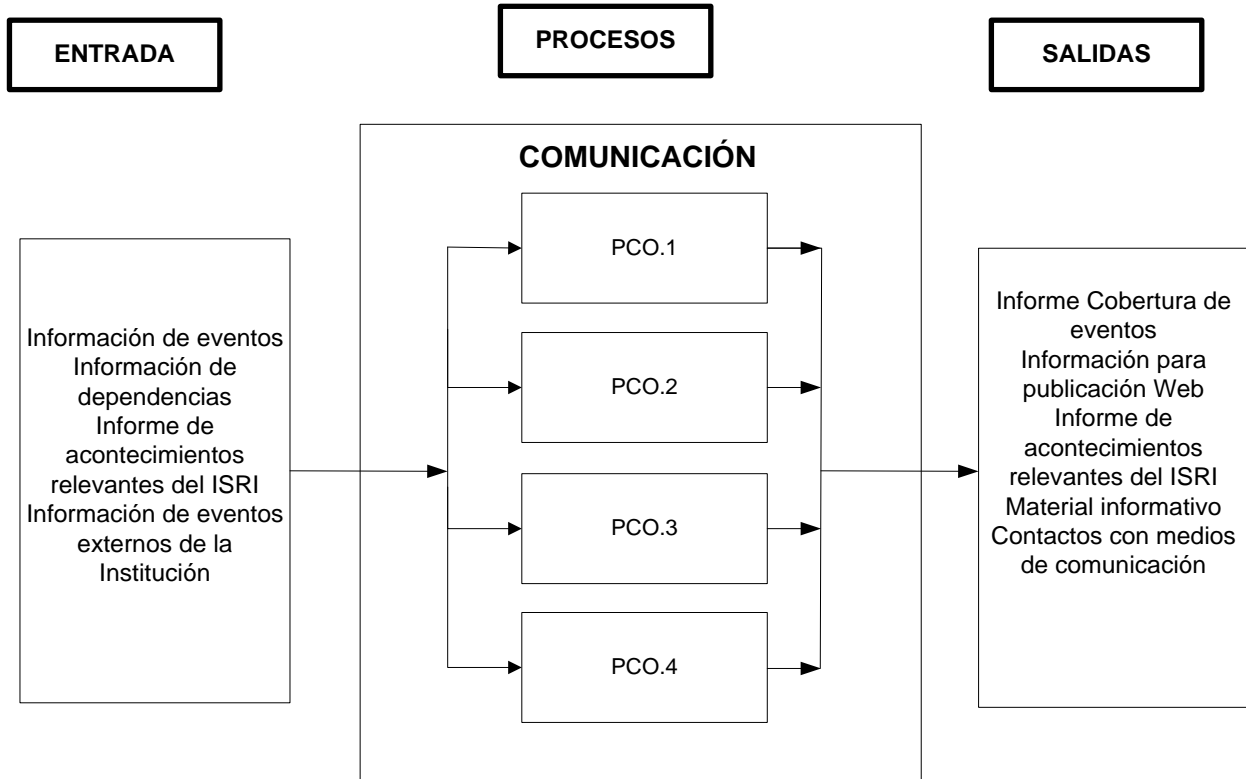
2.2.7.3 *Mapa de Procesos y Procedimientos de Comunicaciones:*

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimiento de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 27: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Comunicaciones

7. Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad Comunicaciones	
Proceso: Comunicación	
PCO.1	1. Desarrollo de eventos
PCO.2	2. Consolidación de la información de diferentes áreas de la institución
PCO.3	3. Elaboración de material de difusión interna y externa
PCO.4	4. Medios de comunicación

MAPA DE PROCESOS 7: COMUNICACIONES



2.2.8 CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES:

2.2.8.1 Generalidades de Control de Bienes Institucionales:

⊕ **OBJETIVO DE LA UNIDAD:** Responsable de controlar los bienes muebles e inmuebles del ISRI; proporcionando la asesoría requerida a las jefaturas y centros de atención en el proceso de levantamiento y verificación física de los inventarios, a fin de mantener un control administrativo adecuado de los activos fijos incluyendo un registro físico de cada bien que estará en concordancia con los estados financieros.

⊕ **FUNCIONES:**

1. Brindar asesoría a las diferentes dependencias de acuerdo a los requerimientos
2. Elaboración de actas de verificación de bienes
3. Elaborar informe de bienes extraviados
4. Elaboración de inventario de bienes muebles e inmuebles
5. Revisión y verificación de inventarios remitidos por las diferentes dependencias
6. Coordinar la comisión de valuó de bienes susceptibles de venta
7. Elaboración y apoyo de bases para subasta pública
8. Proponer actualizaciones a lineamientos y normativas de la Unidad
9. Verificar que los bienes adquiridos sean incorporados a los inventarios
10. Coordinar el traslado de bienes a subastar al centro de acopio
11. Entregar los bienes subastados al ganador de subasta pública
12. Gestión del talento humano

⊕ **ORGANIZACIÓN:**

La unidad está conformada por:

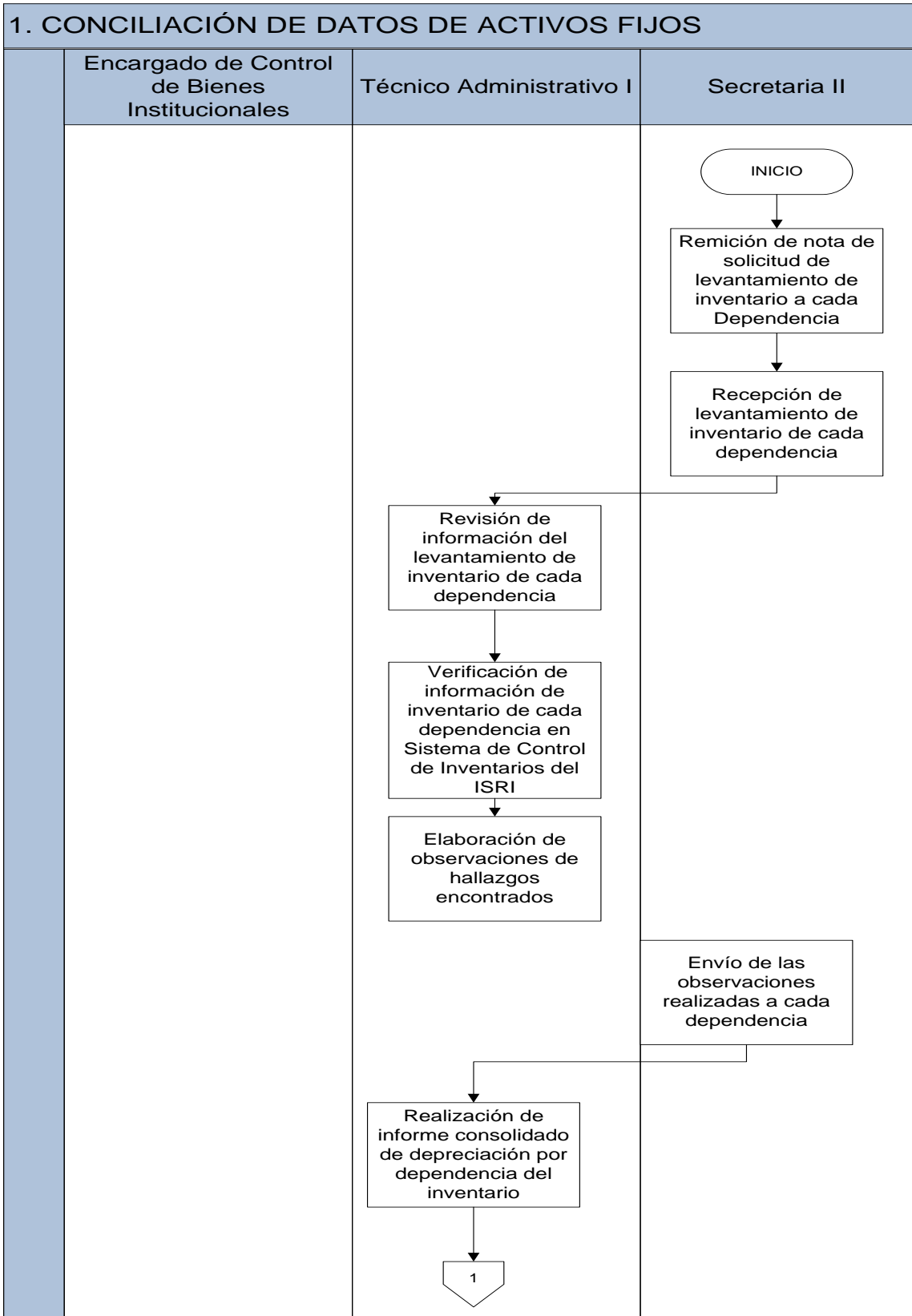
- 1 plaza de Encargado de control de Bienes Institucionales
- 1 plaza de Técnico Administrativo I
- 1 plaza de Secretaria II

2.2.8.2 Procedimientos de Control de Bienes Institucionales:

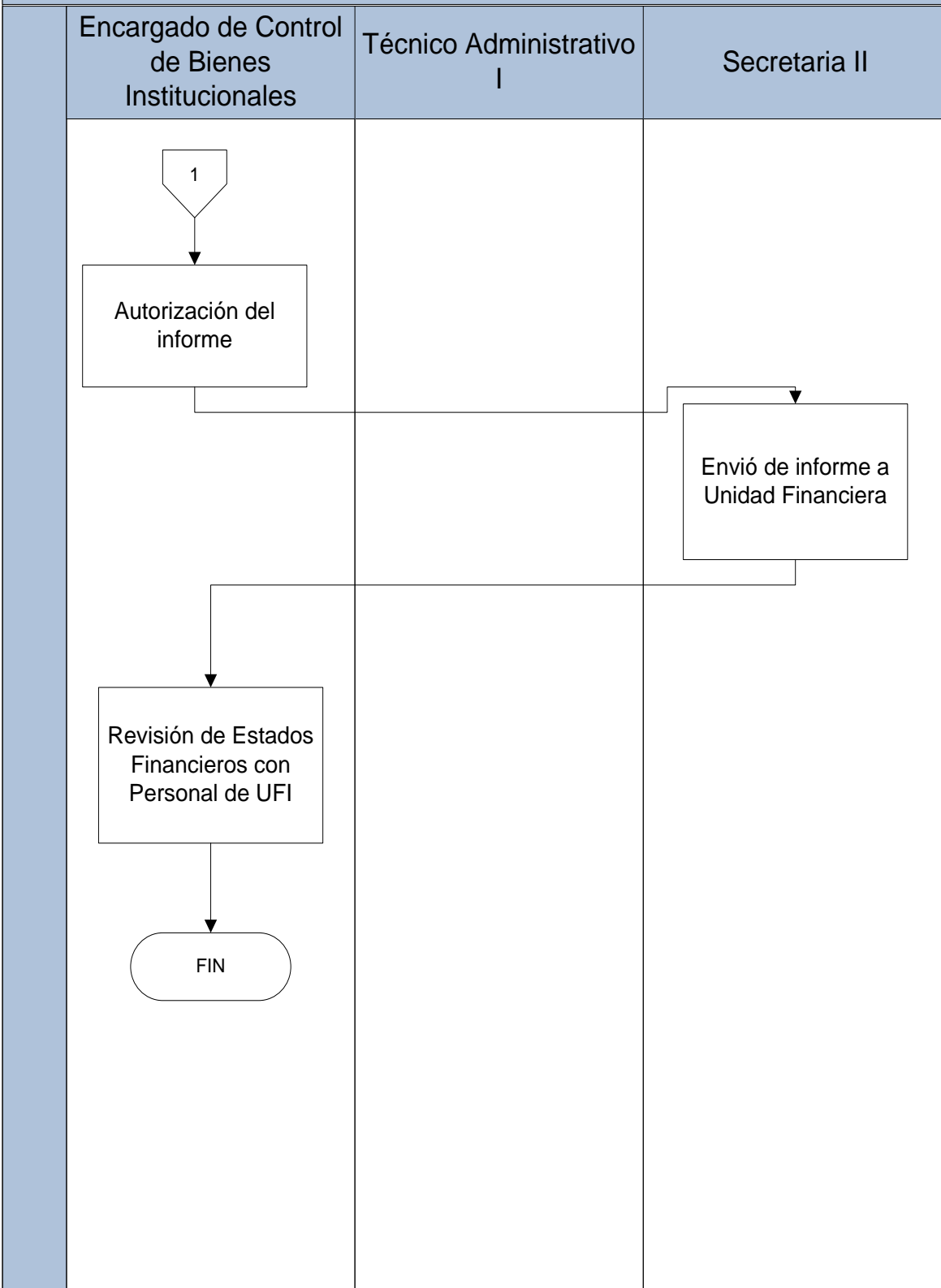
1. **Conciliación de datos de activos fijos:** consiste en el levantamiento de información sobre los activos fijos que se encuentran en cada una de las dependencias de la institución.
 - Solicitar a dependencia levantamiento de inventario
 - Recibir información y realizar una revisión de la misma
 - Verificación de la información reportada versus el Sistema De Control de Bienes
 - Realizar informe con hallazgos
 - Enviar informe a Unidad Financiera
2. **Verificación física de inventario a dependencias del ISRI:** consiste en verificar físicamente el inventario reportado en el informe por las diferentes dependencias.

- Programar verificaciones de cada dependencia
 - Realizar la verificación y elaborar informe de hallazgos encontrados
 - Remitir informe a dependencia correspondiente y a Gerencia Administrativa
3. **Descarga de bienes:** consiste en realizar los procedimientos involucrados en la descarga de bienes adquiridos para la institución.
- Recibir la lista de bienes a descargar
 - Gestionar la autorización oficial de dicha lista por Gerencia Administrativa
 - Verificar el buen estado y calidad de los mismos previo a la descarga
 - Elaborar un informe de los bienes
4. **Subasta de bienes:** consiste en realizar la venta bajo subasta de los bienes que la institución que están en desuso.
- Recibir lista de bienes a Subastar
 - Designar comisión de Subasta
 - Determinar bases de Subasta
 - Realización de Subasta
 - Entrega de Bienes a personas Adjudicadas
 - Realizar Informe de Subasta
5. **Asignación de códigos de inventario:** consiste en asignar los códigos de los bienes que ingresan al almacén para formar parte del inventario de la institución.
- Recibir lista de bienes ingresados al almacén
 - Registrar lista de bienes y asignación de código
 - Elaboración de informe de bienes y sus códigos asignados
6. **Valúo de bienes inmuebles:** consiste en determinar el valor de los bienes inmuebles que forman parte de la institución.
- Elaborar informe de bienes inmueble
 - Valúo de bienes del inmuebles por empresa externa
 - Actualización de valores de bienes inmuebles

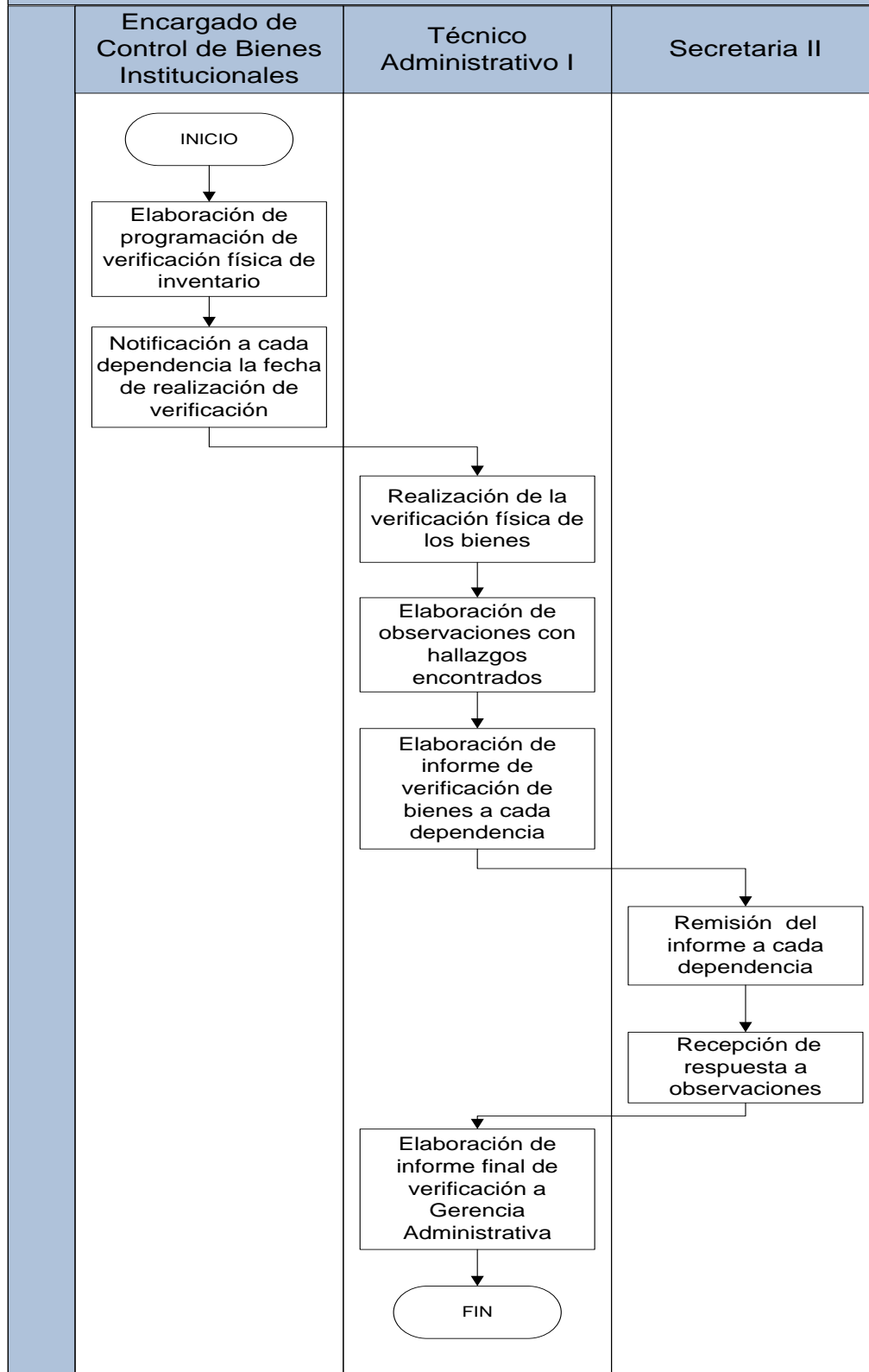
⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES



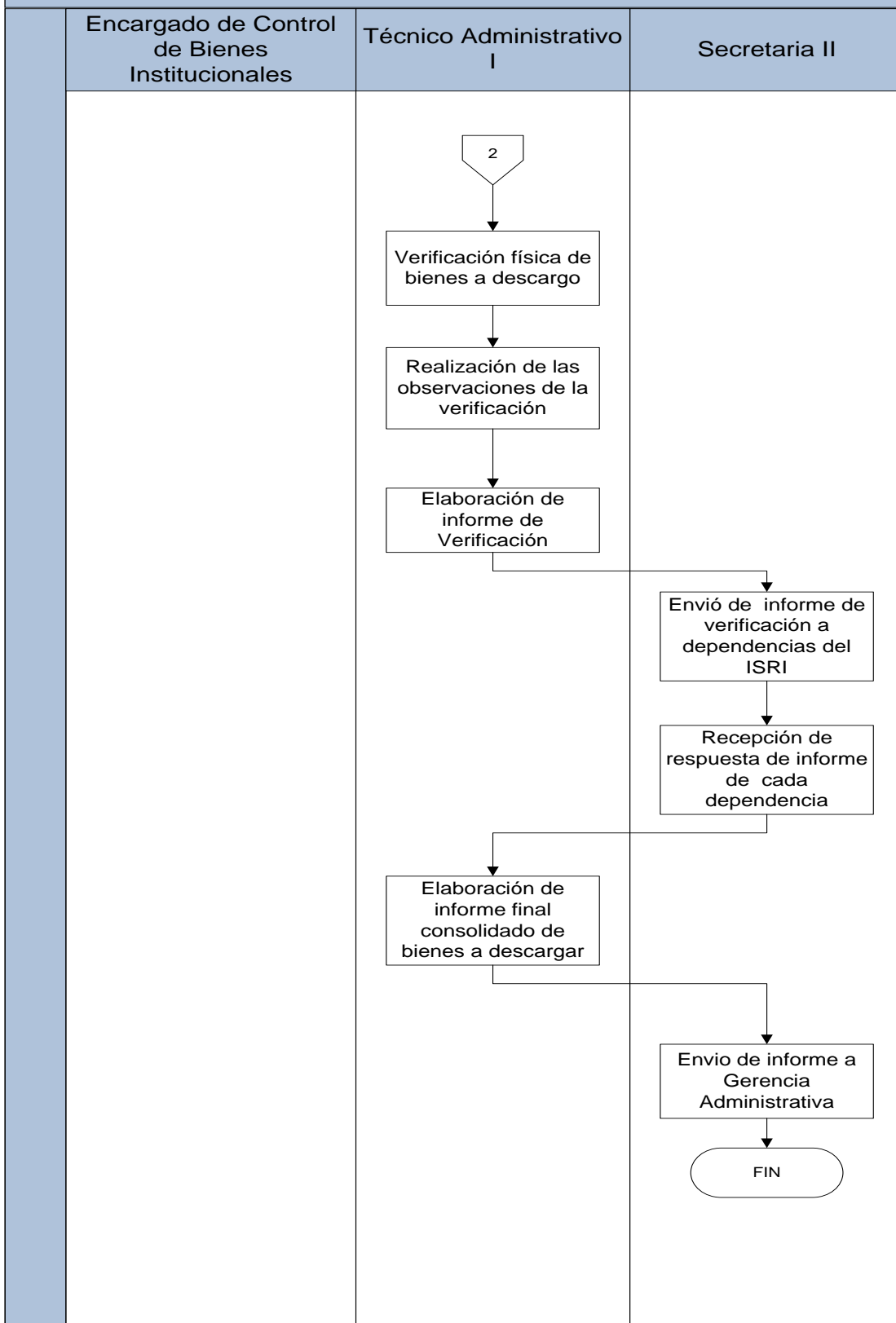
1. CONCILIACIÓN DE DATOS DE ACTIVOS FIJOS



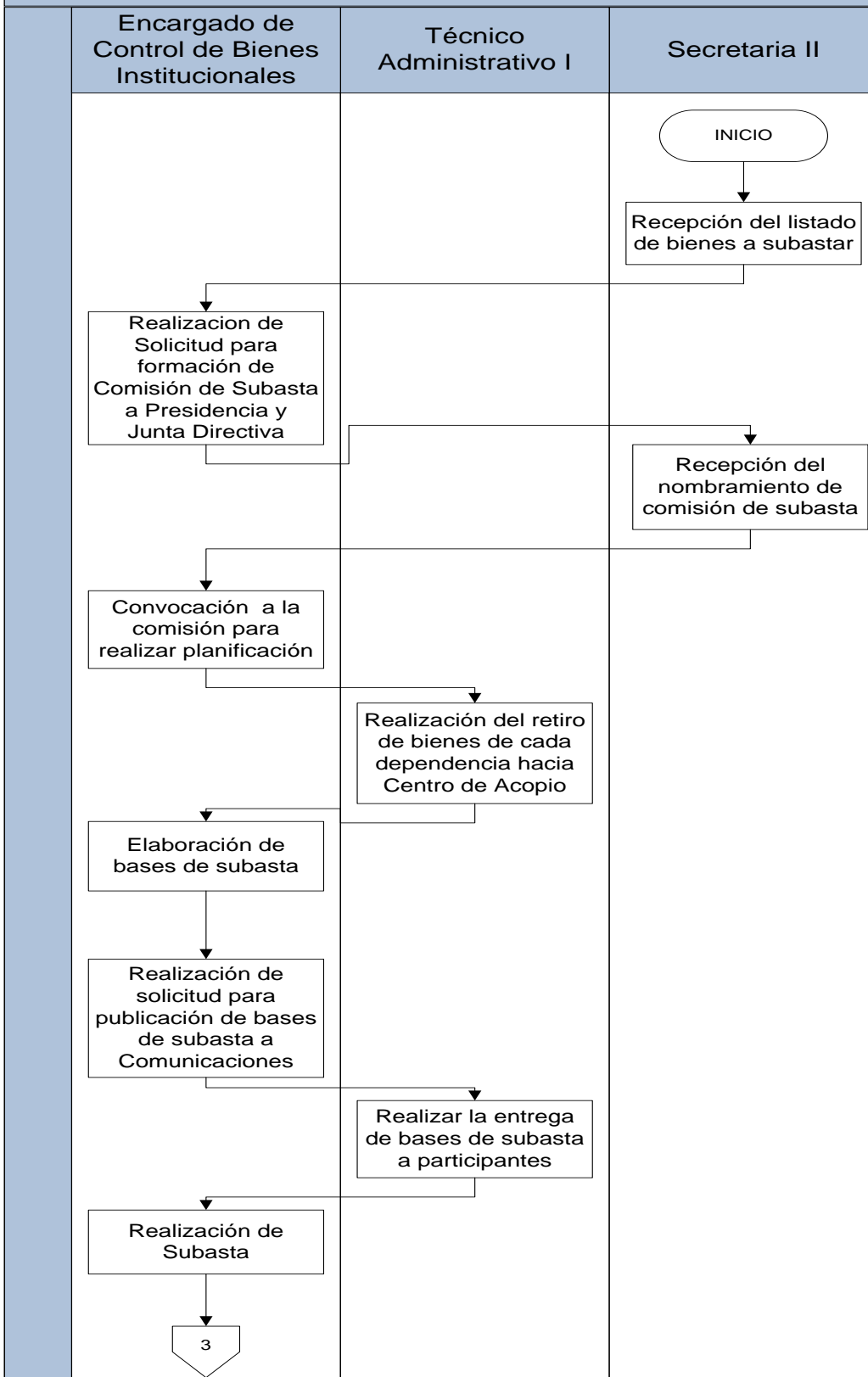
2. VERIFICACIÓN FÍSICA DE INVENTARIOS A DEPENDENCIA



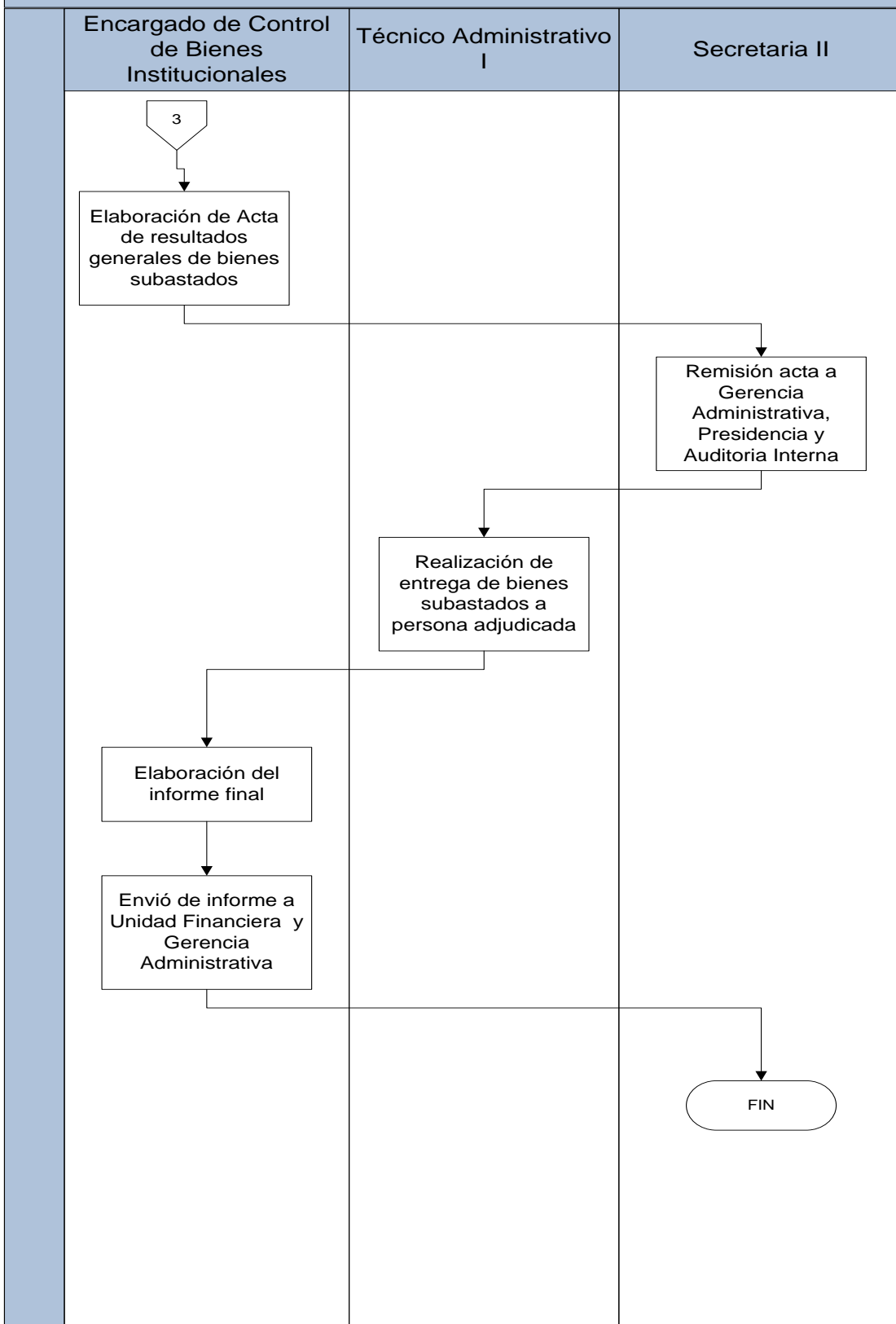
3. DESCARGA DE BIENES



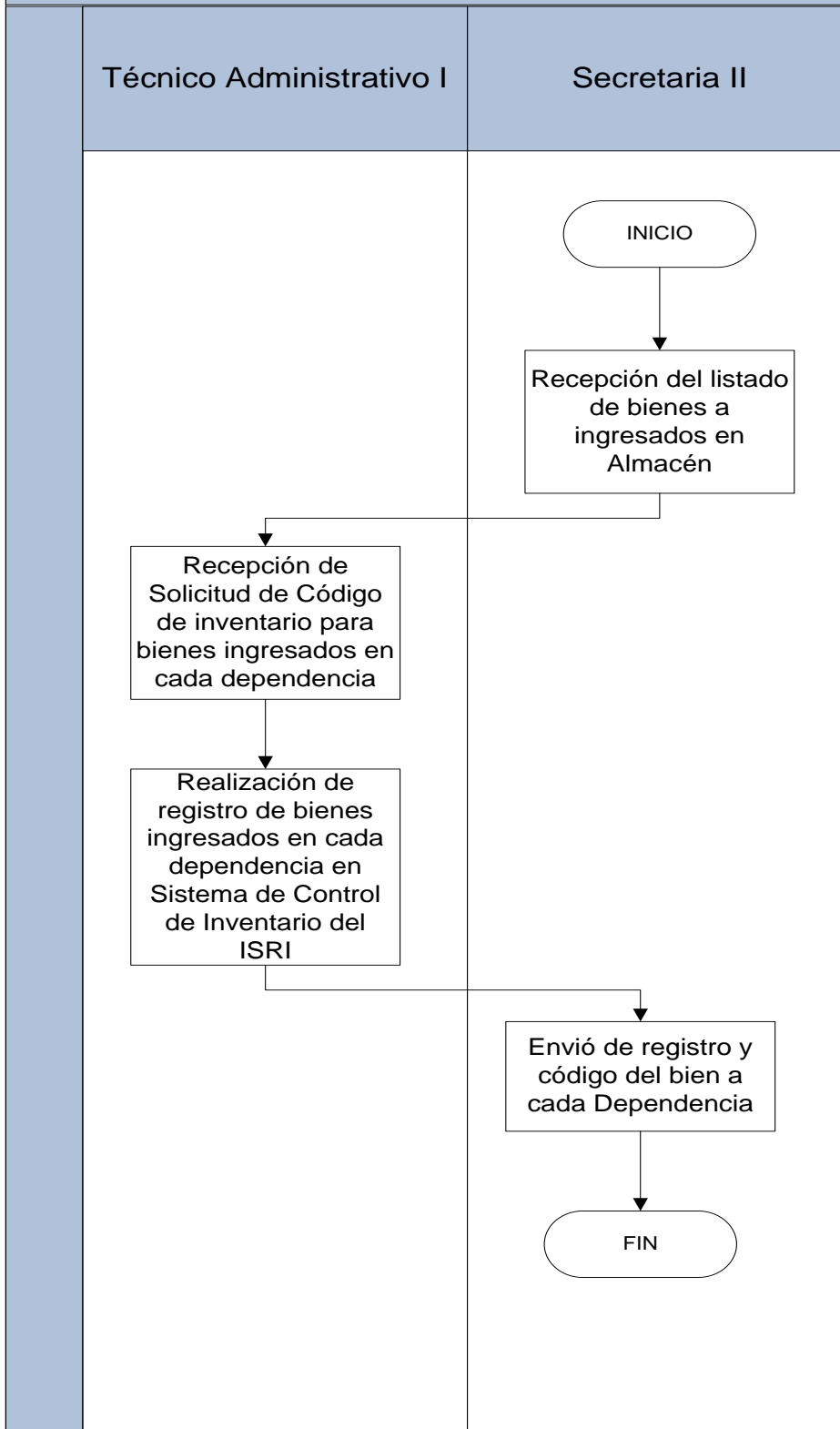
4. SUBASTA DE BIENES



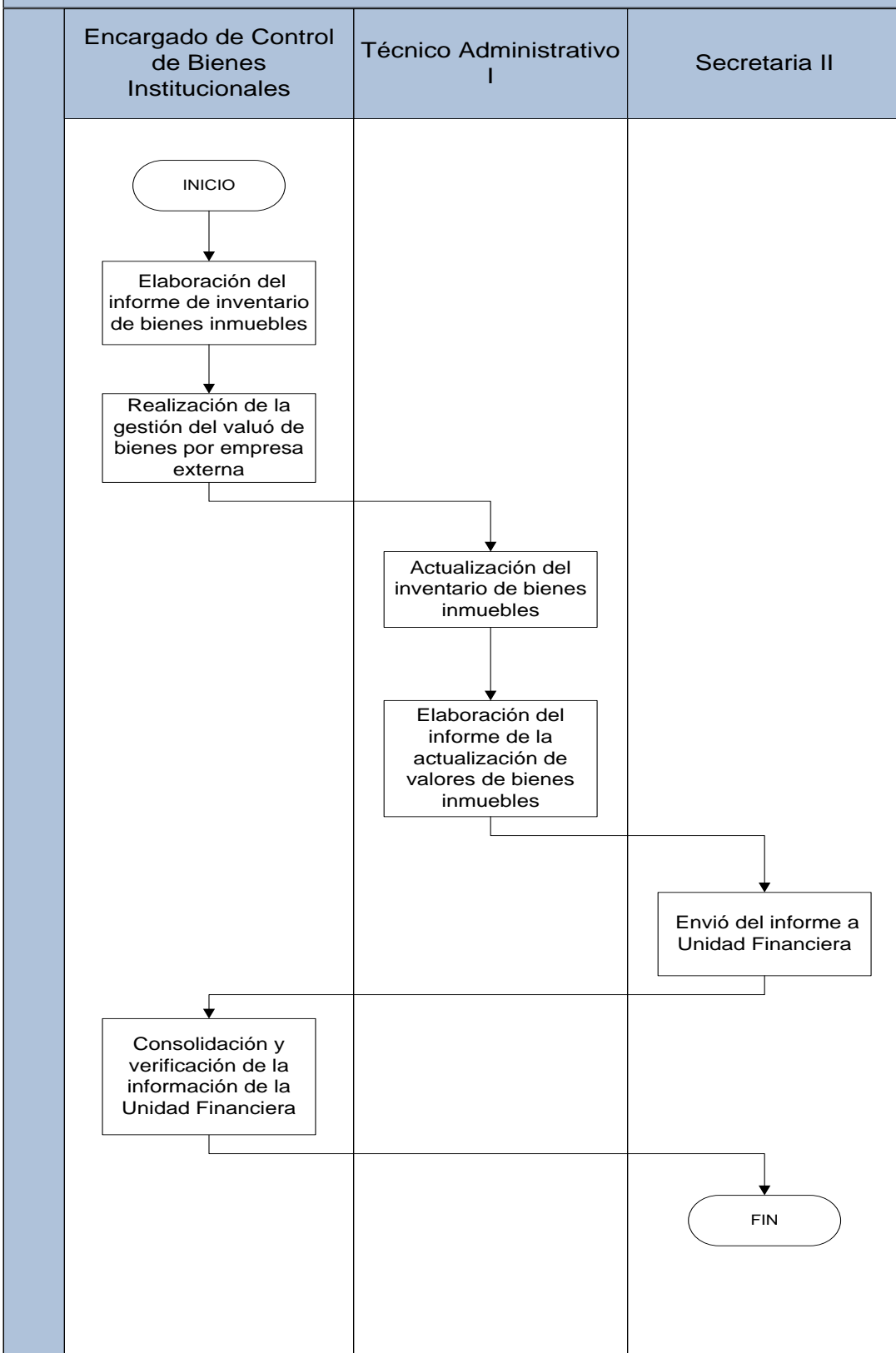
4. SUBASTA DE BIENES



5. ASIGNACIÓN DE CODIGOS DE INVENTARIO



6. VALUO DE BIENES INMUEBLES

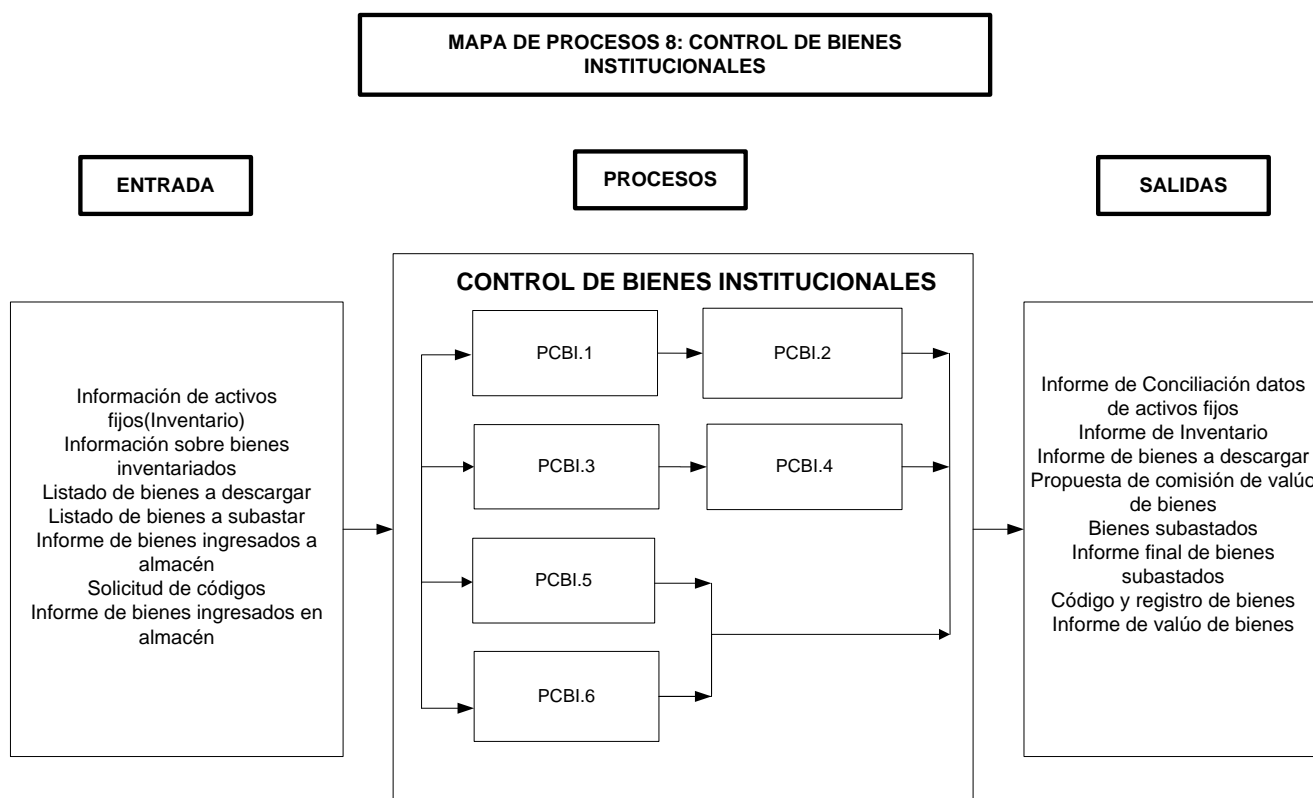


2.2.8.3 Mapa de Procesos y procedimientos de Control de Bienes Institucionales:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 28: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Control de Bienes Institucionales

Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Control de Bienes Institucionales	
Proceso: Control de Bienes Institucionales	
PCBI.1	1. Conciliación de datos de activos fijos
PCBI.2	2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI
PCBI.3	3. Descarga de bienes
PCBI.4	4. Subasta de bienes
PCBI.5	5. Asignación de códigos de inventario
PCBI.6	6. Valuó de bienes inmuebles



2.2.9 SERVICIOS GENERALES

2.2.9.1 Generalidades de Servicios Generales:

⊕ OBJETIVO:

Planificar, Dirigir y Coordinar las secciones que integran servicios generales, proporcionando una respuesta oportuna a los requerimientos de las unidades organizativas del Instituto.

⊕ FUNCIONES:

1. Garantizar el mantenimiento preventivo programado y correctivo oportuno, que permita el funcionamiento continuo de equipos, mobiliario e infraestructura.
2. Garantizar la custodia de bienes muebles e inmuebles institucionales a través de una vigilancia efectiva.
3. Proporcionar transporte a usuarios internos y externos manteniendo la flota vehicular en óptimas condiciones.
4. Colaborar con el levantamiento de inventarios de la Administración Superior.
5. Gestionar el apoyo inherente al área con Instituciones públicas o privadas.
6. Gestión del talento humano

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

- A. 1 plaza de Jefe de Departamento Servicios Generales
- B. 1 plaza de Coordinador Mantenimiento
- C. 1 plaza de Coordinador Transporte
- D. 1 plaza de Coordinador Vigilancia
- E. 1 plaza de Secretaria III
- F. 1 plaza de Auxiliar de Servicios Generales II
- G. 8 plaza de Auxiliar de Servicios Generales
- H. 7 plaza de Técnico en Mantenimiento
- I. 9 plaza de Portero Vigilante
- J. 11 plaza de Motorista

2.2.9.2 Procedimientos de Servicios Generales:

⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

- **Sección de Reproducción de Documentos**
 1. **Reproducción de documentos:** consiste en reproducir los documentos que son solicitados en las diferentes dependencias y Jefaturas del ISRI.
 - Recibir Solicitud de documentos a reproducir
 - Revisar Especificaciones de la solicitud y de documento a reproducir

- Realizar Reproducción de Documentos
 - Entregar Documentos Reproducidos
- **Sección de Transporte**
 1. **Transporte de Usuarios del ISRI:** consiste en brindar el servicio de Transporte a usuarios del ISRI de los diferentes Centros de Atención según la solicitud realizada.
 - Recepción de solicitud de Transporte del Centro de Atención
 - Ubicar a usuario en ruta y Unidad designada
 - Elaborar Informe de Servicio de Transporte
 2. **Transporte de Personal del ISRI programado:** consiste en brindar el servicio de transporte para el personal del ISRI previamente programado.
 - Recepción de Solicitud de Transporte de las diferentes dependencias
 - Elaborar programación de la semana
 - Notificar la programación a Motorista
 - Registrar Salidas de Vehículos y Control de Motoristas
 3. **Transporte de Personal del ISRI no programado:** consiste en brindar el servicio de transporte para el personal del ISRI según solicitud de dependencias y disponibilidad de unidades vehiculares.
 - Recepción de Solicitud de Transporte de las diferentes dependencias
 - Autorización y Asignación de Vehículo según disponibilidad
 - Registro y archivo de Solicitudes
 - Registrar Salidas Diarias
 4. **Mantenimiento de Vehículos:** consiste en dar mantenimiento a todas las unidades vehiculares pertenecientes a la Institución con el fin de que se encuentren en óptimas condiciones para brindar los servicios de Transporte.
 - Elaborar plan Anual de mantenimiento
 - Realizar Diagnostico de Unidades Vehiculares
 - Elaborar solicitudes de compra o solicitud de servicios especiales
 - Seguimiento de orden de compra o contrato
 - Elaborar Actas de proveedores
 - Elaborar informes respectivos
 5. **Suministro de Combustible:** consiste en elaborar la proyección anual de combustible para todas las unidades vehiculares, para programar las compras que se realizaran según la necesidad de las mismas.
 - Elaborar proyección anual de consumo
 - Programar compras de combustible
 - Solicitar cupones de combustible para abastecimiento de unidades

- Registrar ingreso de combustible en reporte de vehículo
 - Elaborar informe de liquidación de facturas
- **Sección Vigilancia**
 1. **Seguridad y Vigilancia a la Institución:** consiste en el resguardo de la Institución y los bienes muebles e inmuebles que en ella se encuentren.
 - Registrar novedades que ocurran en la institución en Libro de Novedades
 - Elaborar el reporte de actividades diarias
 - Identificar hallazgos relevantes en reporte de actividades diarias
 - Realizar informe de hallazgos
 - Enviar a Gerencias Reporte de Hallazgos
 2. **Retiro e Ingreso de Equipo o Material:** consiste en llevar el registro y control de los ingresos o retiros de equipo o material en la institución, con el objetivo de proteger los bienes o materiales que son propiedad del ISRI, y de controlar el ingreso de las nuevas adjudicaciones.
 - Recepción del formulario de Salida o Ingreso con la respectiva autorización de la Gerencia y Dirección del Centro
 - Identificar el bien o material a retirar o ingresar
 - Autorización de salida o ingreso
 - Registrar hora y fecha de la salida o ingreso
 - Elaborar informe de Salidas/Ingresos
 3. **Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales:** consiste en llevar el control de los permisos del personal del ISRI con misión oficial o permisos de carácter personal.
 - Recepción y revisión de solicitud de permiso
 - Registrar salidas en Libro de Salidas de Personal
 - Autorización de Salida
 - Enviar a Recursos Humanos o Centro de Atención Registro de Salidas
- **Sección Mantenimiento**
 1. **Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo:** consiste en establecer la programación anual y de los trabajos que se realizaran en la institución para mejora de las instalaciones.
 - Establecer el programa anual de trabajo
 - Elaborar la programación semanal de trabajo a realizar
 - Recepción y revisión de órdenes de trabajo
 - Evaluar orden de trabajo para determinar requerimientos específicos

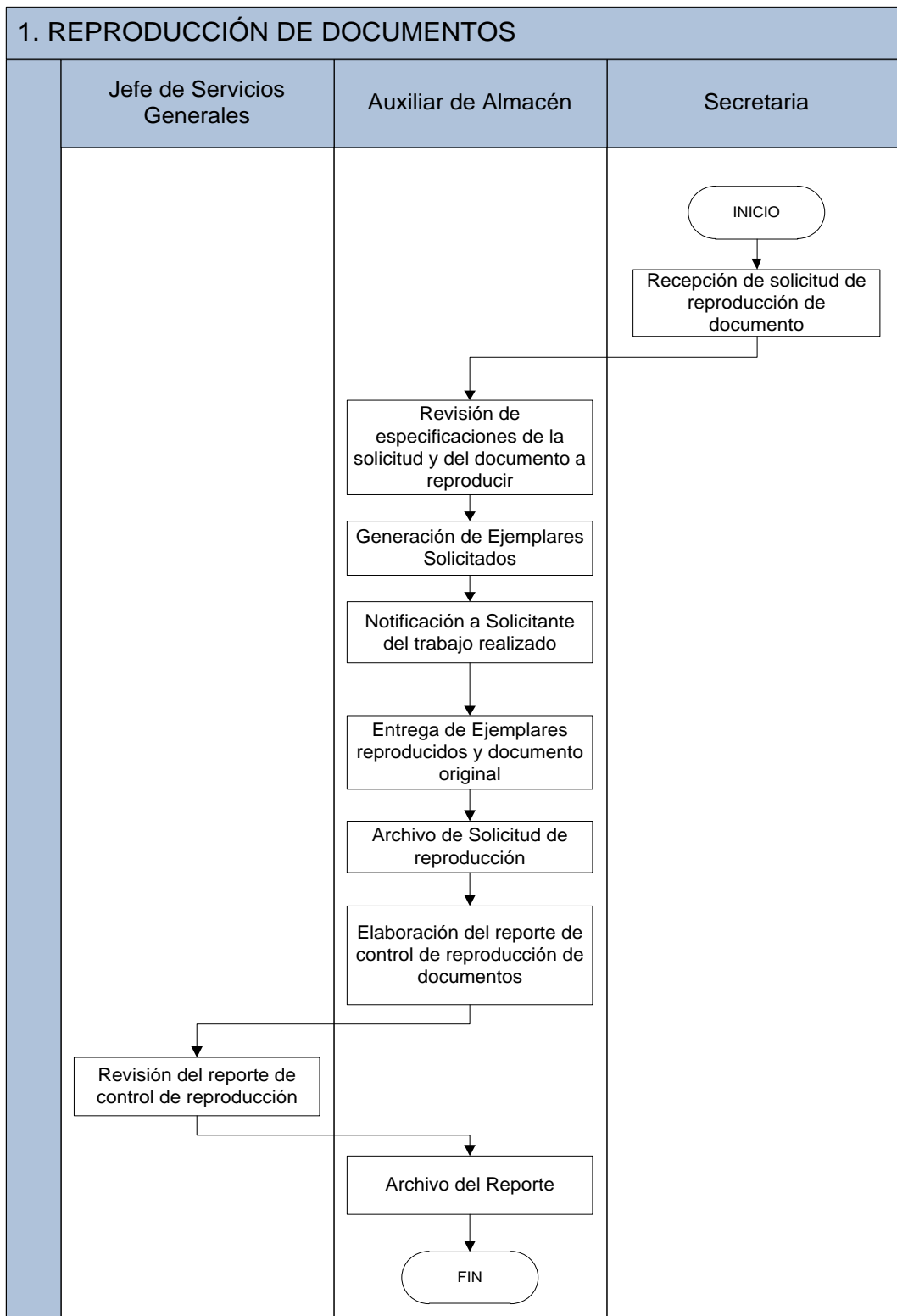
- Ejecución del Trabajo programado
- Supervisión del trabajo realizado
- Cierre de orden de trabajo
- Elaborar informe de órdenes de trabajo realizadas para presentar a Gerencia Administrativa

2. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo: consiste en realizar trabajo: consiste en realizar la planificación anual del trabajo de mantenimiento a la infraestructura y equipo con el fin de prevenir el deterioro del mismo o fallas debido al constante uso.

- Establecer el programa anual de trabajo
- Elaborar la programación semanal de trabajo a realizar
- Generación de órdenes de trabajo en base a programación establecida
- Asignación de Técnico a ejecutar el trabajo
- Evaluar orden de trabajo para determinar requerimientos específicos
- Ejecución del Trabajo programado
- Supervisión del trabajo realizado
- Cierre de orden de trabajo
- Elaborar informe de órdenes de trabajo realizadas para presentar a Gerencia Administrativa

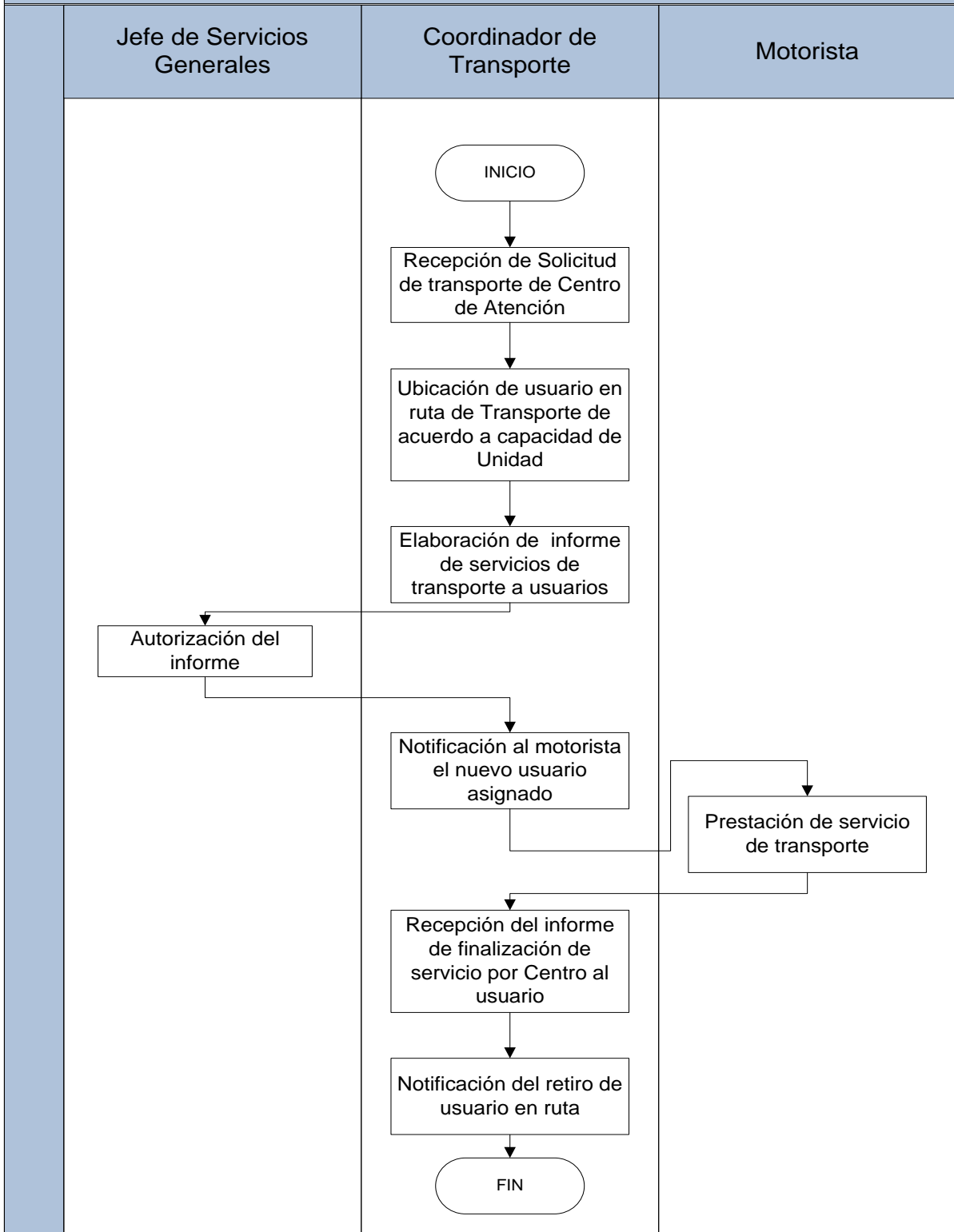
⊕ **DIAGRAMAS DE FLUJO DE LO PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS GENERALES:**

- Sección de Reproducción de Documentos

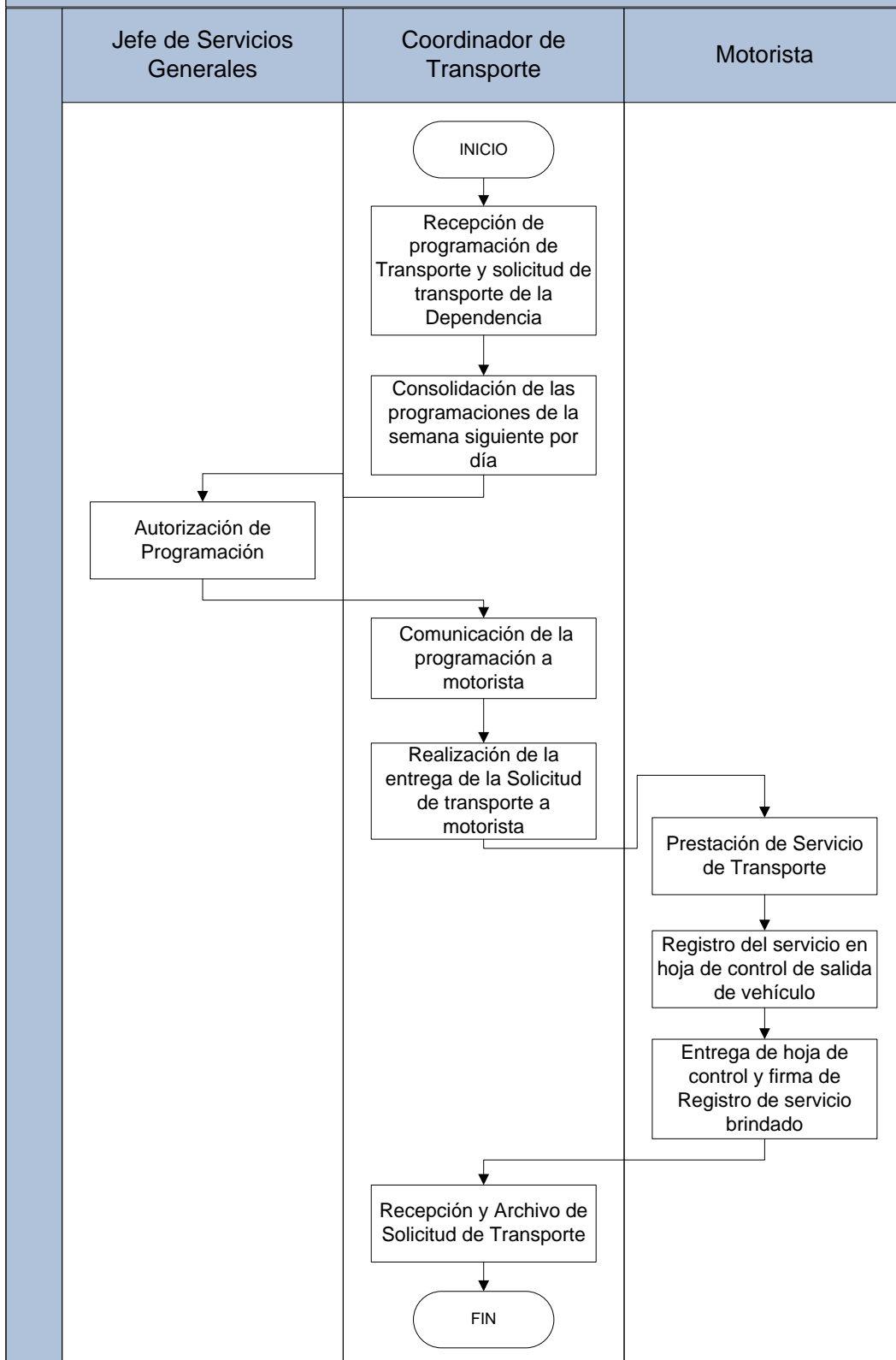


▪ Sección Transporte

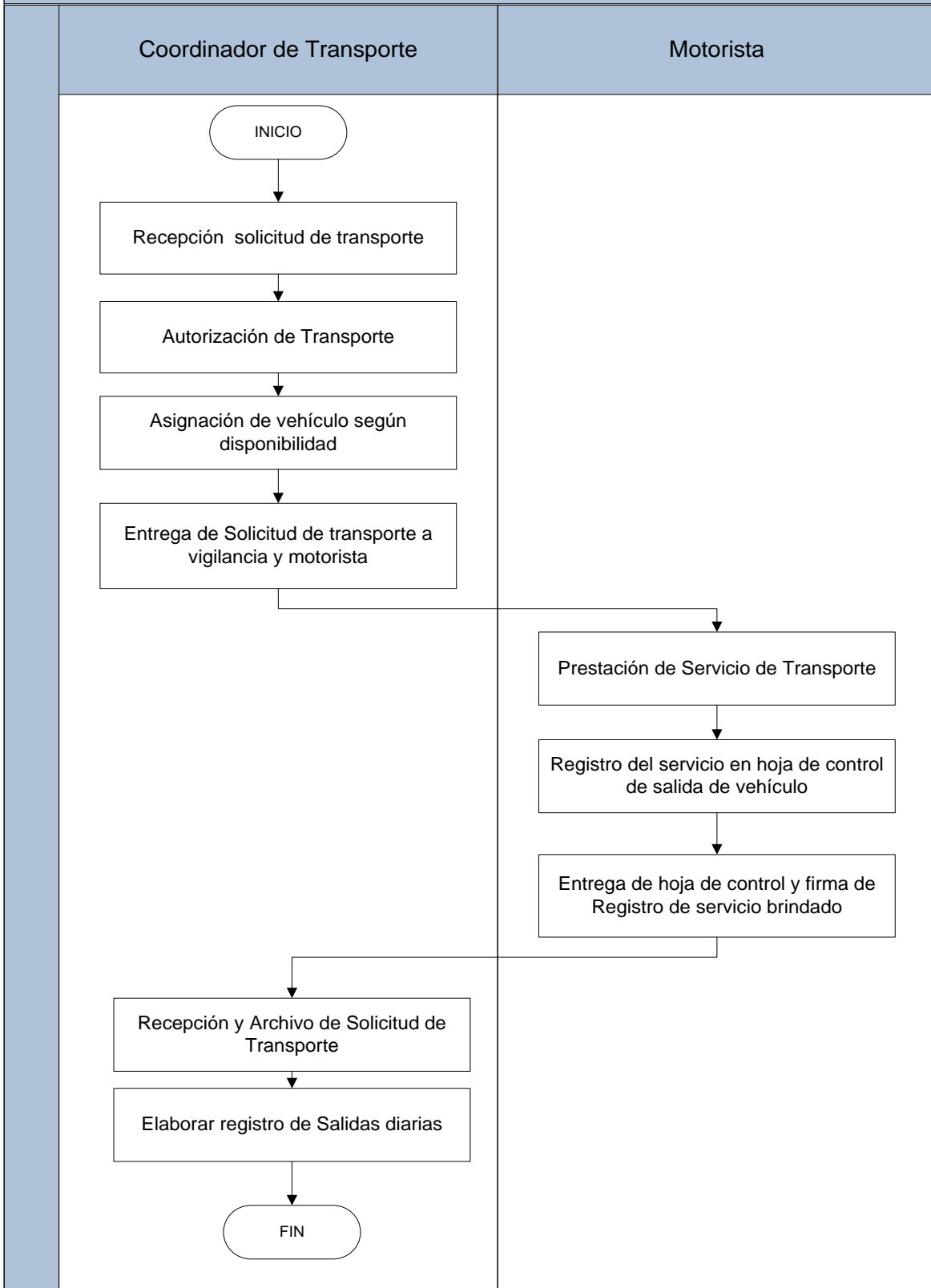
1. TRANSPORTE DE USUARIOS DEL ISRI



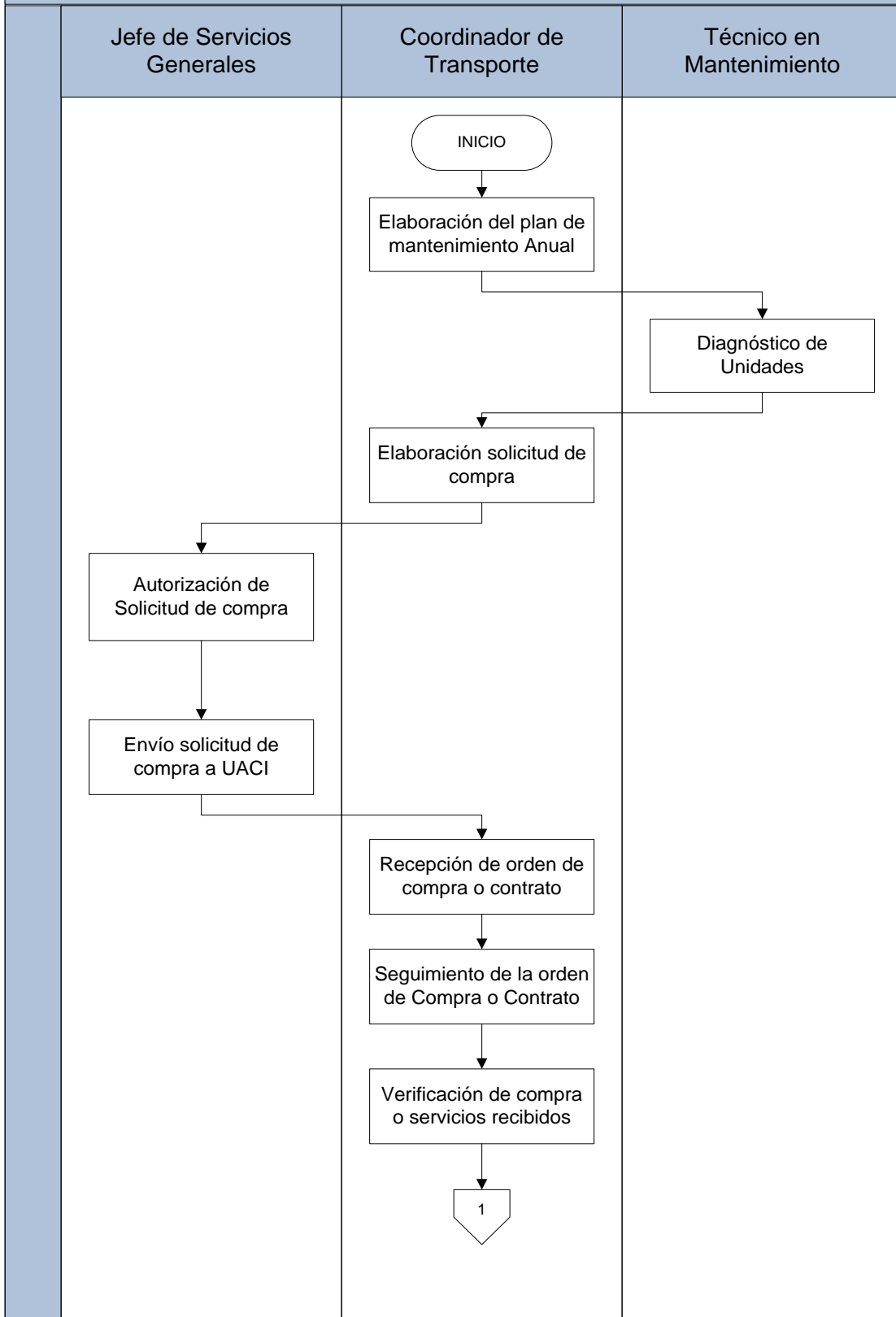
2. TRANSPORTE DE PERSONAL DEL ISRI PROGRAMADO



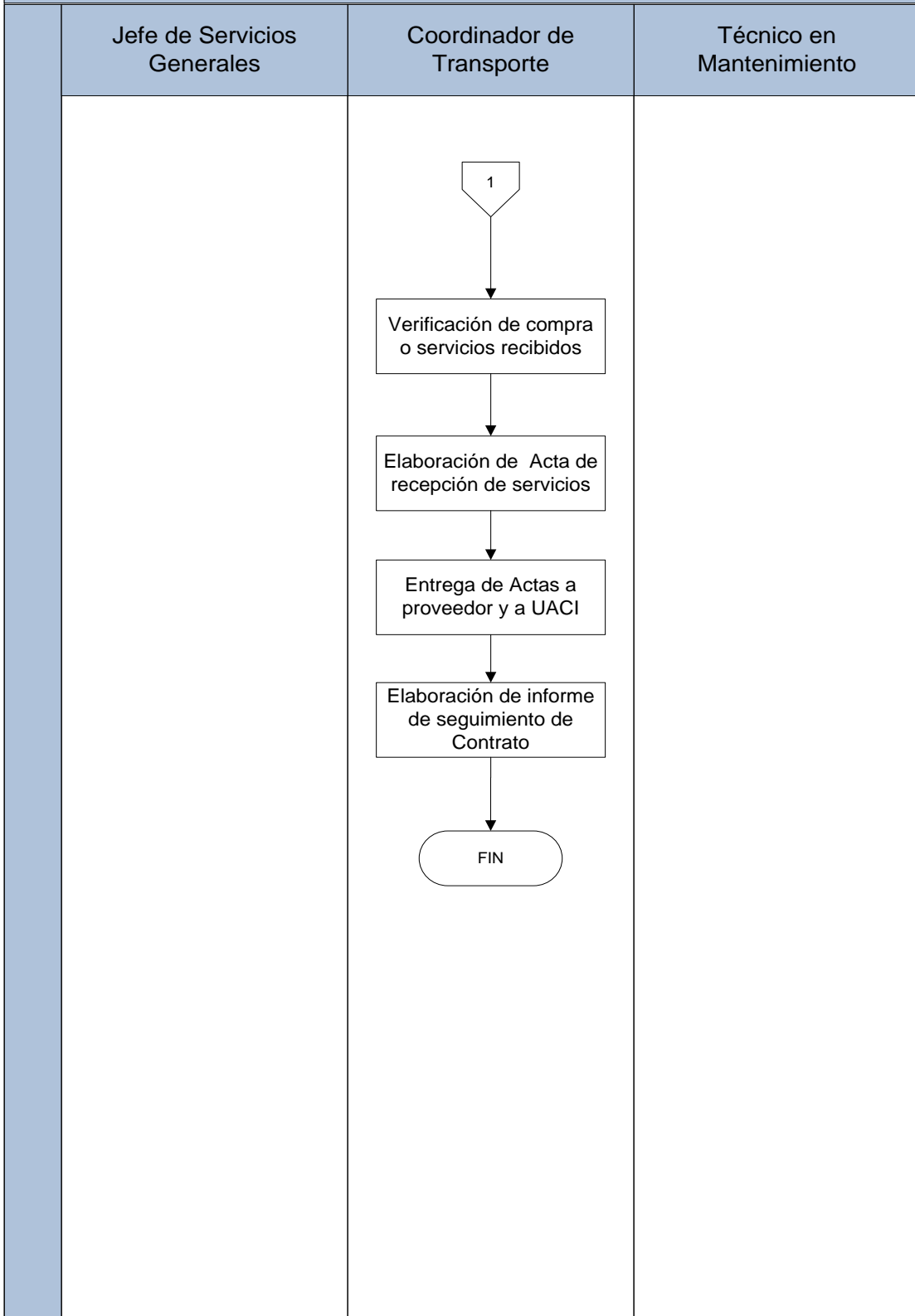
3. TRANSPORTE DE PERSONAL DEL ISRI NO PROGRAMADO



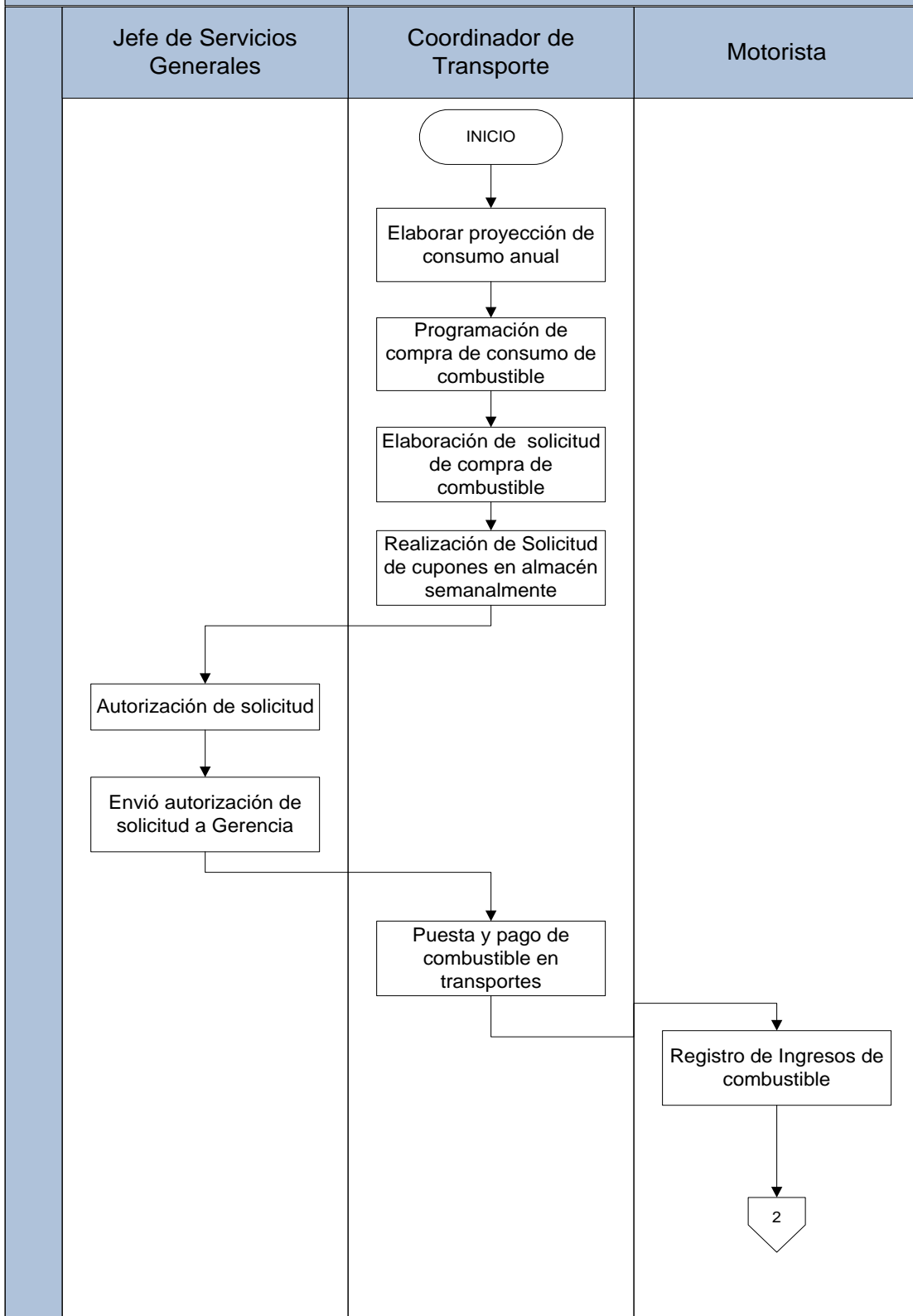
4. MANTENIMIENTO DE VEHICULOS



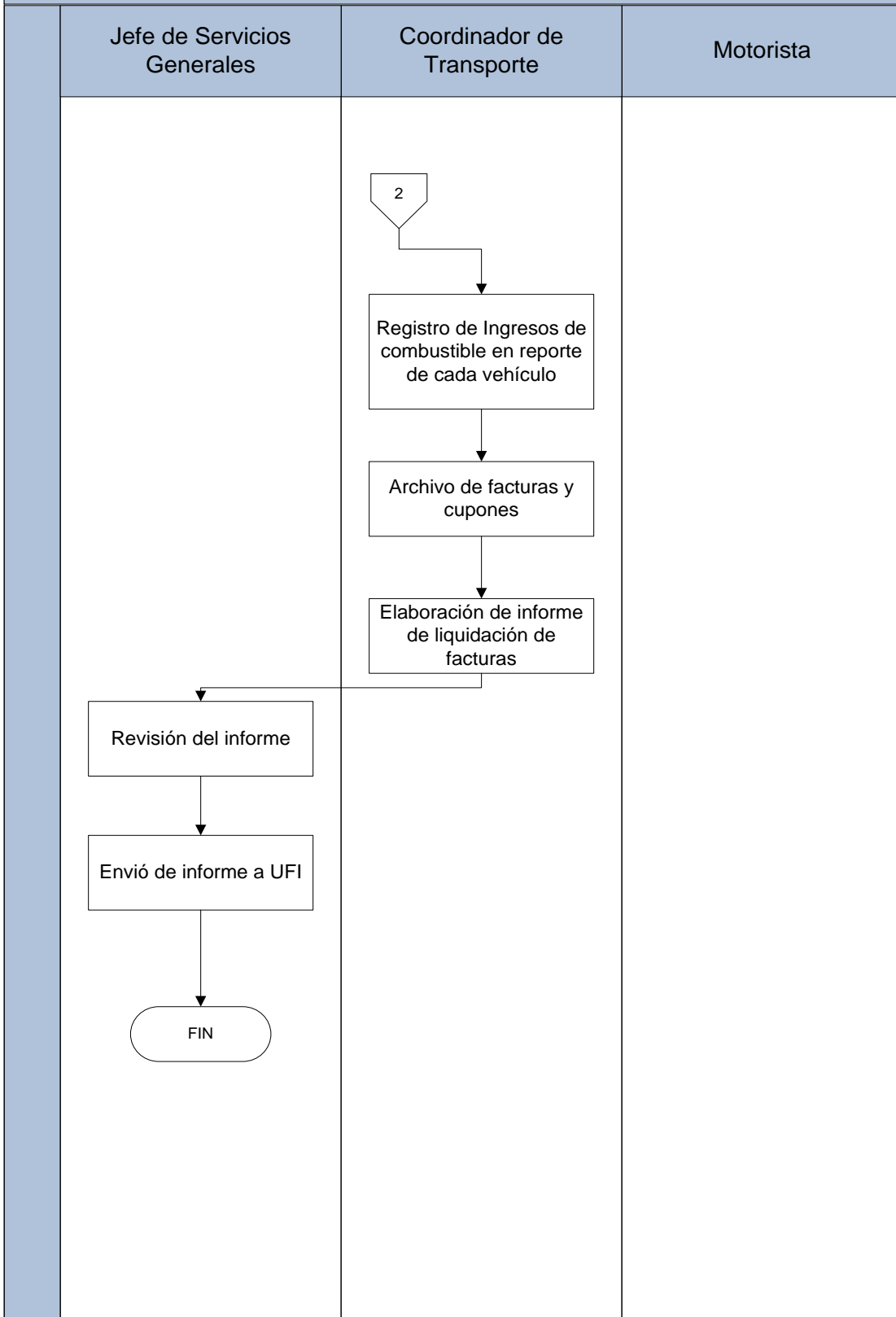
4. MANTENIMIENTO DE VEHICULOS



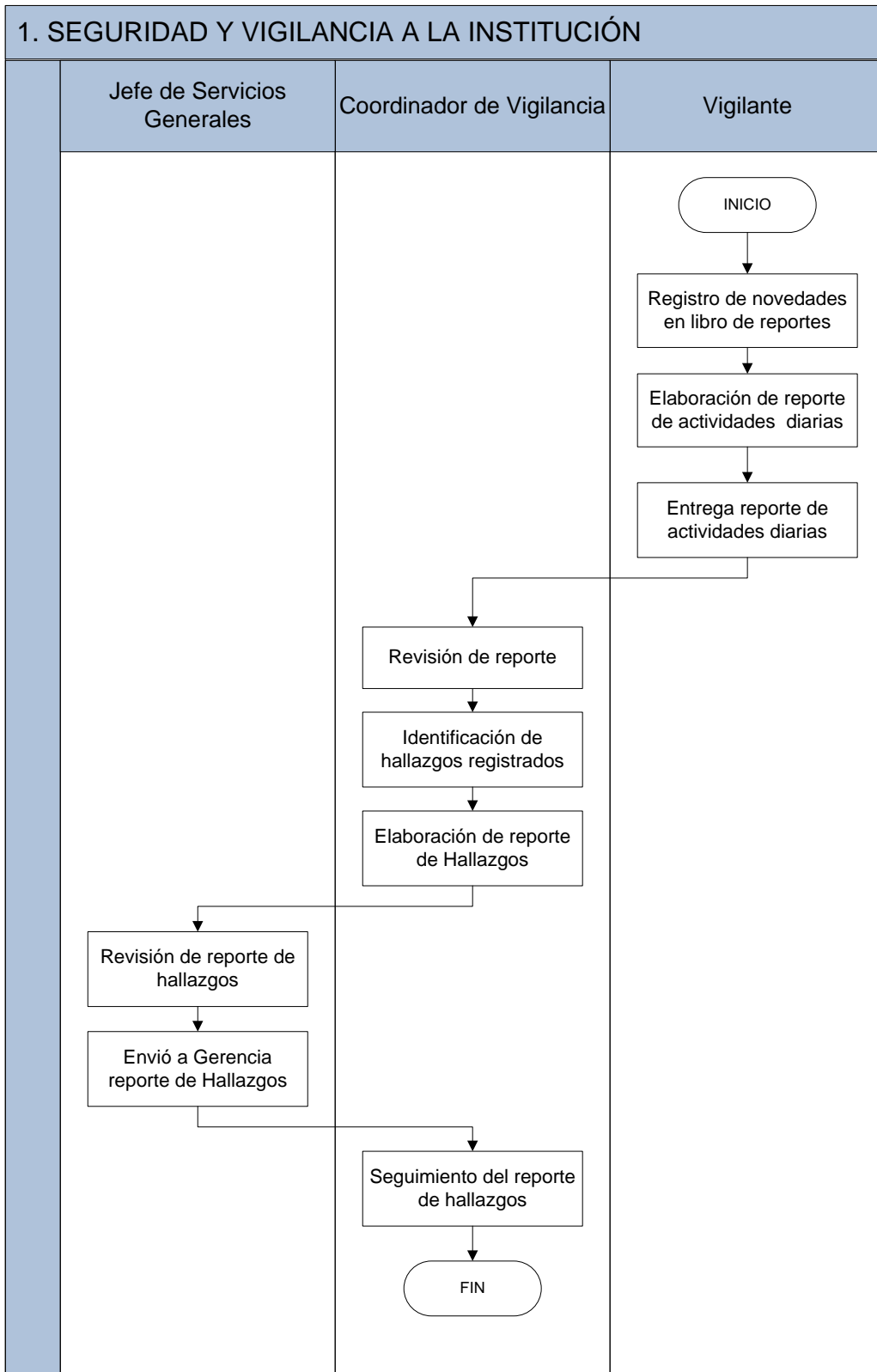
5. SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE



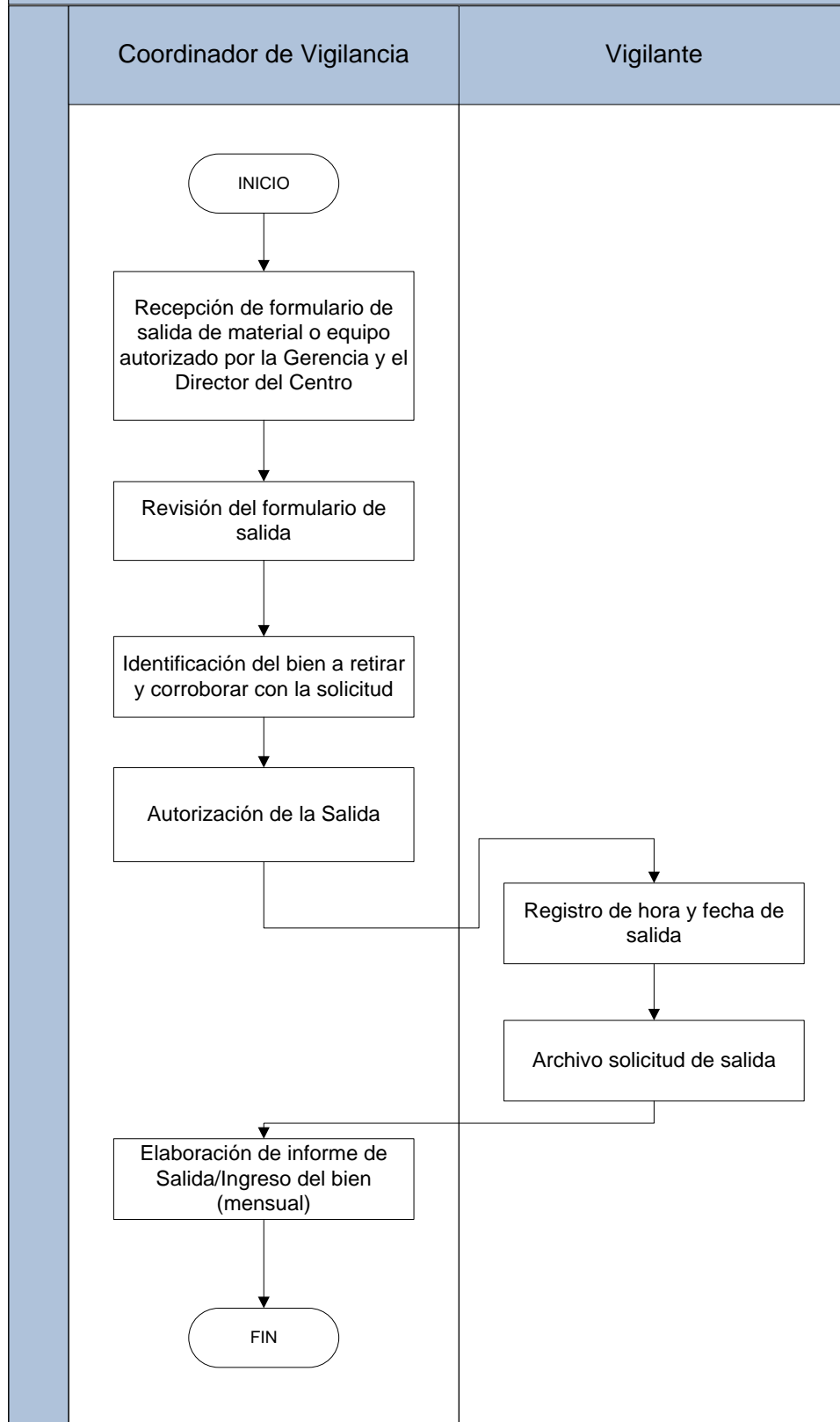
5. SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE



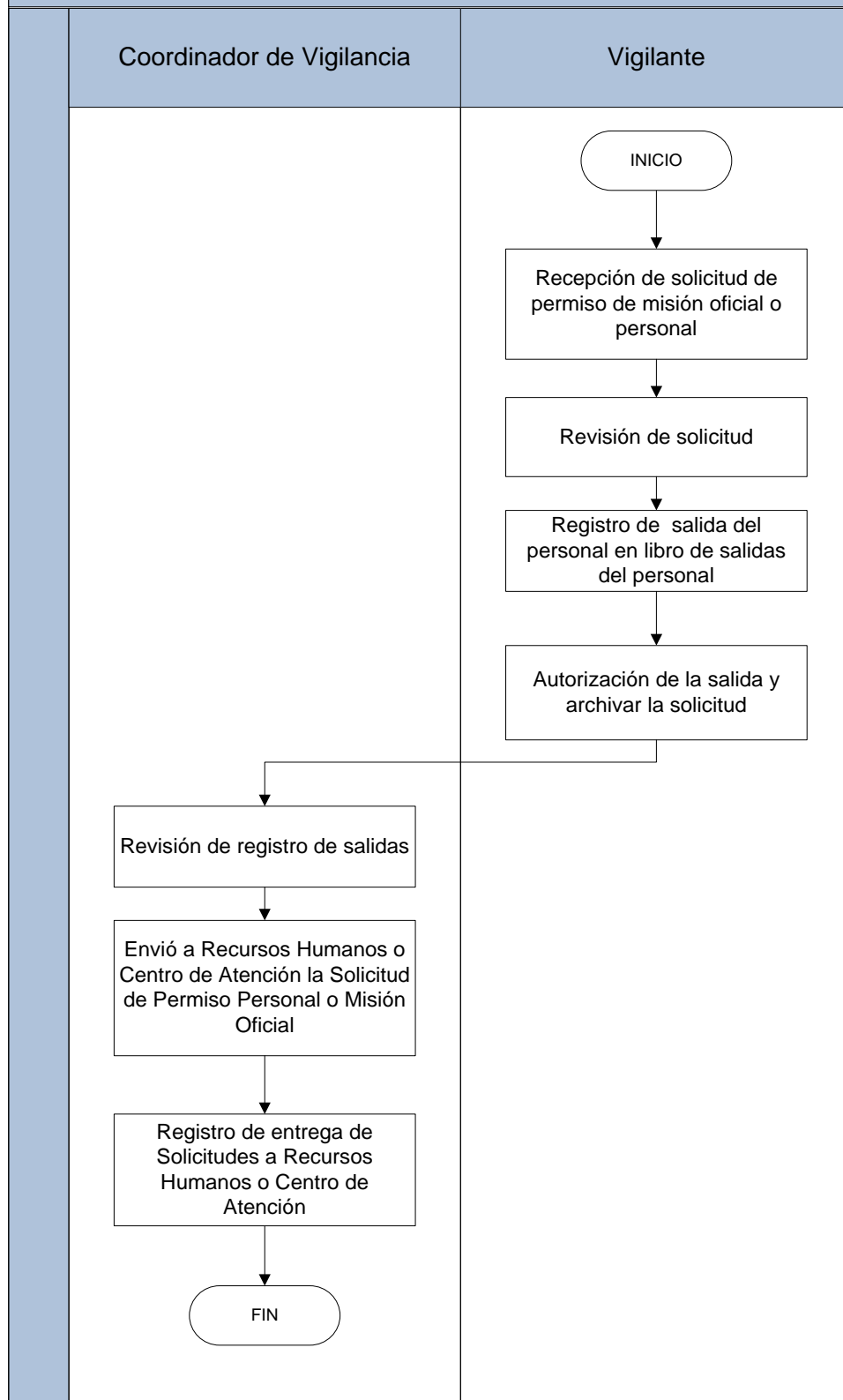
○ Sección Vigilancia



2. RETIRO E INGRESO DE EQUIPO Ó MATERIAL

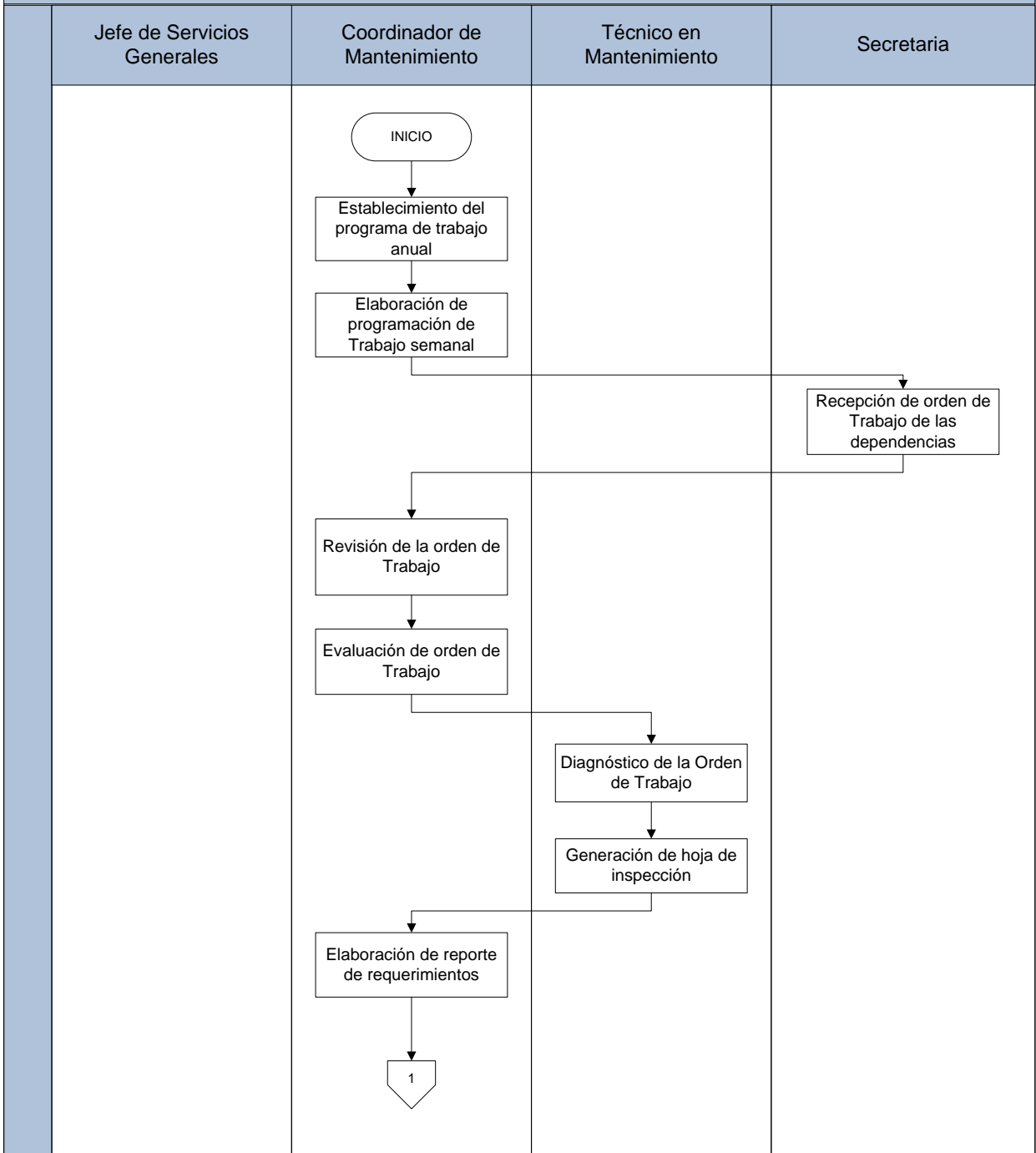


3. REGISTRO DE SALIDA DE PERSONAL CON MISION OFICIAL Y PERMISOS PERSONALES

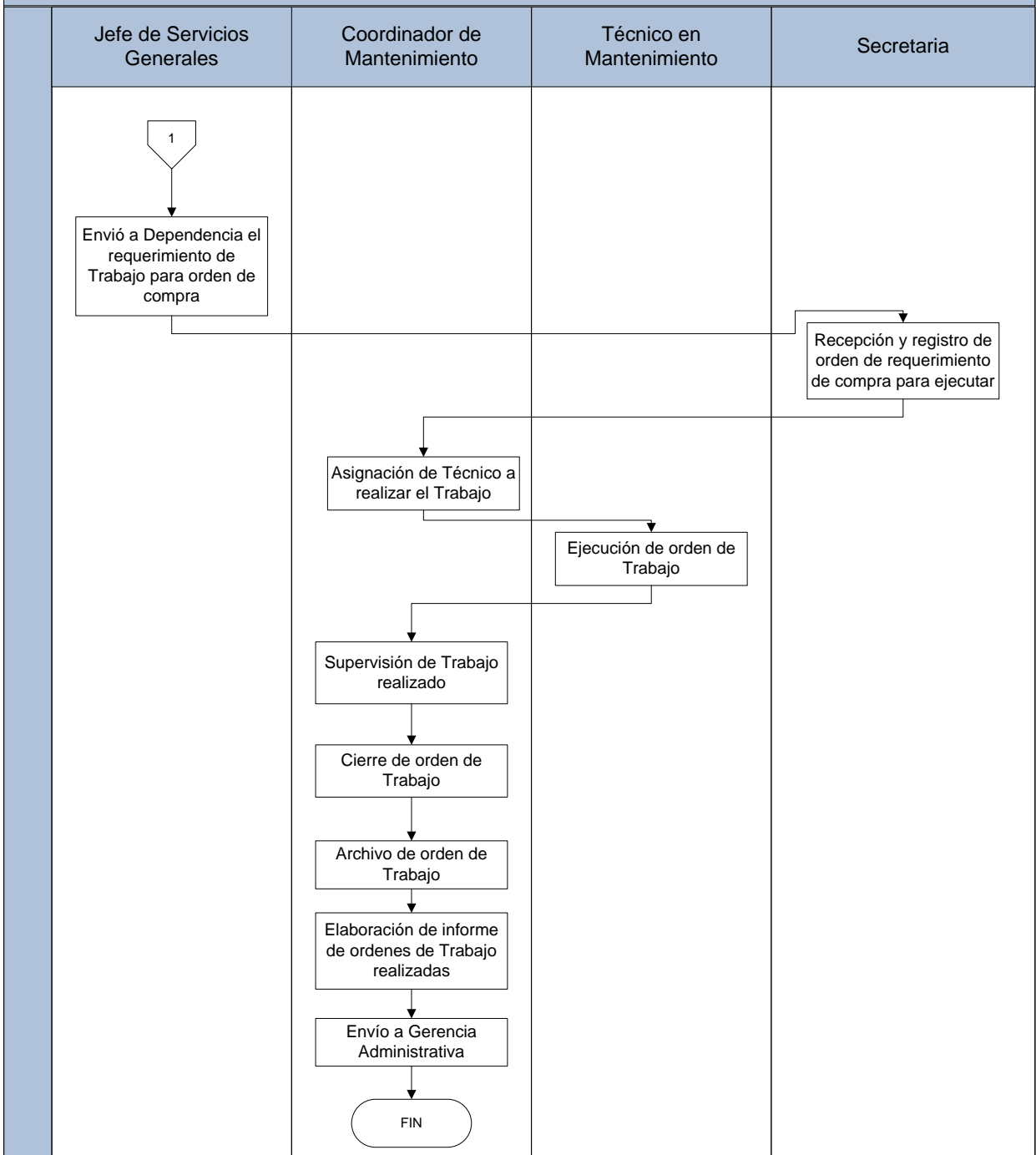


○ **Sección Mantenimiento**

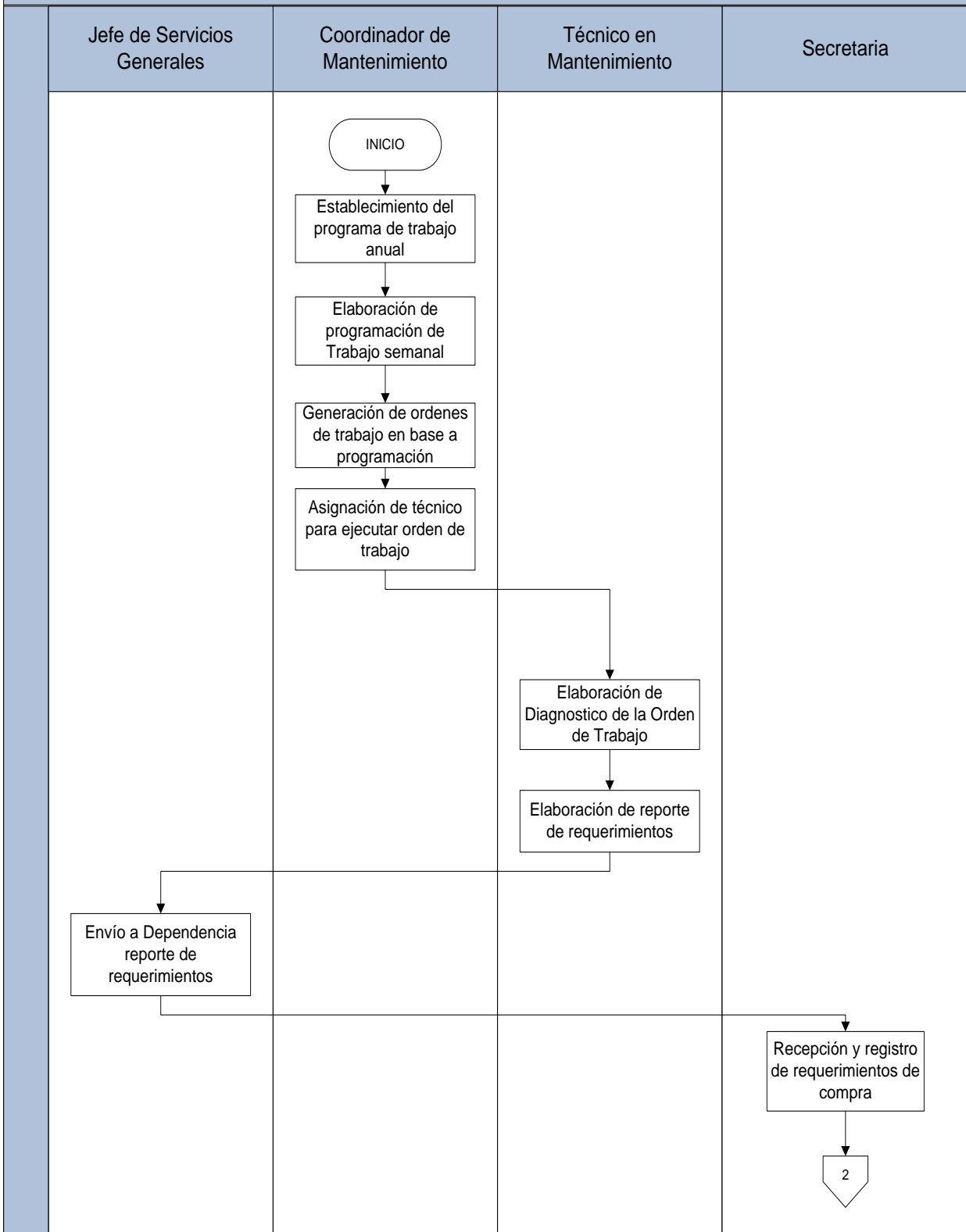
1. REPARACION Y/O MEJORA A LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



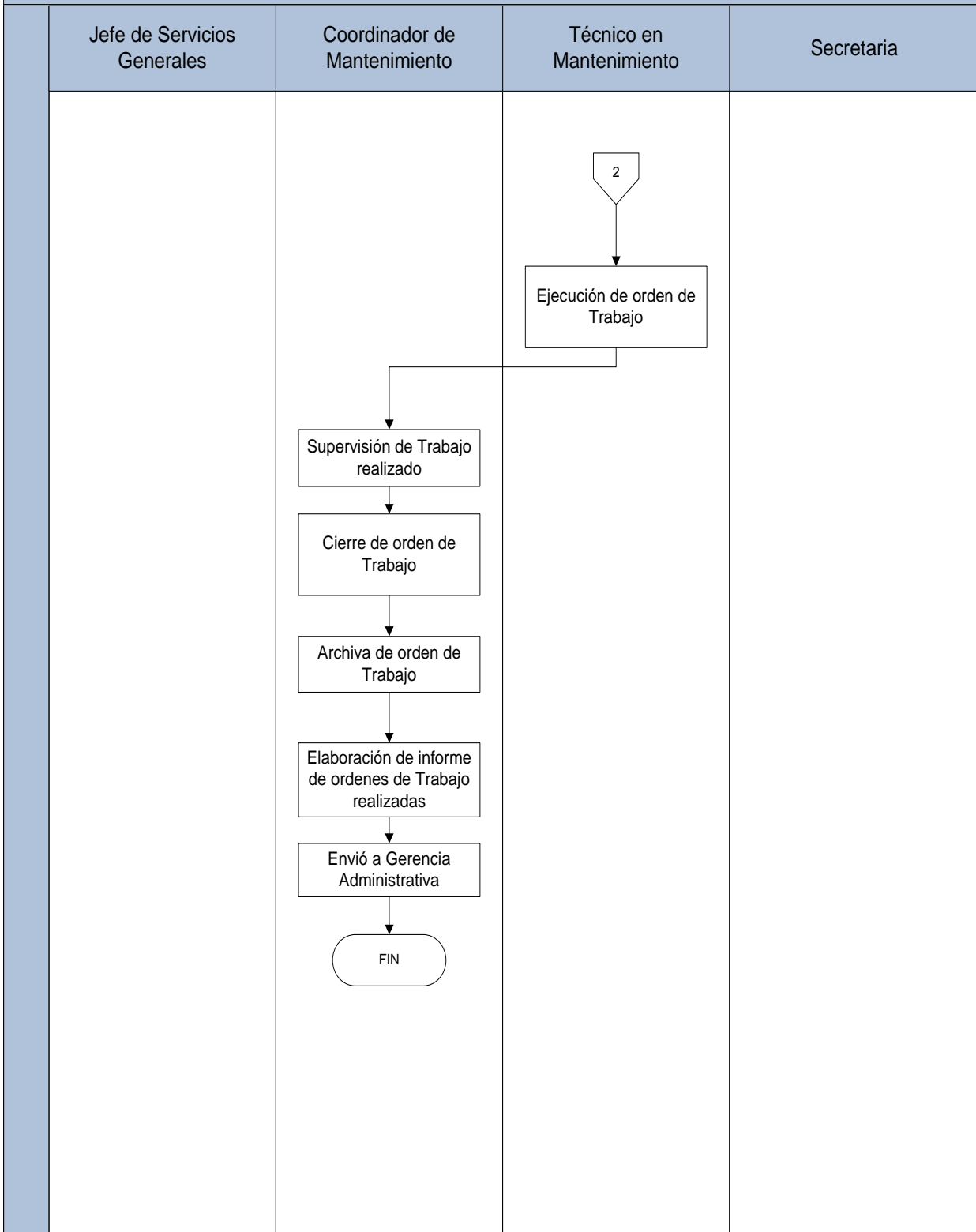
1. REPARACION Y/O MEJORA A LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



2. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



2. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



2.2.9.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de Servicios Generales:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimiento de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 29: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Servicios Generales

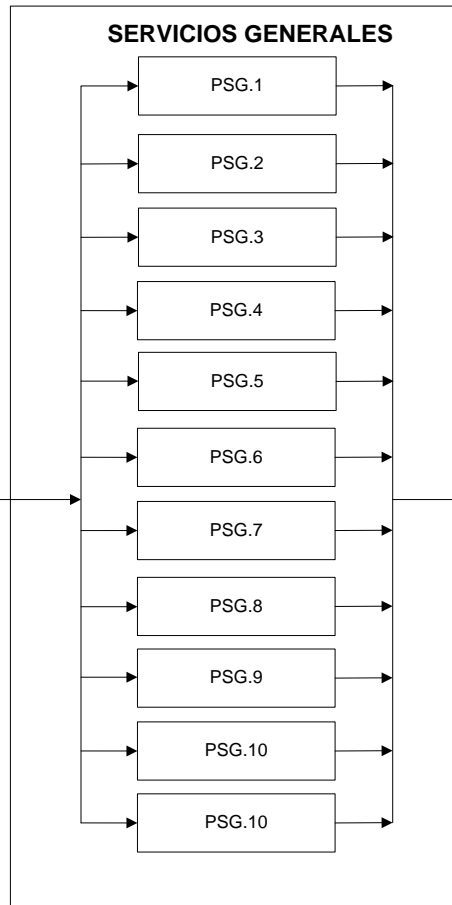
9.Códigos de Procesos y Procedimientos de Servicios Generales	
Proceso: Servicios Generales	
PSG.1	1. Reproducción de documentos
PSG.2	2. Transporte de Usuarios del ISRI
PSG.3	3. Transporte de Personal del ISRI programado
PSG.4	4. Transporte de Personal del ISRI no programado
PSG.5	5. Mantenimiento de Vehículos
PSG.6	6. Suministro de Combustible
PSG.7	7. Seguridad y Vigilancia a la Institución
PSG.8	8. Retiro e Ingreso de Equipo o Material
PSG.9	9. Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales
PSG.10	10. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo
PSG.11	11. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo: consiste en realizar trabajo

MAPA DE PROCESOS 9: SERVICIOS GENERALES

ENTRADA

Solicitud de reproducción de documentos
Solicitud de transporte
Programación de transporte
Solicitud de transporte
Inventario de unidades vehiculares
Registro de actividades diarias
Formulario de salida o ingresos de bien o materiales
Solicitud de permiso de misión oficial
Solicitud de permiso de personal
Ordenes de trabajo
Inventario de bienes inmuebles y equipo

PROCESOS



SALIDAS

Informe de control de reproducciones
Informe de servicios de transporte brindados
Registro de control de salidas por vehículo
Registro de control servicios brindado por motorista
Registro de salidas diarias
Plan de mantenimiento anual
Informe de seguimiento de contrato
Proyección anual de combustible
Informe de liquidación de facturas
Reporte de hallazgos
Informe de salida o ingreso de bienes o materiales del ISRI
Registros en libro de salidas de personal
Informe de ordenes de trabajo realizadas
Informe de ordenes de trabajo realizadas de trabajo correctivo y preventivo

2.2.10 ALMACÉN CENTRAL

2.2.10.1 Generalidades de Almacén Central:

⊕ OBJETIVO:

Regular la recepción, registro, custodia y distribución de los bienes adquiridos por el ISRI, a fin de coadyuvar el oportuno y adecuado suministro a todas las dependencias del ISRI.

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad está conformada por:

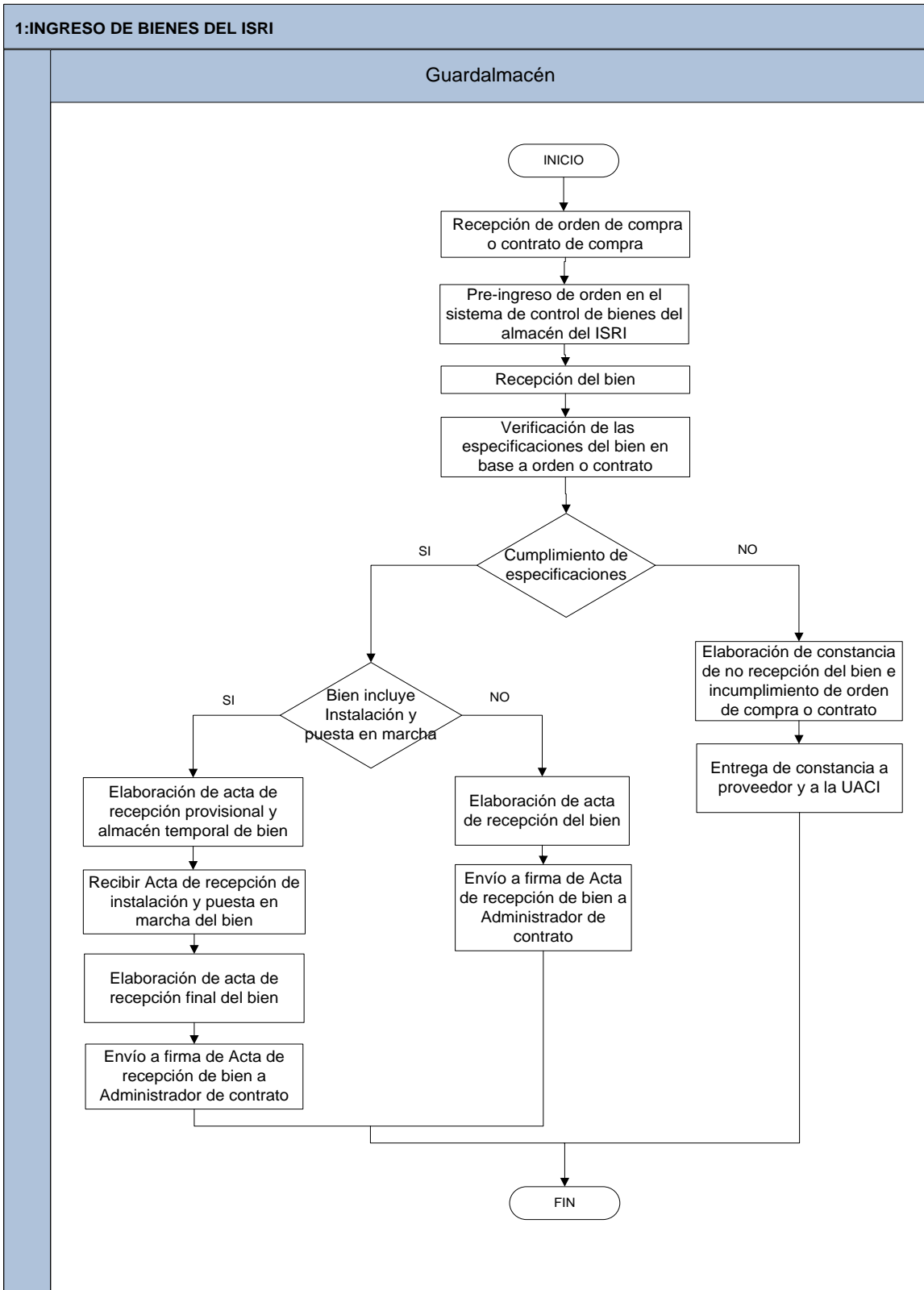
- A. 5 plazas de Guardalmacén y
- B. 2 plazas de Bodeguero

2.2.10.2 Procedimientos de Almacén Central:

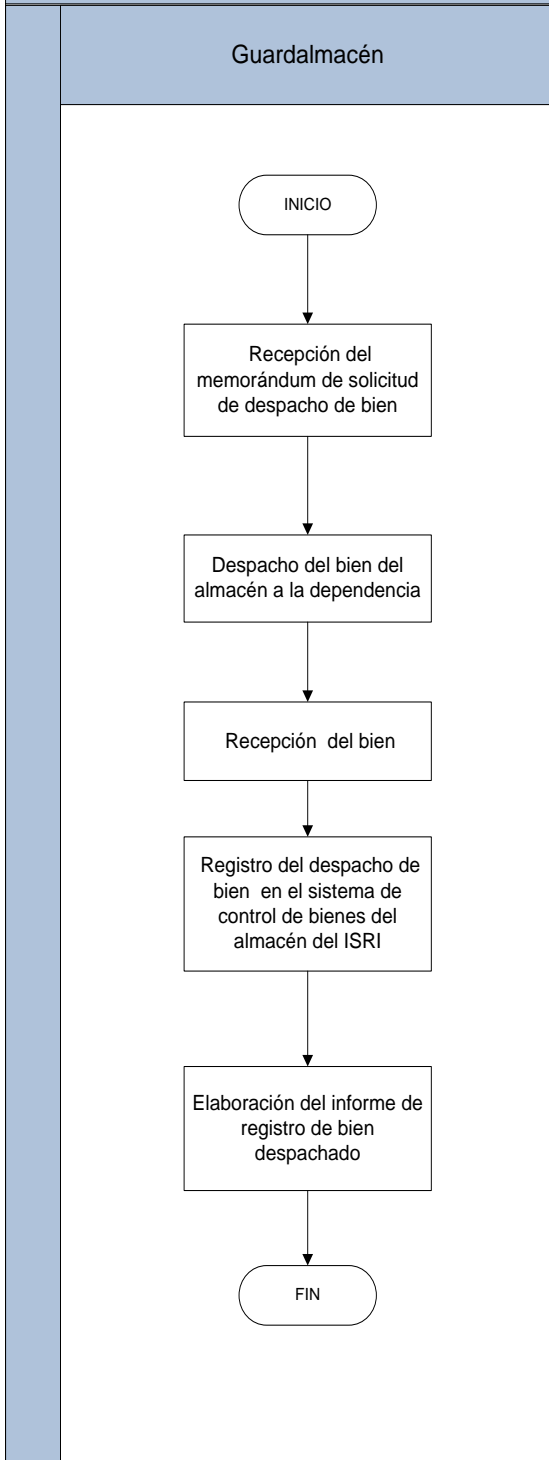
⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. **Ingreso de bienes al almacén central:** consiste en el control de bienes que ingresan al almacén central mediante las órdenes de compra realizadas.
 - Recibir orden de compra o contrato
 - Recibir bien y verificar especificaciones del mismo
 - Elaborar acta de recepción del bien
2. **Egreso de bienes del almacén central:** consiste en el control de bienes que salen del almacén central.
 - Recibir memorándum de solicitud de despacho del bien
 - Despachar bien
 - Registrar despacho de bien en sistema de control de bienes
3. **Almacenamiento de bienes en almacén central:** consiste en el resguardo de los bienes adquiridos en el almacén central.
 - Recibir acta de recepción de bienes
 - Verificar código del bien para la administración del inventario
 - Ubicar el bien en base a código y específico
4. **Gestión de donativos:** consiste en llevar el registro y control de los donativos que son hechos al Centro de Atención CAL.
 - Recibir acta de donativos
 - Recibir donativos
 - Verificar donativo en base acta
 - Registro de acta de donativo

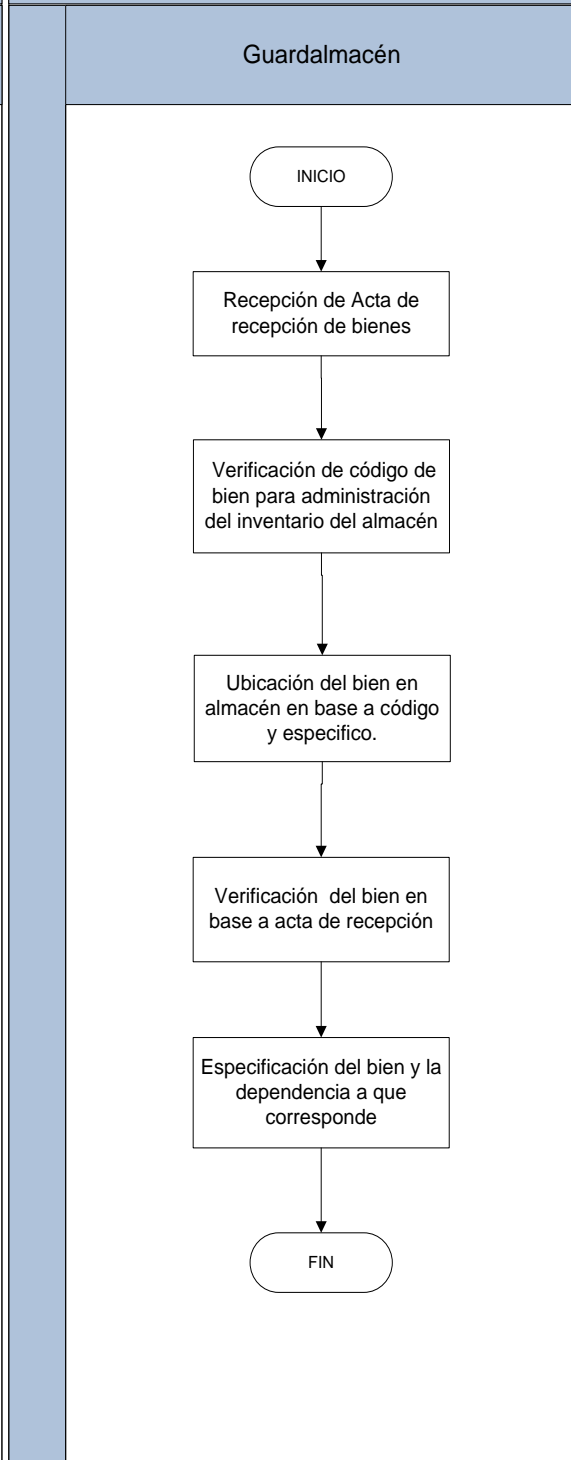
✚ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LO PROCEDIMIENTOS DE ALMACÉN CENTRAL:



2. EGRESO DE BIENES DE ALMACÉN CENTRAL

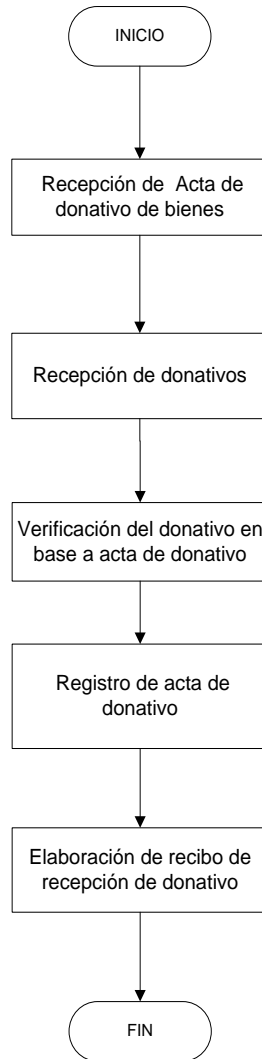


3. ALMACENAMIENTO DE BIENES EN ALMACEN CENTRAL



4. GESTIÓN DE DONATIVOS

Guardalmacén

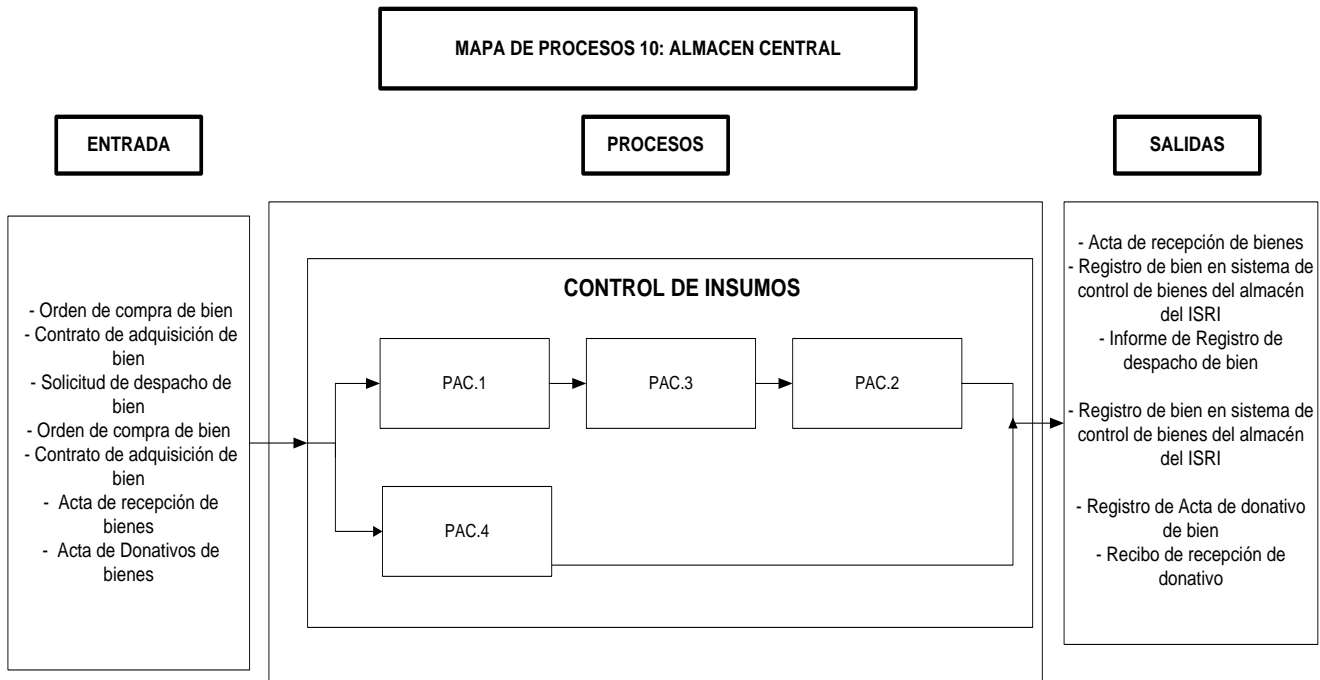


2.2.10.3 *Mapa de Procesos y Procedimientos de Almacén Central:*

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 30: Códigos de Procesos y Procedimientos de Almacén Central

10. Códigos de Procesos y Procedimientos de Almacén Central	
Proceso: Control de Insumos	
PAC.1	1. Ingreso de bienes al almacén central
PAC.2	2. Egreso de bienes del almacén central
PAC.3	3. Almacenamiento de bienes en almacén central
PAC.4	4. Gestión de donativos



2.3 SITUACIÓN ACTUAL DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)

El Centro del Aparato Locomotor (CAL), como dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), realiza actividades que contribuyen a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad físico-funcional, con el propósito de lograr el mayor grado de independencia y satisfacción de sus necesidades, para mejorar su calidad de vida. Las atenciones se proporcionan tanto en forma ambulatoria como de internamiento.

Los servicios incluyen: consulta médica; terapias física, ocupacional y de lenguaje; psicología; rayos X; educación física adaptada; internamiento; fabricación y reparación de ortésis, prótesis y calzado ortopédico; elaboración de sillas adaptadas; gimnasio de entrenamiento de la marcha; y clínica de ortésis y prótesis.

⊕ OBJETIVO

Proveer servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad Neuromusculo -esquelética y del movimiento, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su mayor grado de independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

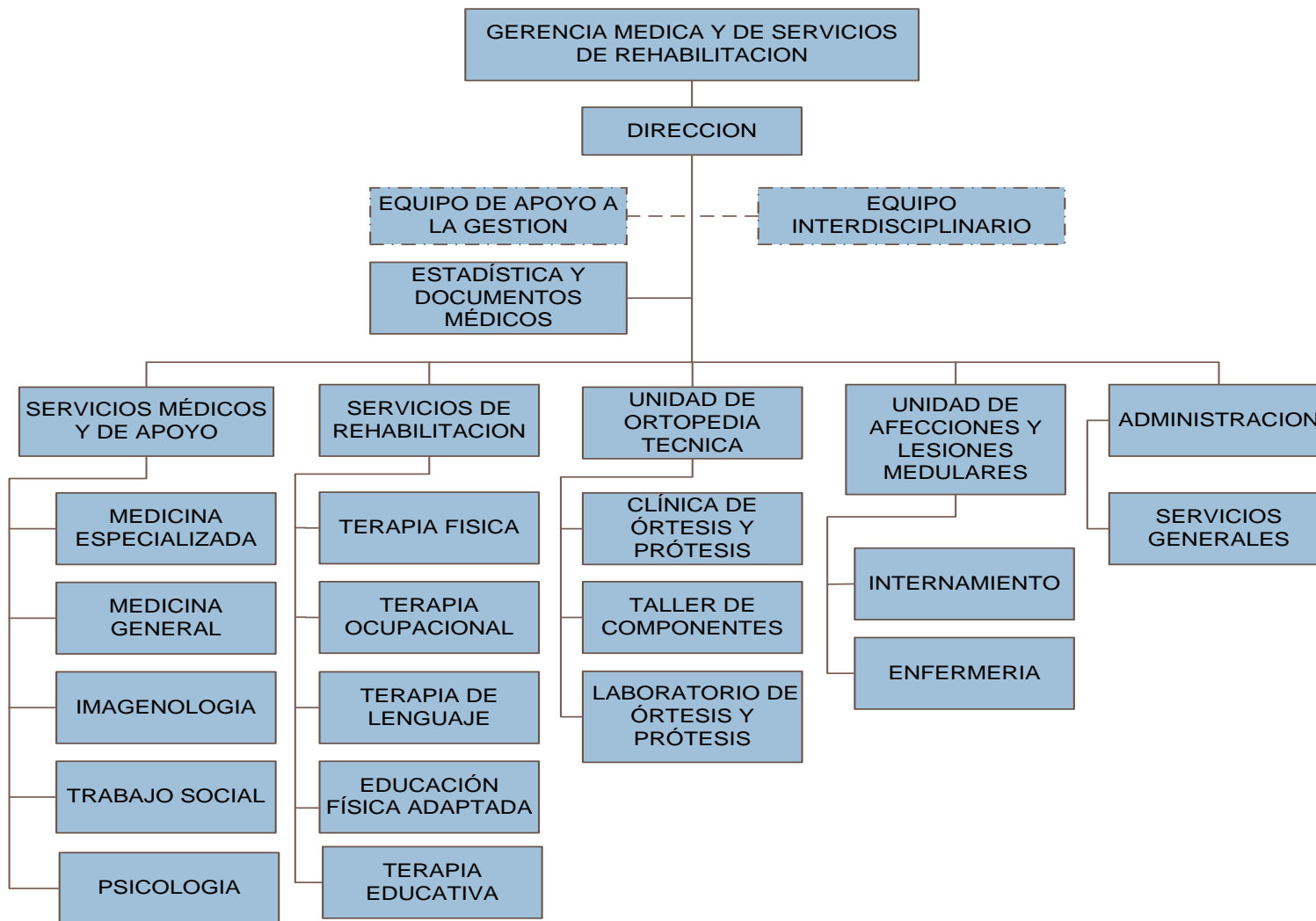
⊕ COMPETENCIA

- Centro Especializado en servicios de rehabilitación física-funcional, ambulatorios y de alojamiento temporal, para la atención de las personas con discapacidad Neuromusculo -esquelética y del movimiento.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado.

⊕ FUNCIONES

- a) Proveer servicios de Rehabilitación física-funcional, para la atención de las personas con discapacidad Neuro-músculo-esquelética y del movimiento.
- b) Proveer servicios de alojamiento temporal a pacientes con afecciones o lesiones medulares.
- c) Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad Neuro-músculo-esquelética y del movimiento.
- d) Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- e) Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad Neuro-músculo-esquelética y del movimiento.
- f) Diseñar, elaborar y proveer ayudas técnicas.
- g) Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad Neuro-músculo -esquelética y del movimiento.

Esquema 2: Organigrama del CAL



⊕ **USUARIOS**

El Centro del Aparato Locomotor atiende a personas con discapacidad físico-funcional las cuales pueden ser usuarios directamente del centro, remitidos por el ISSS o el ISMB a partir de un convenio o remitidos de la red nacional de Salud Pública (hospitales públicos y unidades de salud).

2.3.1 **ADMINISTRACIÓN DEL CAL**

2.3.1.1 *Generalidades de Administración del CAL:*

⊕ **ORGANIZACIÓN:**

La Administración está conformada por:

- ADMINISTRACIÓN DEL CAL
- SERVICIOS GENERALES

⊕ **OBJETIVO:**

Apoyar la gestión de la Dirección a efecto de funciones administrativas del Centro del Aparato Locomotor.

⊕ **RECURSO HUMANO:**

La Administración está conformada con los siguientes recursos humanos:

- 1 plaza de Administrador de Centro
- 1 plaza de Secretaria I
- 1 plaza de Auxiliar de Estadística
- 1 plaza de Auxiliar de Enfermería
- 1 plaza de Auxiliar de Terapeuta
- 3 plazas de Auxiliar de Servicios Generales

2.3.1.2 *Procedimientos de la Administración:*

⊕ **LISTA DE PROCEDIMIENTOS:**

1. **Control de usuario del ISBM:** consiste en el llevar el registro y control de los usuarios que vienen remitidos de la Red del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
 - Recibir referencia del ISBM y revisar documentación
 - Asignar Tarjeta de citas
 - Remitir a medicina especializada
 - Elaborar informe y acta de usuario del ISBM

2. **Control de usuarios del ISSS:** consiste en el llevar el registro y control de los usuarios que vienen remitidos de la Red del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 - Recibir referencia de unidad medica
 - Remitir a terapias o a Unidad de Ortopedia Técnica

- Elaborar informe de servicios brindados
3. **Control y seguimiento del inventario:** consiste en llevar el registro y control de los bienes que tendrán un cambio de ambiente según peticiones de las áreas del CAL.
- Recibir solicitud de traslado del bien
 - Autorizar el traslado y elaborar formulario de traslado
 - Crear viñeta de asignación del bien
 - Traslado y verificación de la ubicación
4. **Ubicación de equipo:** este proceso consiste en la ubicación del bien en el nuevo ambiente que fue solicitado.
- Recibir el bien a ser trasladado
 - Ingresar datos del bien a Sistema de Control de bienes
 - Realizar colocación del bien
5. **Manejo de caja chica:** este proceso consiste en llevar el control de los fondos que son utilizados para realizar las compras que solicitan las diferentes áreas del CAL.
- Recibir solicitudes de compra de las diferentes áreas
 - Realizar valoración de necesidades de compra
 - Autorizar vales de compra y entregar las diferentes áreas del CAL
 - Recepcionar Facturas
 - Elaborar pólizas de reintegro de fondo de caja chica
 - Elaborar reprogramación de Caja Chica
6. **Control y Seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA):** consiste en realizar la programación de compra en base al Plan de Trabajo y dar seguimiento a las adquisiciones realizadas.
- Elaborar programación de compra en base a Plan de Trabajo
 - Autorizar la compra
 - Dar seguimiento a los bienes adquiridos
7. **Requisición de mantenimiento:** consiste en realizar trabajos de mantenimiento que han solicitado las diferentes áreas del CAL mediante requisiciones de mantenimiento.
- Recibir requisiciones de mantenimiento
 - Inspeccionar el bien dañado
 - Autorizar orden de trabajo
 - Realizar trabajo de mantenimiento
 - Enviar a Gerencia autorización de Trabajo realizado
8. **Solicitud a almacén:** Consiste en realizar la requisición de bienes a almacén por las diferentes áreas del CAL.

- Recibir requisiciones de las diferentes áreas del CAL
- Elaborar consolidado de ordenes de requisición
- Autorizar solicitud de almacén y enviar a almacén
- Enviar a Gerencia para autorización
- Recibir bienes y distribuir a las áreas correspondientes

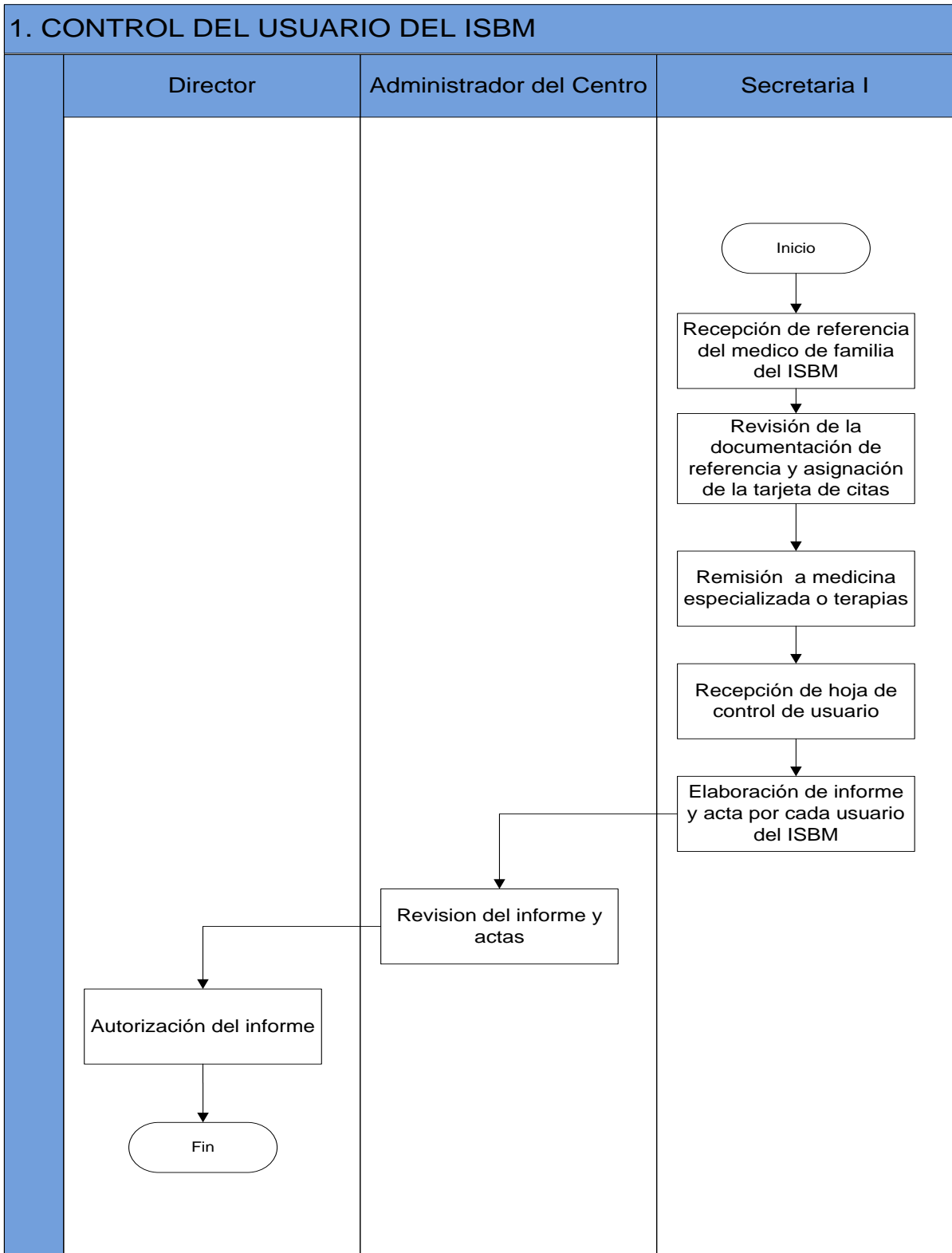
9. Gestión de tardías y permisos de RRHH: consiste en llevar el registro y control de los permisos al personal en la base de datos.

- Recibir solicitud de licencia
- Revisar licencia y disponibilidad de permiso
- Autorizar y registrar en base de datos

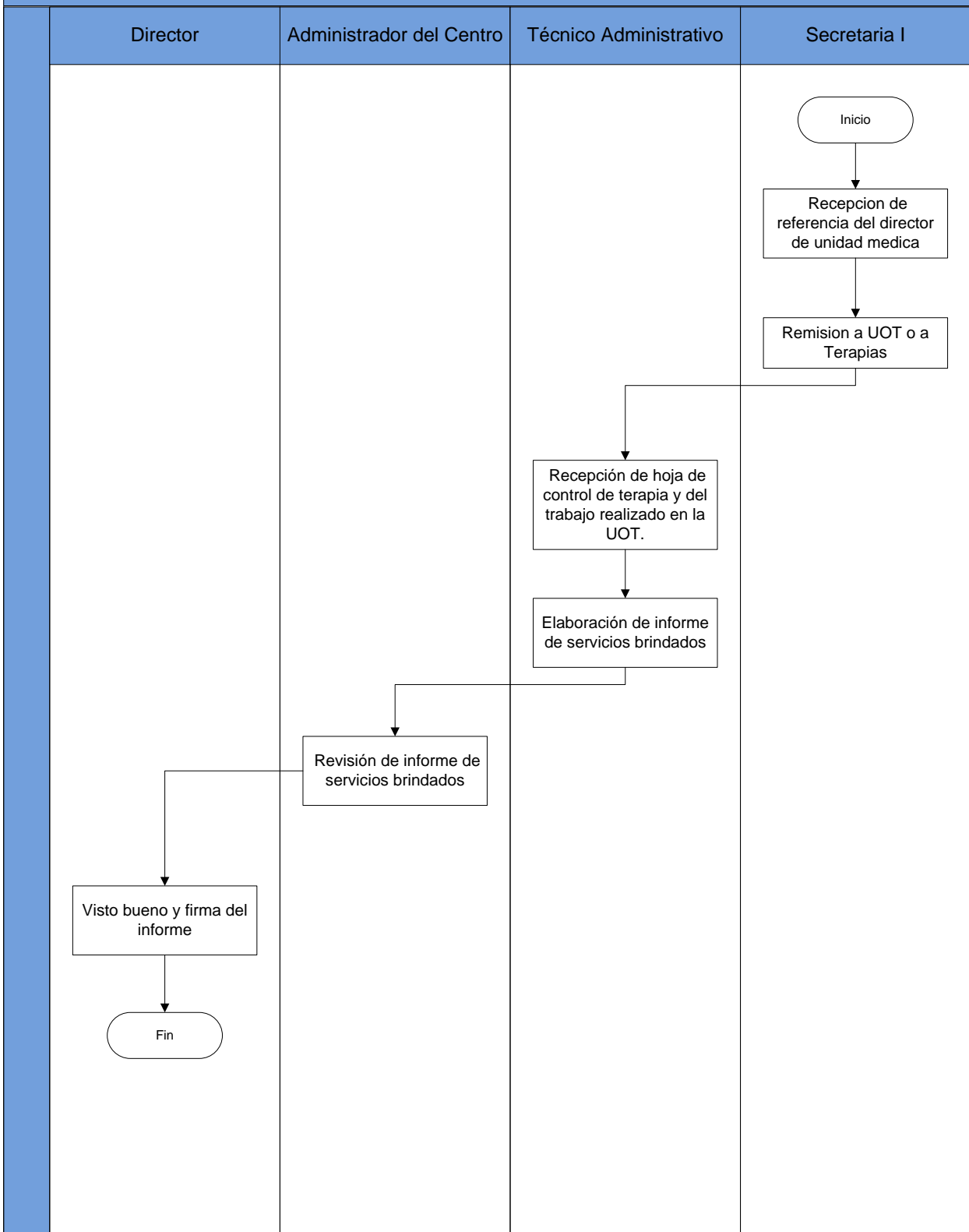
10. Control de tardías y permisos de RRHH: consiste en realizar el procesamiento de los permisos al personal así como la marcación diaria.

- Procesar registros de marcación en sistema ITR
- Elaborar reporte de marcación y permisos
- Autorizar y enviar a RRHH

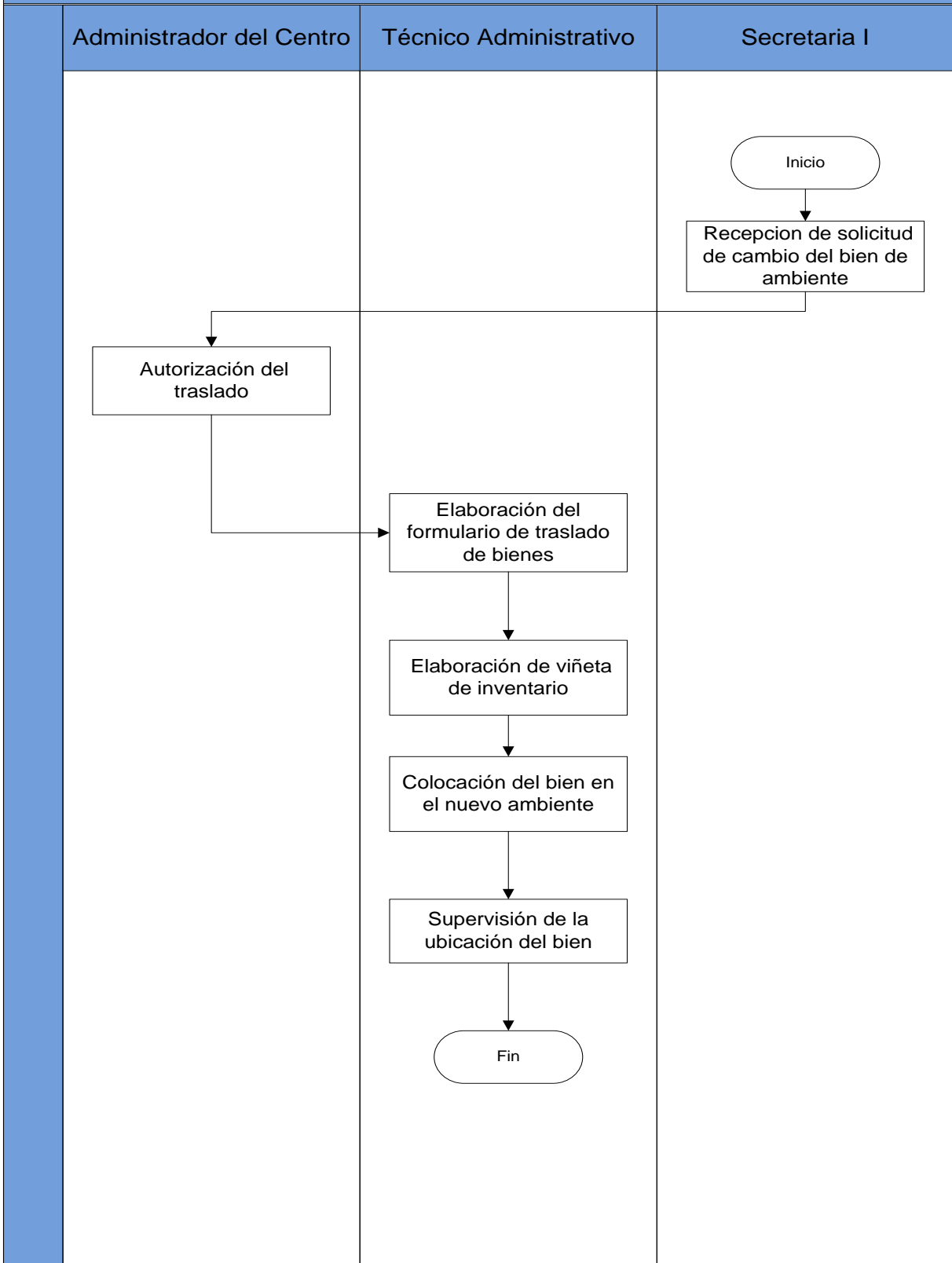
⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CAL:



2. CONTROL DE USUARIOS DEL ISSS

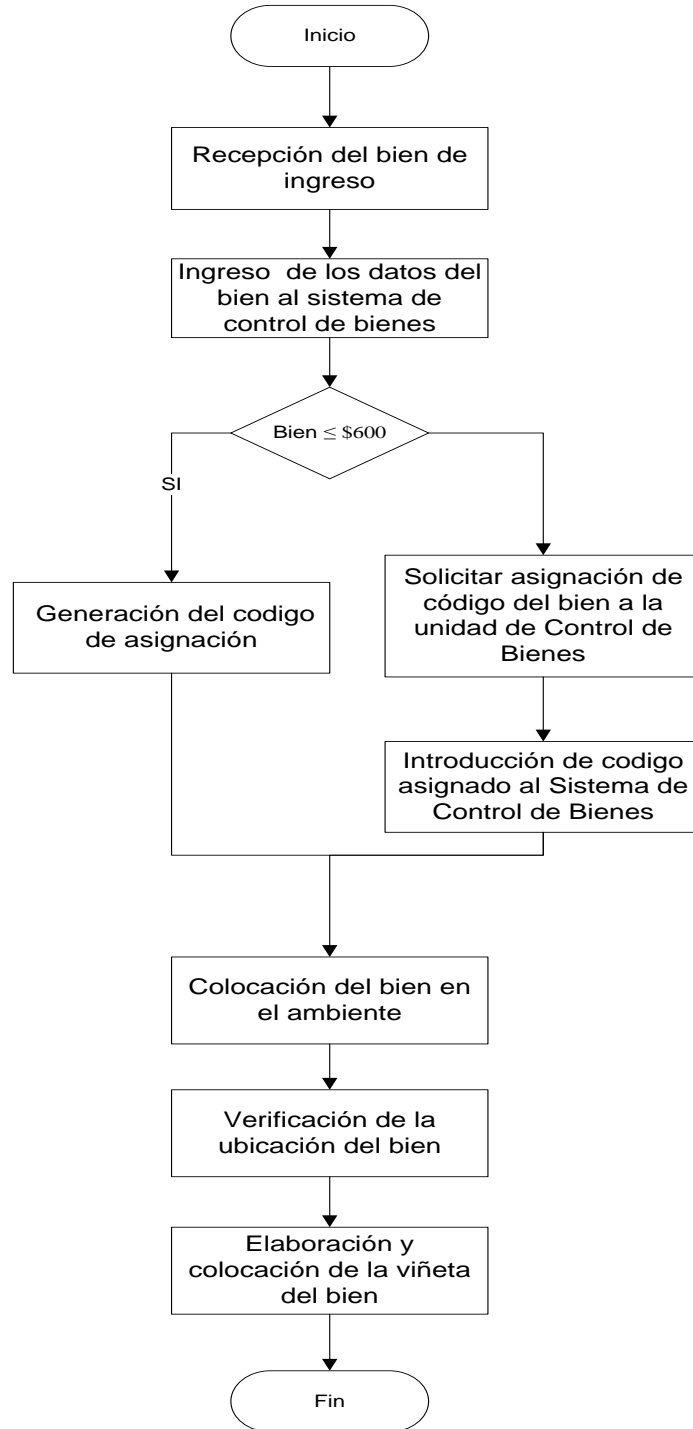


3. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL INVENTARIO

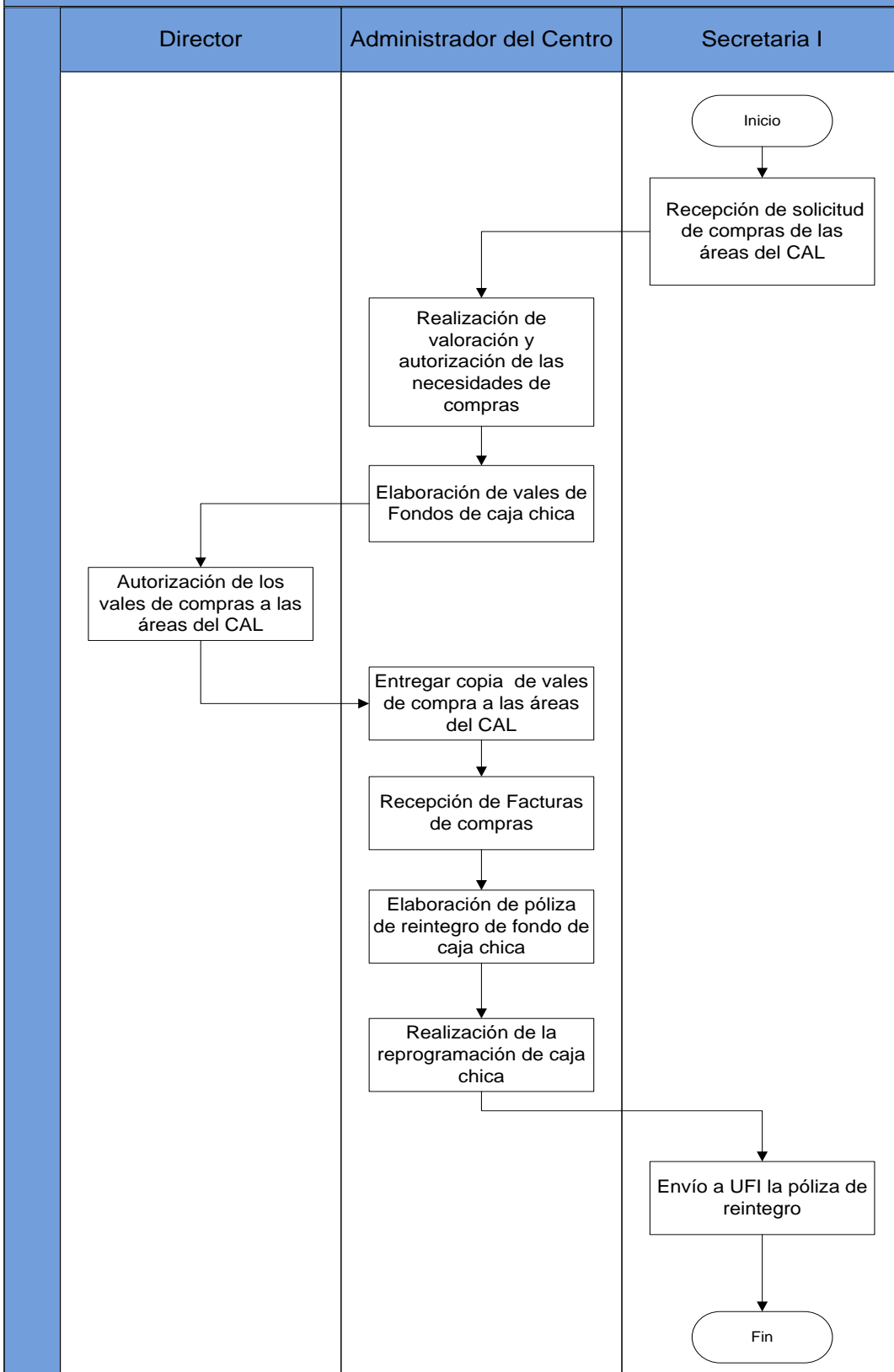


4. UBICACIÓN DEL EQUIPO NUEVO

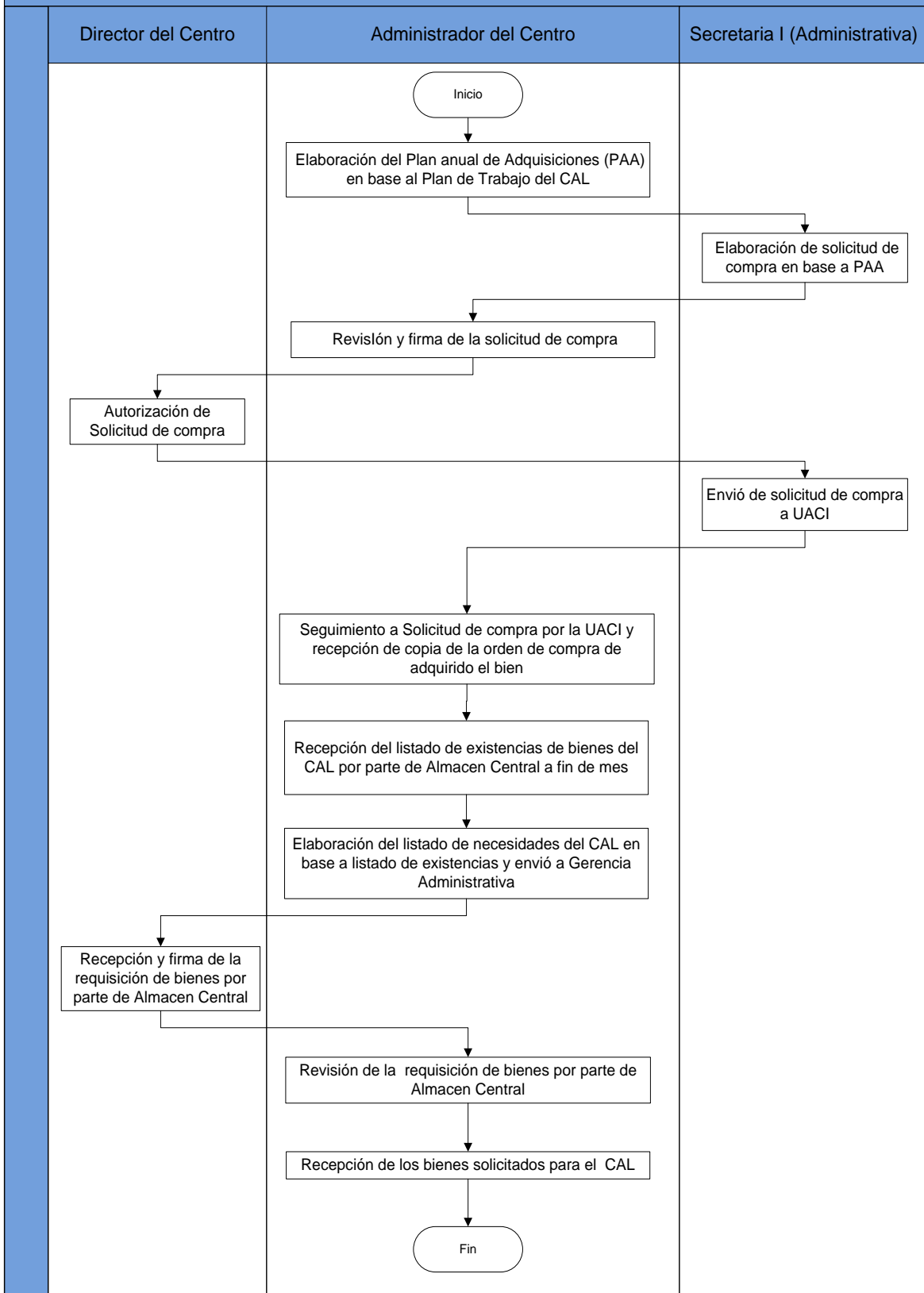
Administrador del Centro



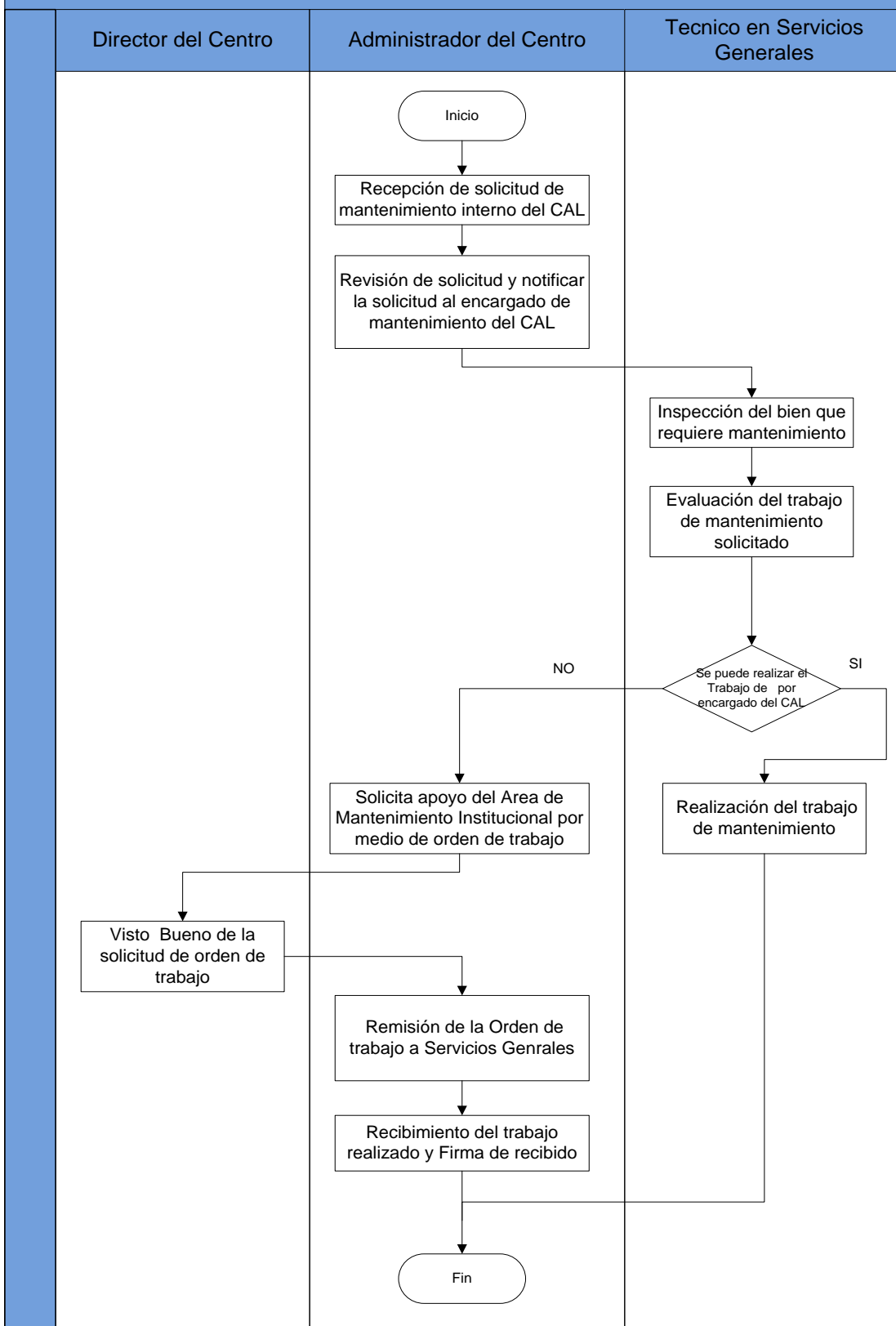
5. MANEJO DE CAJA CHICA



6. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES (PAA)

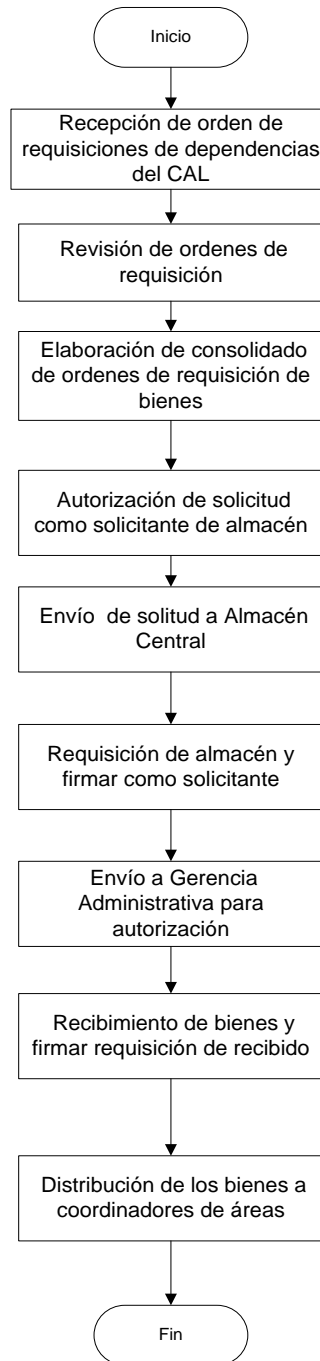


7. REQUISICIÓN DE MANTENIMIENTO

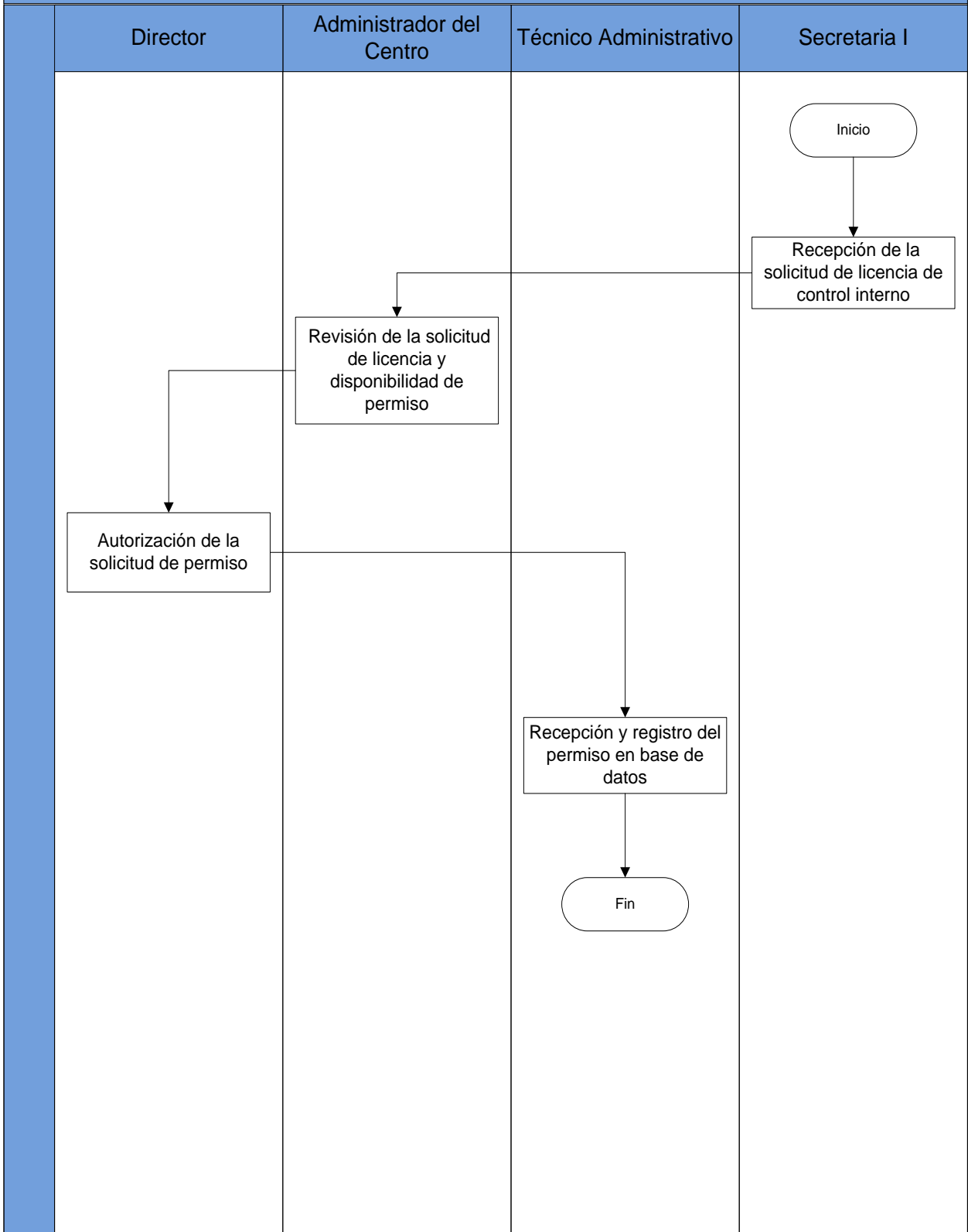


8. SOLICITUD DE ALMACEN

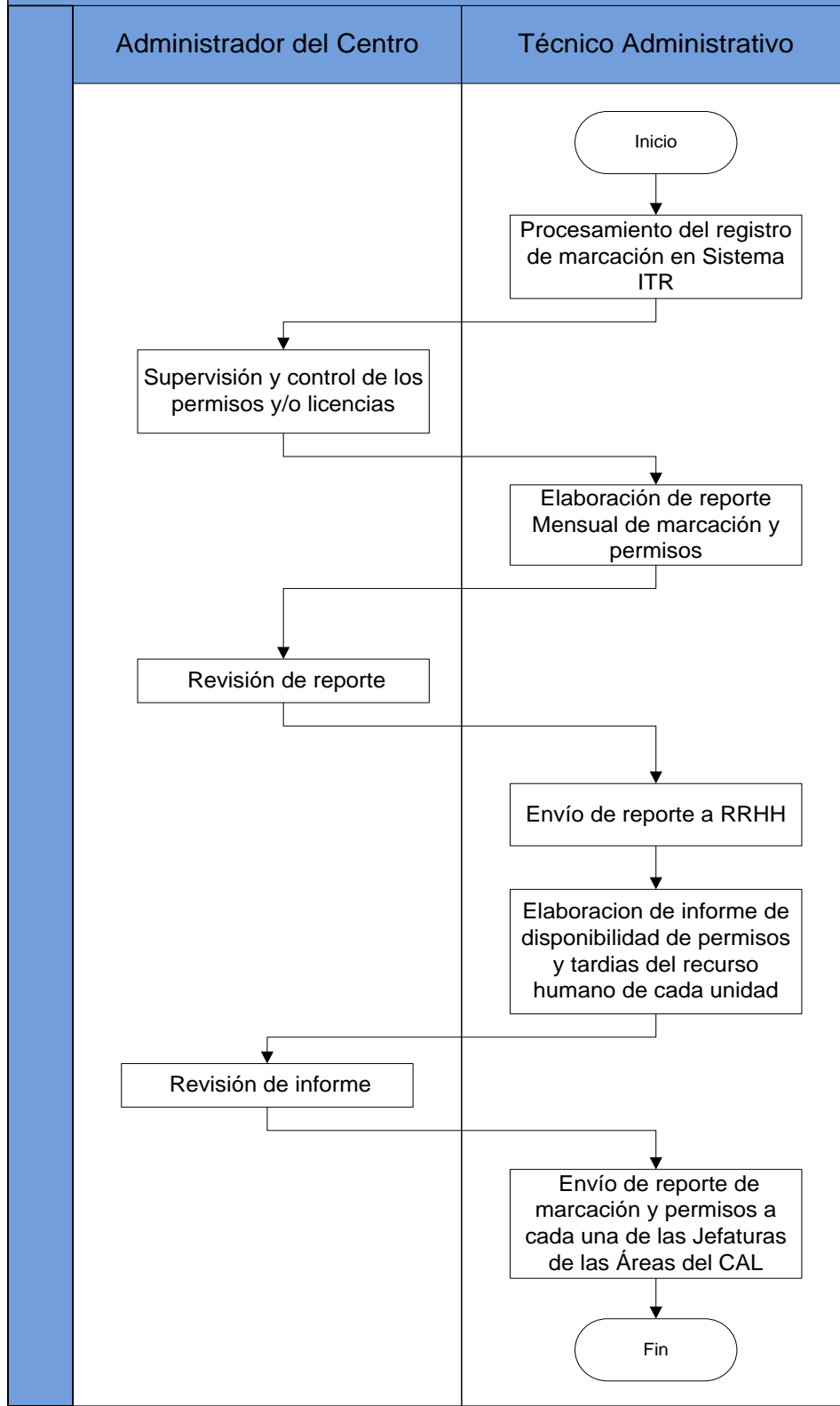
Administrador del Centro



9. GESTIÓN DE TARDÍAS Y PERMISOS DEL RECURSO HUMANO



10. CONTROL DE TARDÍAS Y PERMISOS DEL RECURSO HUMANO



2.3.1.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de Administración del CAL:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 31: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Administración del CAL

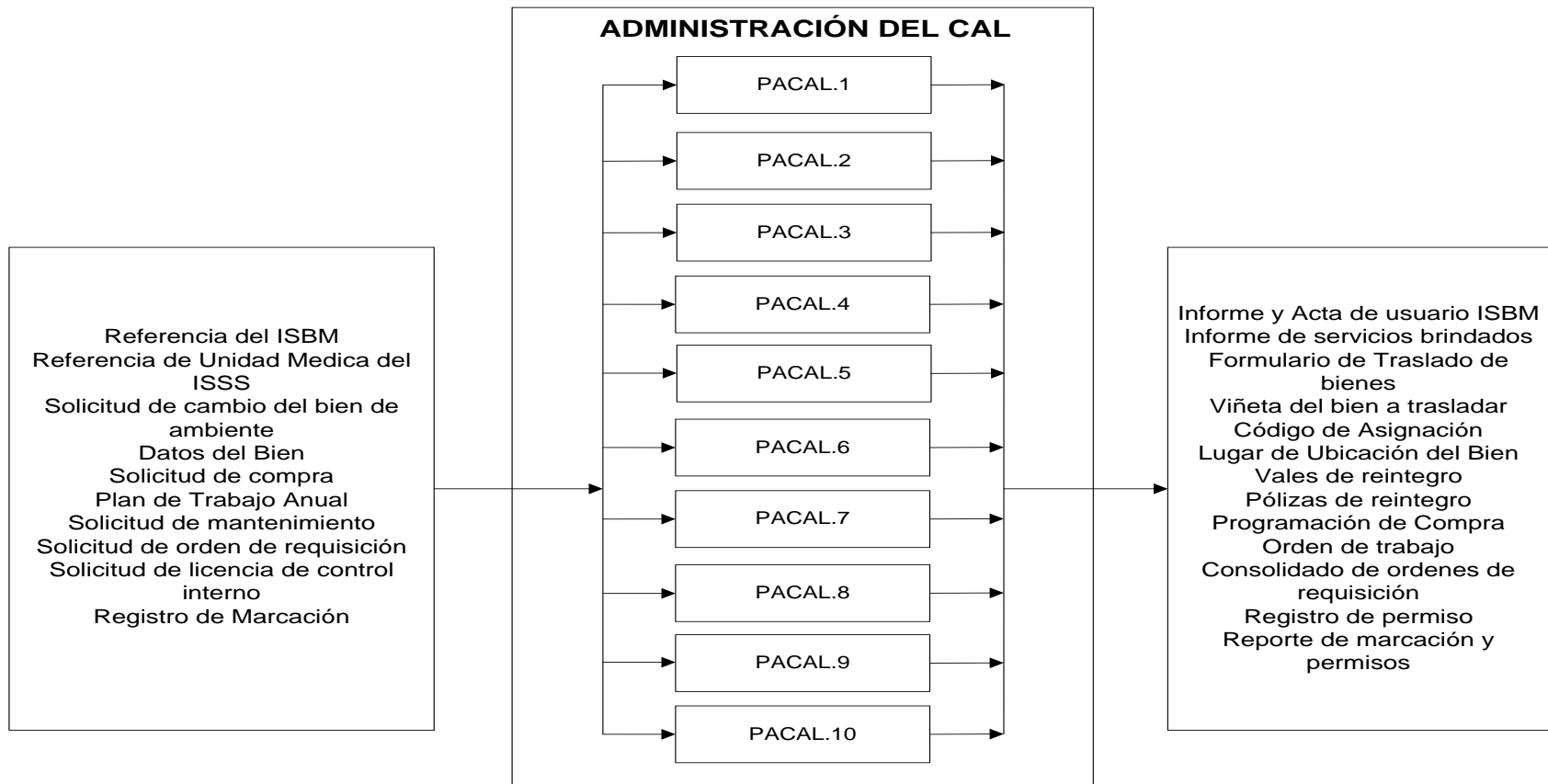
Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Administración del CAL	
Proceso: Administración del CAL	
PACAL.1	1. Control de usuario del ISBM
PACAL.2	2. Control de usuarios del ISSS
PACAL.3	3. Control y seguimiento del inventario
PACAL.4	4. Ubicación de equipo
PACAL.5	5. Manejo de caja chica
PACAL.6	6. Control y seguimiento de presupuesto anual
PACAL.7	7. Requisición de mantenimiento
PACAL.8	8. Solicitud a almacén
PACAL.9	9. Gestión de tardías y permisos de RR.HH.
PACAL.10	10. Control de tardías y permisos de RR.HH.

MAPA DE PROCESOS :ADMINISTRACION DEL CAL

ENTRADA

PROCESOS

SALIDAS



2.3.2 ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS MÉDICOS

2.3.2.1 *Generalidades de Estadística y Documentos Médicos:*

Estadística y Documentos Médicos es el área encargada de administrar los expediente médicos de los usuarios y del control de los servicios brindados por el CAL, así como del manejo del ESDOMED y del sistema de Control de la Gestión.

⊕ **RECURSO HUMANO:**

El área de Estadística y Documentos Médicos está conformada con los siguientes recursos humanos:

- 1 plaza de Auxiliar de Estadística
- 1 plaza de Técnico Administrativo III
- 1 plaza de Auxiliar de Estadística

2.3.2.2 *Procedimientos de Estadística y Documentos Médicos:*

⊕ **LISTA DE PROCEDIMIENTOS:**

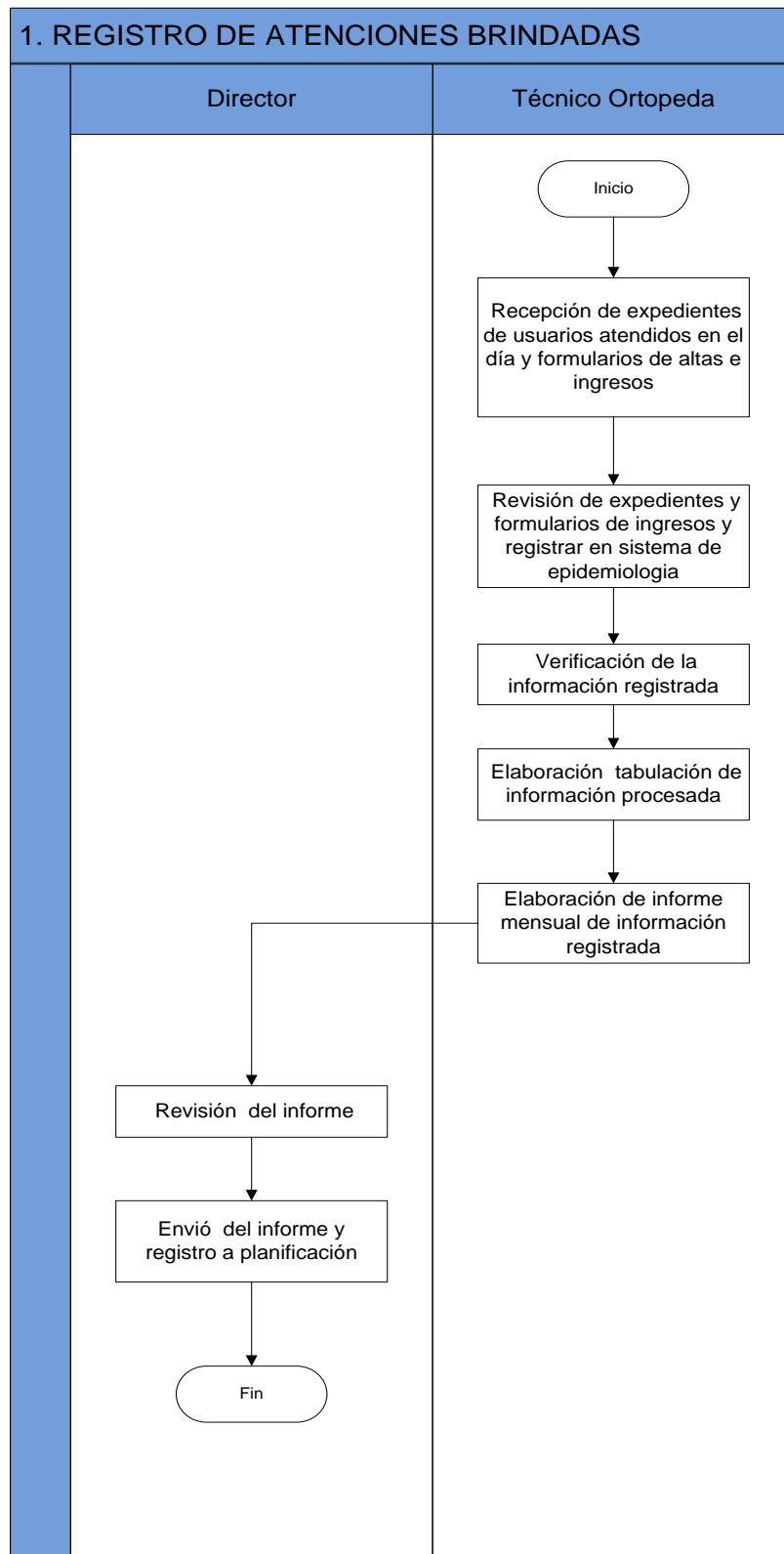
1. **Registro de atenciones brindadas:** consiste en llevar el registro de las atenciones a los usuarios brindadas en el CAL, en las diferentes áreas tanto de consulta Externa, Terapias de Rehabilitación y Unidad de Ortopedia Técnica.
 - Recepcionar expedientes de atendidos en el día y de altas de usuarios
 - Revisar expedientes y formularios de ingreso
 - Ingresar información al sistema de epidemiología
 - Tabular información registrada
 - Elaborar informe mensual de información registrada
2. **Control de gestión del CAL:** consiste en llevar el registro de atenciones brindadas por médicos y terapistas en el sistema de cada unidad con el objetivo de medir el rendimiento obtenido por recurso humano en cada una de las áreas.
 - Recibir formulario de control de atenciones
 - Ingresar datos en sistema de cada unidad
 - Elaborar el informe mensual
 - Ingresar registro de control de atenciones en UTEC
 - Generar el rendimiento por recurso humano y por unidad
 - Realizar Estrategias y justificaciones

3. **Control de asistencia:** consiste en llevar el control de los usuarios que llegan diariamente a hacer uso de los diferentes servicios de atención especializada brindados en el CAL.
 - Recibir los tickets de los usuarios
 - Contabilizar los usuarios atendidos en el día
 - Registro de pacientes atendidos en el Sistema
 - Elaborar informe mensual de usuarios atendidos
 - Diseñar estrategias de mejora

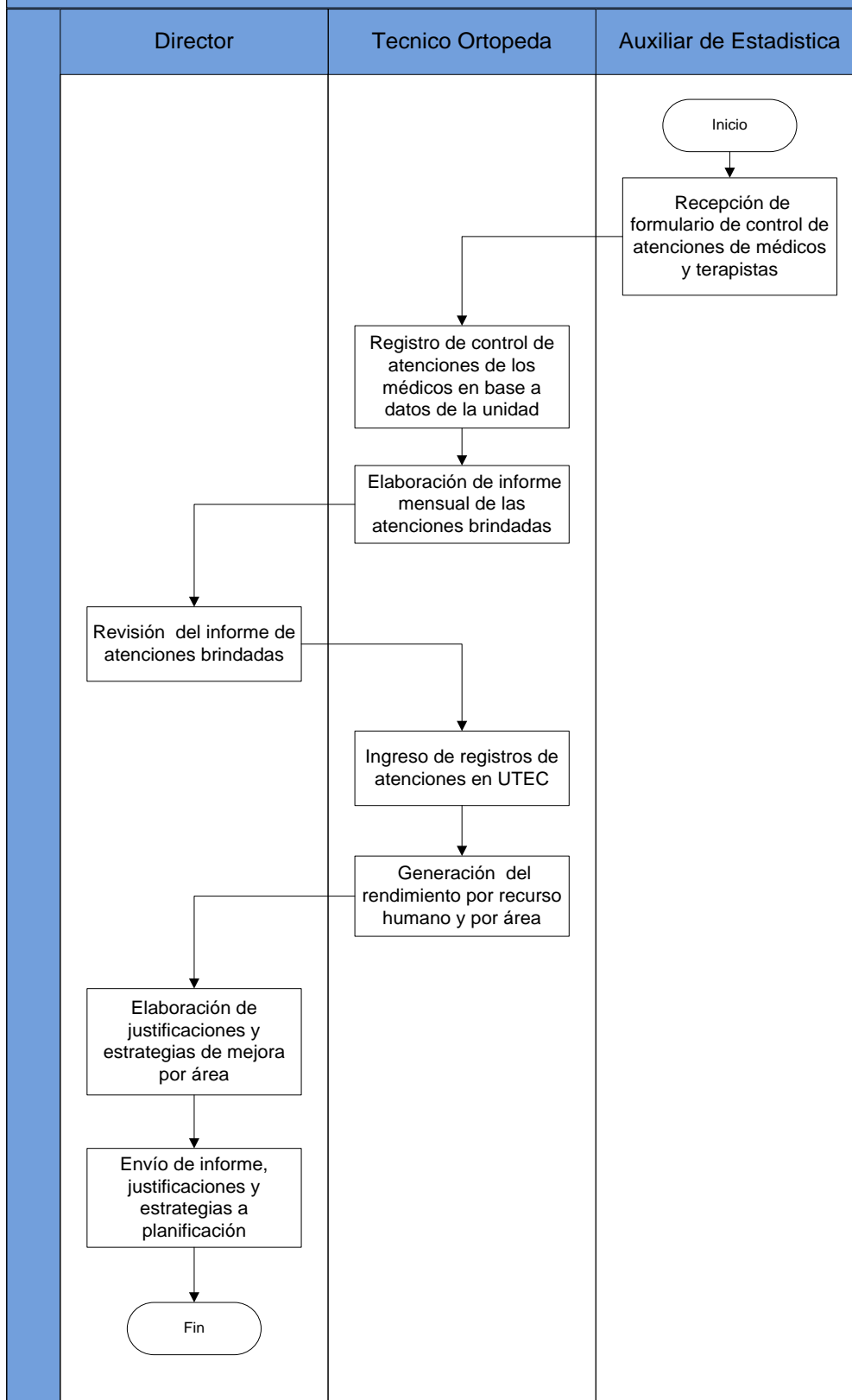
4. **Apertura de expediente:** consiste en elaborar el expediente del usuario.
 - Recibir referencia
 - Tomar datos de usuario para elaborar hoja de inscripción
 - Elaborar y Entregar tarjeta de citas
 - Preparar expediente y archivar

5. **Administración de expedientes:** consiste en llevar el registro y control de expedientes que son solicitados por las diferentes áreas del CAL.
 - Recibir vales de solicitud
 - Preparar expedientes solicitados por las áreas del CAL
 - Registrar préstamo en libro de prestamos
 - Entrega de expedientes solicitados
 - Recibir expedientes prestados

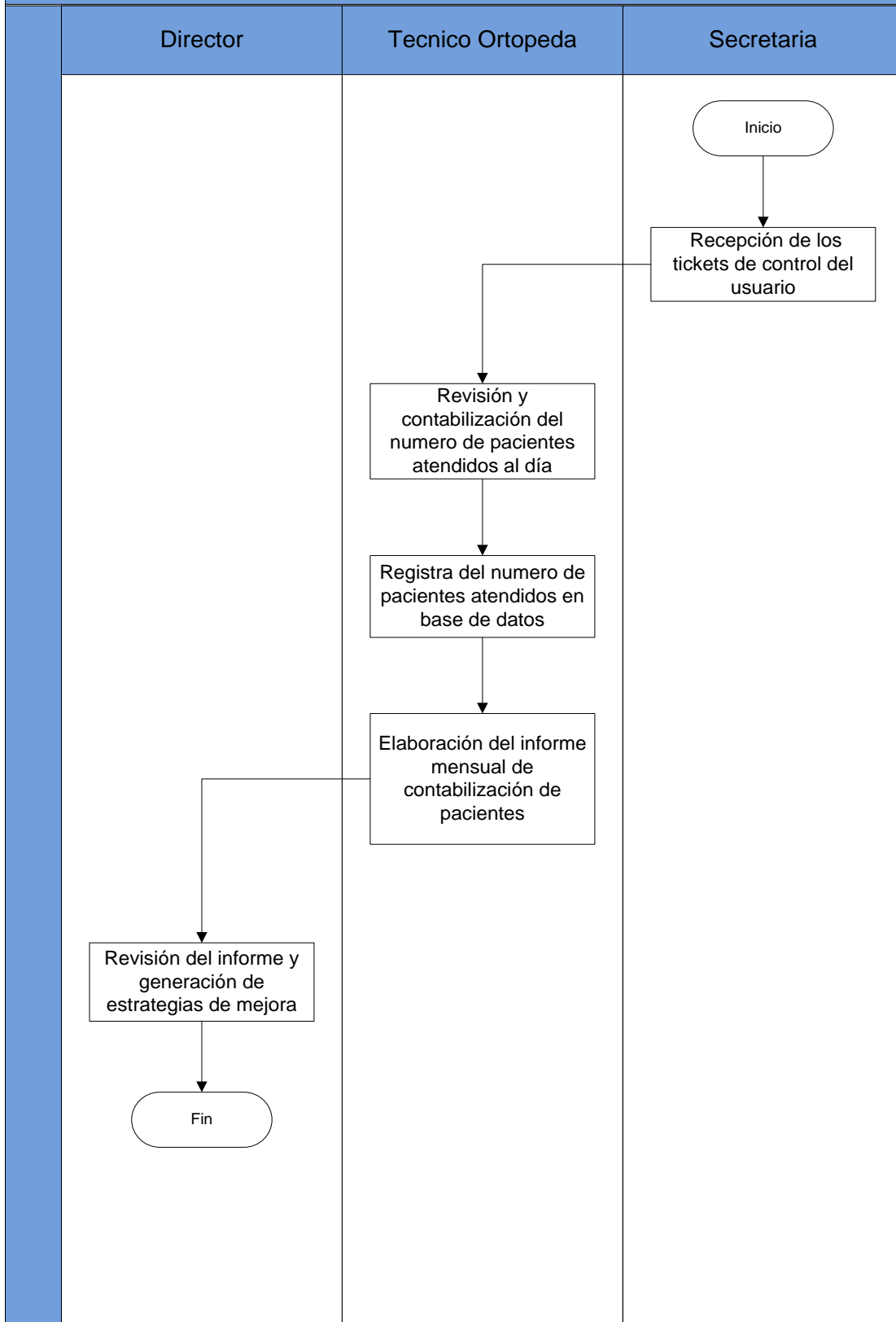
⊕ **DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS MÉDICOS:**



2. CONTROL DE GESTIÓN DEL CAL

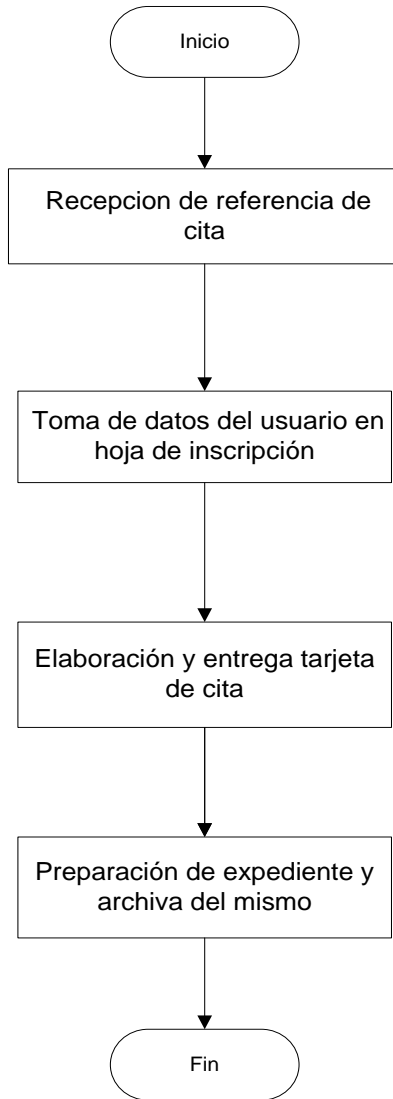


3. CONTROL DE ASISTENCIAS



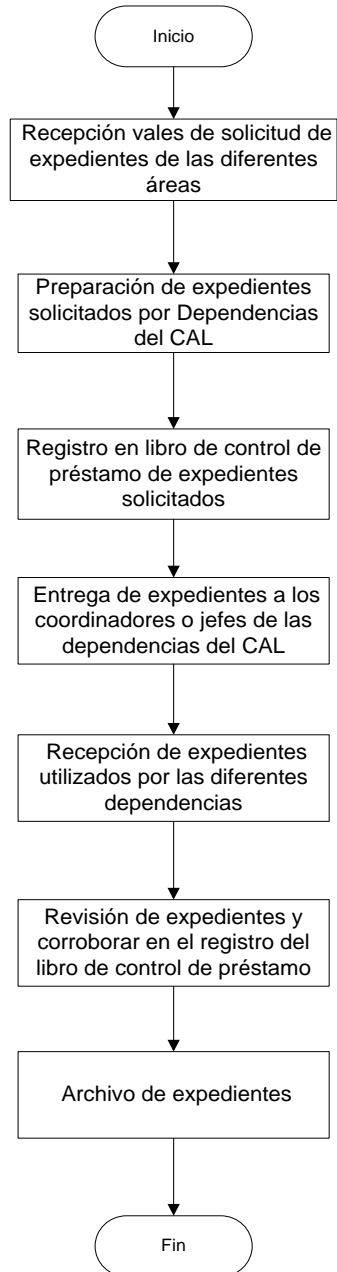
4. APERTURA DE EXPEDIENTE

Auxiliar de Estadística



5. ADMINISTRACIÓN DEL EXPEDIENTE

Auxiliar de Estadística

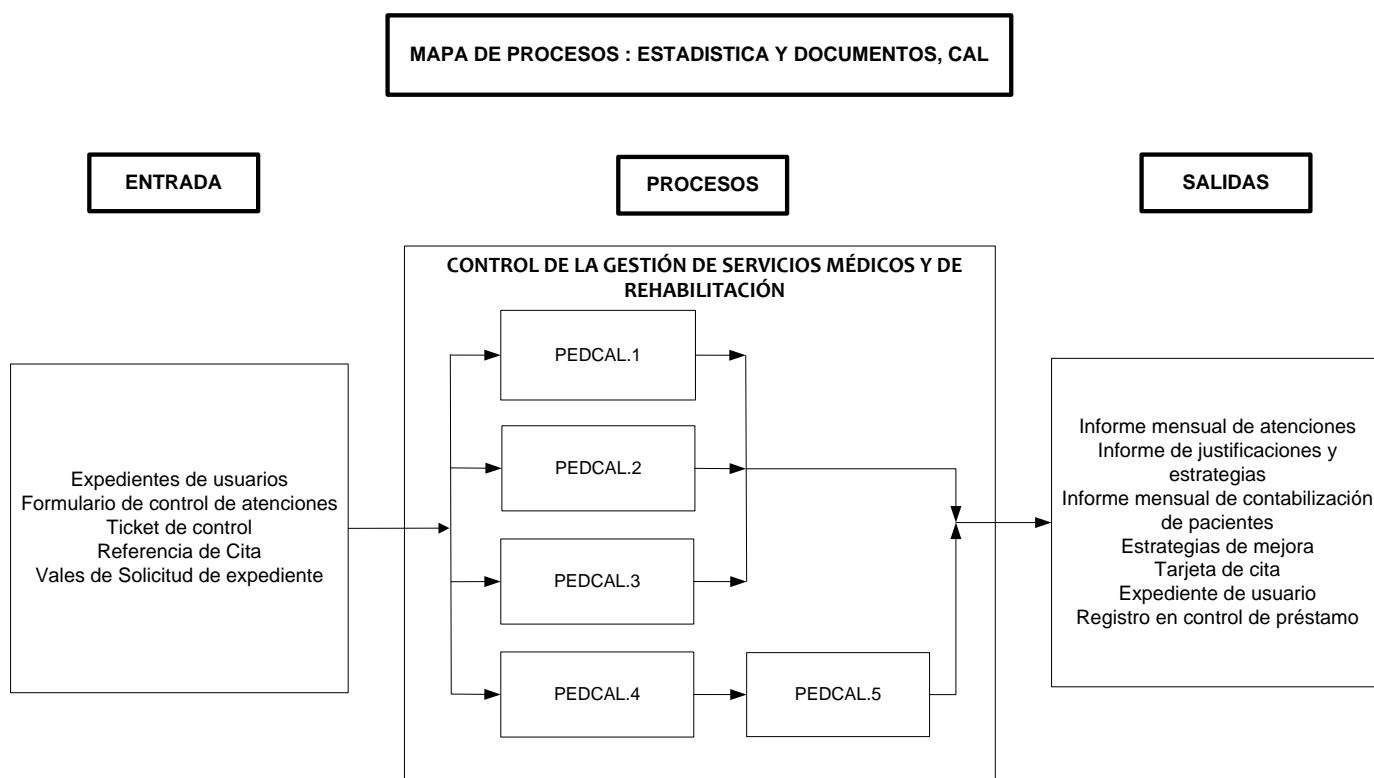


2.3.2.3 *Mapa de Procesos y Procedimientos de Estadística y Documentos médicos:*

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 32: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Estadísticas y Documentos del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Estadísticas y Documentos del CAL	
Proceso: Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación	
PEDCAL.1	1. Registro de atenciones brindadas
PEDCAL.2	2. Control de gestión del CAL
PEDCAL.3	3. Control de asistencia
PEDCAL.4	4. Apertura de expediente
PEDCAL.5	5. Administración de expedientes



2.3.3 CONSULTA EXTERNA DEL CAL

2.3.3.1 Generalidades de Consulta Externa del CAL:

⊕ ORGANIZACIÓN:

La unidad Consulta Externa del CAL está conformada por:

1. SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO
 - 1.1 Servicios Médicos Especializados
 - 1.2 Servicios de Apoyo :Psicología
 - 1.3 Servicios de Apoyo : Trabajo Social
 - 1.4 Servicios de Apoyo : Imagenología (Rayos X)

2. SERVICIOS DE REHABILITACION
 - 2.1 Terapia Física
 - 2.2 Terapia Ocupacional
 - 2.3 Terapia de Lenguaje
 - 2.4 Educación Física Adaptada
 - 2.5 Terapia Educativa

⊕ OBJETIVO:

1. SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO

1.1 Servicios Médicos Especializados:

Proporcionar la atención de calidad, eficiente y oportuna, a todo usuario adulto que lo demande el cual tenga algún grado de discapacidad o deficiencia músculo-esquelética.

1.2 Servicios de Apoyo Psicología:

Incentivar la promoción, fomento y protección de la Salud Mental de los usuarios que tiene algún grado de discapacidad, que demandan de los servicios del área, para lograr una mejor calidad de vida.

1.3 Servicios de Apoyo Trabajo Social:

Proporcionar atención de calidad a todos los usuarios que presenten situaciones familiares, económicas y sociales que afecten su proceso de rehabilitación.

1.4 Servicios de Apoyo: Imagenología (Rayos X)

Brindar ayuda con métodos de imagen para el diagnóstico y seguimiento de morbilidad que condicione o potencialice discapacidad.

2. SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO

2.1 Terapia Física:

Brindar atención a los usuarios con eficiencia, calidad y calidez, a través de los diferentes programas de atención, utilizando diferentes medios físicos y terapéuticos para lograr la rehabilitación físico-funcional.

2.2 Terapia Ocupacional:

Brindar atención en el área de Terapia Ocupacional, a través de atenciones con propósito, a todo paciente que lo amerite, contribuyendo a su rehabilitación integral.

2.3 Terapia de Lenguaje:

Brindar atención con calidez al usuario con afección en el área de lenguaje, para desarrollar sus capacidades residuales y poder satisfacer una necesidad vital como es la comunicación.

2.4 Educación Física Adaptada:

Proporcionar la atención de calidad, eficiente y oportuna a todo usuario adulto que lo demande, el cual tenga algún grado de discapacidad o deficiencia músculo-esquelética.

Servicios de Apoyo (Trabajo Social): Proporcionar atención de calidad a todos los usuarios que presenten situaciones familiares, económicas y sociales que afecten su proceso de rehabilitación.

2.5 Terapia Educativa:

No cuenta con objetivo porque ha sido incorporada recientemente a los servicios de terapia de rehabilitación.

⊕ RECURSO HUMANO:

La unidad Consulta Externa del CAL está conformada con los siguientes recursos humanos:

1. SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO

1.1 Servicios Médicos Especializados

- 5 plazas de Médico Especialista: Médico de Familia, Ortopeda, Fisiatra, Urólogo y Neurólogo.

1.2 Servicios de Apoyo :Psicología

- 2 plazas de Psicólogo

1.3 Servicios de Apoyo : Trabajo Social

- 3 plazas de Trabajador Social

1.4 Servicios de Apoyo : Imagenología (Rayos X)

- 1 plaza de Técnico en Rayos X

2. SERVICIOS DE REHABILITACION

- 1 plazas de Jefe de Terapias
- 1 plaza de secretaria I

- 2.1 Terapia Física
 - 24 plazas de Terapeuta
 - 2 plaza de Auxiliar de Terapeuta
- 2.2 Terapia Ocupacional
 - 6 plazas de Terapeuta
- 2.3 Terapia de Lenguaje
 - 2 plazas de Terapeuta
- 2.4 Educación Física Adaptada
 - 1 plazas de Terapeuta
- 2.5 Terapia Educativa
 - 1 plazas de Terapeuta

2.3.3.2 *Procedimientos de Consulta Externa del CAL:*

⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO

1.1 Servicios Médicos

1. **Atención de servicios médicos especializados:** Consiste en brindar las atenciones especializadas en las diferentes áreas de medicina de Consulta Externa las cuales son: Medicina Familiar, Neurología, Urología, Ortopedia, Fisiatría.
 - Recibir informe de evaluación de usuario de Trabajo Social
 - Diagnosticar de acuerdo a evaluación del usuario
 - Remitir a Especialidad medica
 - Remitir a Especialidades del CAL (UOT, ULAM, Terapias de Rehabilitación, Servicios de Apoyo)

1.2 Psicología

1.2.1 Psicología Consulta Externa

1. **Atenciones Individuales:** consiste en sesiones privadas con los usuarios con el/la psicólogo(a) encargado, de cada usuario, con el fin de apoyar el proceso de rehabilitación.
 - Programación de cita
 - Atención del usuario y evaluación para determinar el tratamiento a seguir
 - Establecer plan de tratamiento
 - Elaborar informe del caso

2. **Atenciones Grupales:** consiste en sesiones grupales con determinados usuarios que poseen características similares según sus condiciones, dichas sesiones se realizan con el fin de que exista una interrelación con los usuarios y compartan experiencias que puedan aportar algún beneficio en el proceso de rehabilitación.
 - Formación de Grupos
 - Elaborar plan de trabajo
 - Programar Atenciones
 - Elaborar informe de Atenciones

1.2.2 Psicología ULAM

1. **Atenciones Individuales:** consiste en sesiones privadas con los usuarios con el/la psicólogo(a) encargado, de cada usuario, con el fin de apoyar el proceso de rehabilitación.
 - Entrevistar a familiar de usuario
 - Programar cita con usuario
 - Brindar atención y diagnosticar condición del usuario
 - Programar plan de tratamiento en periodo de internamiento
 - Elaborar informe mensual de avance
2. **Atenciones Grupales:** consiste en sesiones grupales con determinados usuarios que poseen características similares según sus condiciones, dichas sesiones se realizan con el fin de que exista una interrelación con los usuarios y compartan experiencias que puedan aportar algún beneficio en el proceso de rehabilitación.
 - Seleccionar usuarios que integran grupos en base a edad y patología
 - Elaborar metodología a desarrollar en atenciones grupales
 - Dar seguimiento a grupos

1.3 Trabajo Social

1. **Visitas de campo:** consiste en realizar visitas a los domicilios de los usuarios para evaluar el ambiente familiar en el que se desenvuelve el mismo, y poder realizar un diagnóstico más profundo del caso.
 - Entrevistar al usuario para conocer el caso
 - Elaborar Diagnóstico Sociofamiliar
 - Programar visitas domiciliarias
2. **Charlas del ISRI:** consiste en brindar charlas a familiares de los usuarios con el fin de que tengan un conocimiento más directo sobre la rehabilitación del usuario y como pueden participar en la misma.

- Elaborar programación de charlas
 - Preparar temas y recursos a utilizar
 - Seleccionar participantes
 - Elaborar informes de charlas impartidas
3. **Contacto inicial:** consiste en realizar la primera entrevista al usuario que llega al CAL para recibir los diferentes servicios que brinda el centro, realizando la primera evaluación del usuario y su discapacidad para la remisión a las distintas especialidades del CAL.
- Realizar entrevista personal
 - Evaluar condición del usuario
 - Remitir a Médico para su Diagnóstico
4. **Evaluación de casos:** consiste en realizar una evaluación integral del usuario para determinar su condición mediante un equipo interdisciplinario.
- Recibir remisión de usuario para evaluación
 - Programar Evaluaciones de usuario
 - Entrevista con usuario y familiar
 - Elaboración de hojas de evaluación y acuerdos

1.4 Imagenología

1. **Toma de radiografía:** consiste en la prestación de servicios de toma de rayos x a los usuarios del CAL.
- Revisar Solicitud de Radiografía
 - Tomar de radiografía
 - Entregar y registrar Radiografía en control

2. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

1. **Ingreso:** consiste en registrar al usuario según los servicios de terapia para los que haya sido remitido y posteriormente programar citas de terapia.
- Recibir expediente del usuario
 - Programación de citas de terapias
 - Proporcionar indicaciones previas a los servicios de terapias de rehabilitación
2. **Atención:** consiste en proporcionar los servicios de las distintas terapias de rehabilitación que posee el CAL.
- Recibir expediente del usuario
 - Brindar atención según diagnóstico y plan de tratamiento
 - Registrar en control de terapias

3. **Egreso:** consiste en el alta del usuario por haber finalizado su proceso de rehabilitación.
 - Recibir reporte de alta del usuario
 - Registrar alta en control de usuarios
 - Comunicar a Terapista alta del usuario

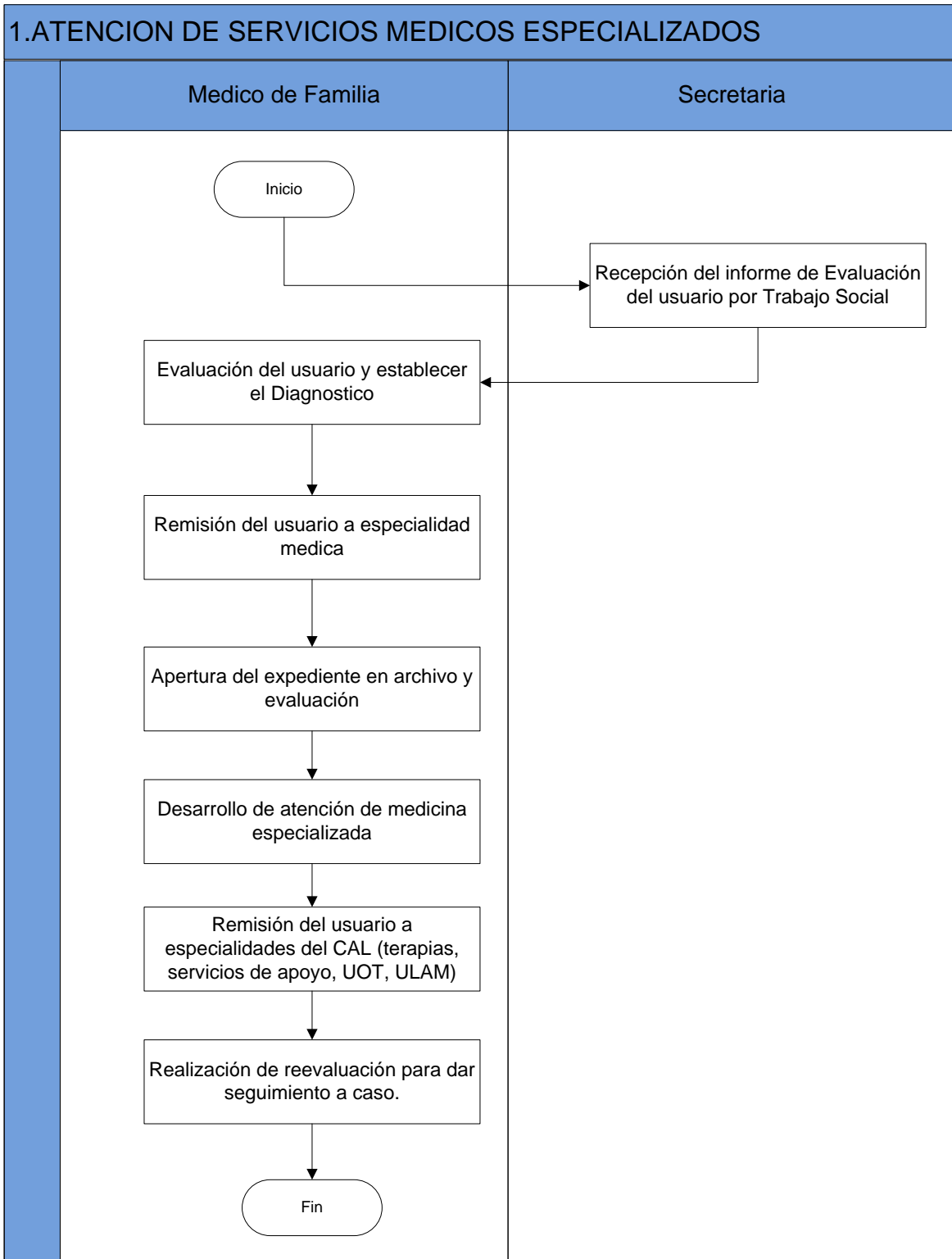
4. **Control de metas:** consiste en llevar el control de las atenciones brindadas por los terapistas para verificar el cumplimiento de metas de acuerdo a lo planificado.
 - Recibir registros de control de terapistas
 - Elaborar informe conglomerado de sección y de la unidad
 - Elaborar informe trimestral de control de metas

5. **Control de Expediente:** este proceso consiste en retiro y uso de los expedientes de los usuarios de Estadística y Documentos Médicos para su respectivo control de usuarios cuando estos reciben los servicios de terapias.
 - Solicitar expedientes mediante vales
 - Retirar expedientes de Estadísticas y Documentos Médicos
 - Entregar a Terapistas
 - Control de usuarios
 - Entregar a coordinador los expedientes prestados
 - Regresar documentos a Estadísticas y Documentos Médicos

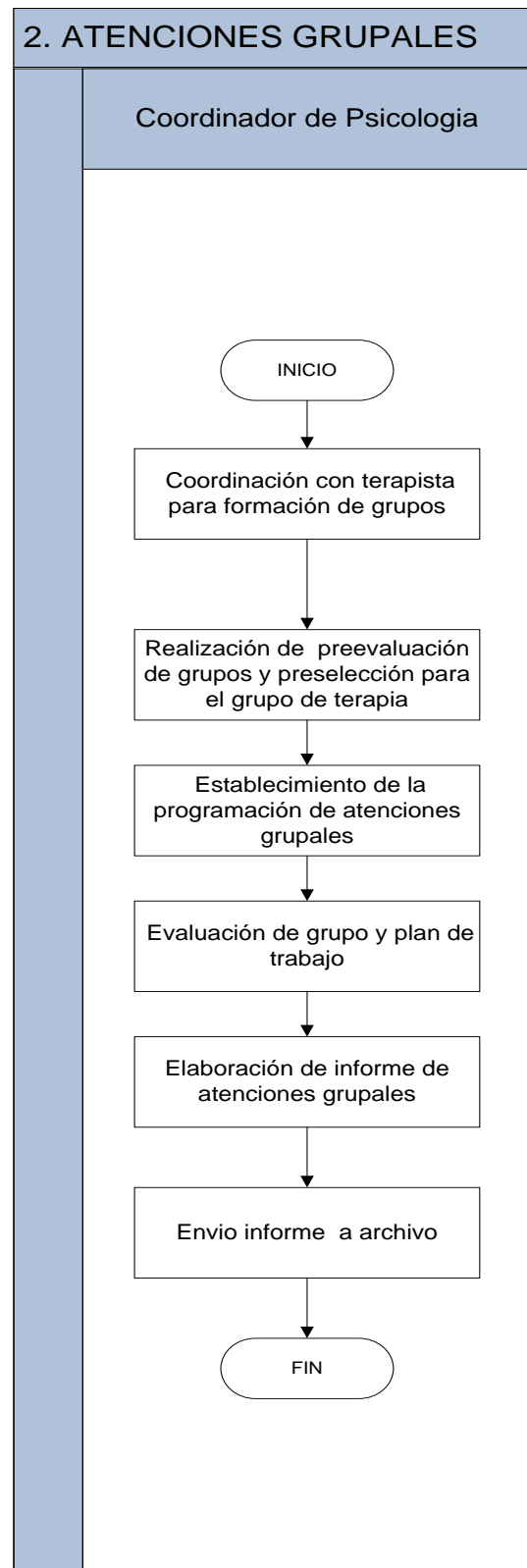
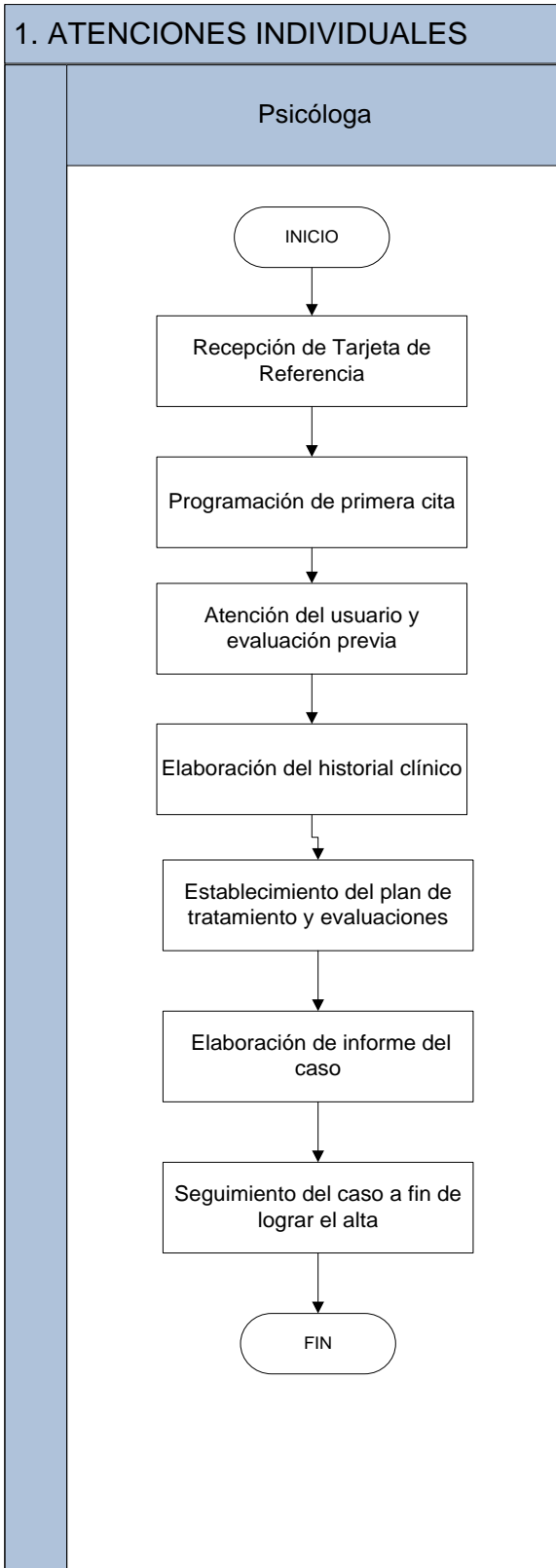
6. **Remisión de usuario:** consiste en la remisión de los usuarios al equipo interdisciplinario para evaluación.
 - Elaborar vale de referencia
 - Elaborar informe para presentar a Equipo Interdisciplinario
 - Recepcionar resolución de Equipo Interdisciplinario

⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LO PROCESOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CAL:

- **SERVICIOS MEDICOS:**
- **Medicina Especializada**

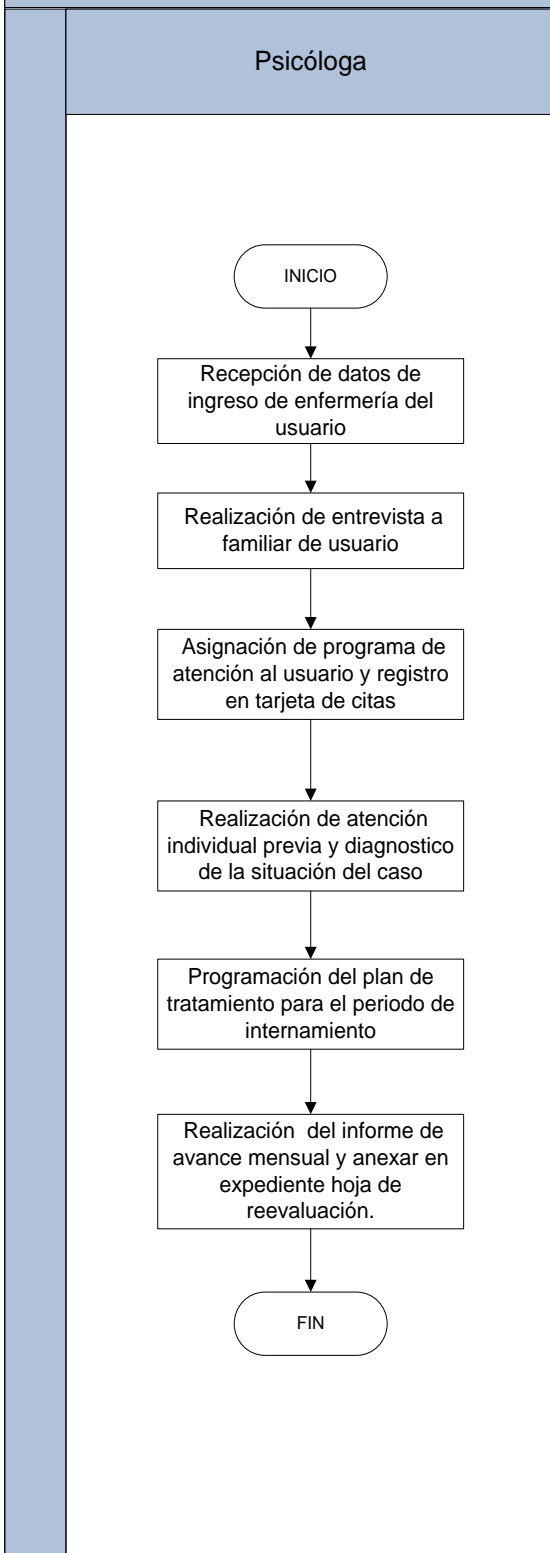


- Psicología

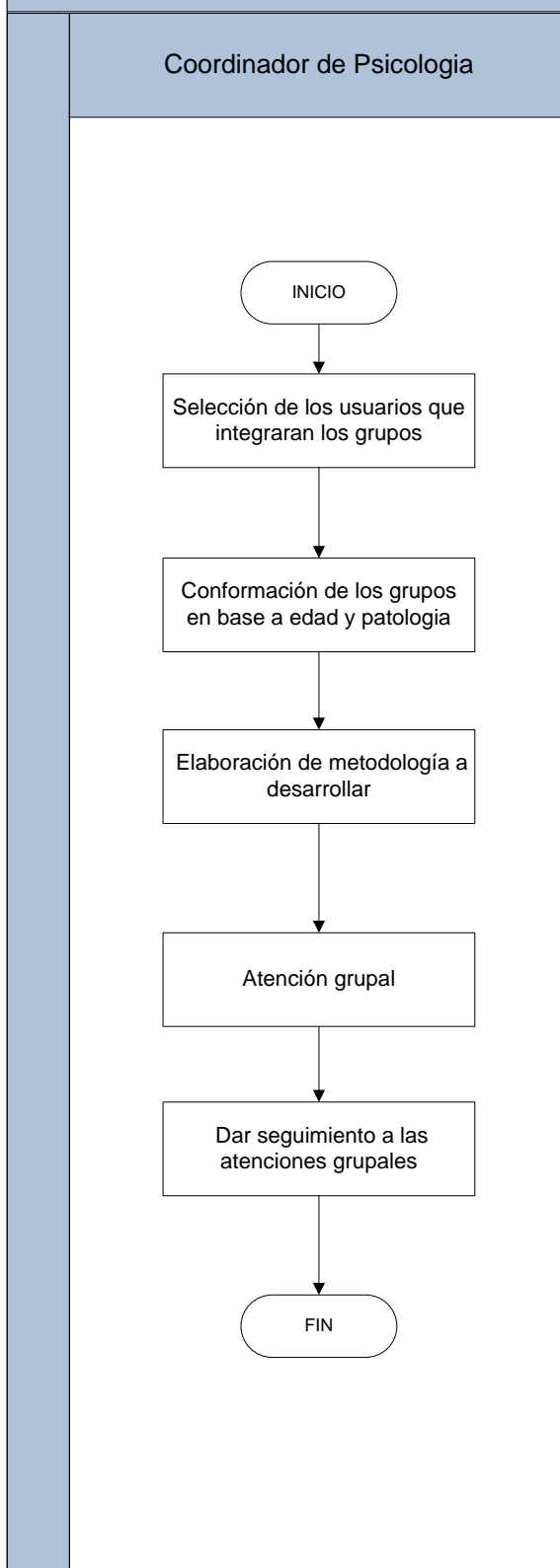


- **Psicología ULAM**

1. ATENCIONES INDIVIDUALES (ULAM)

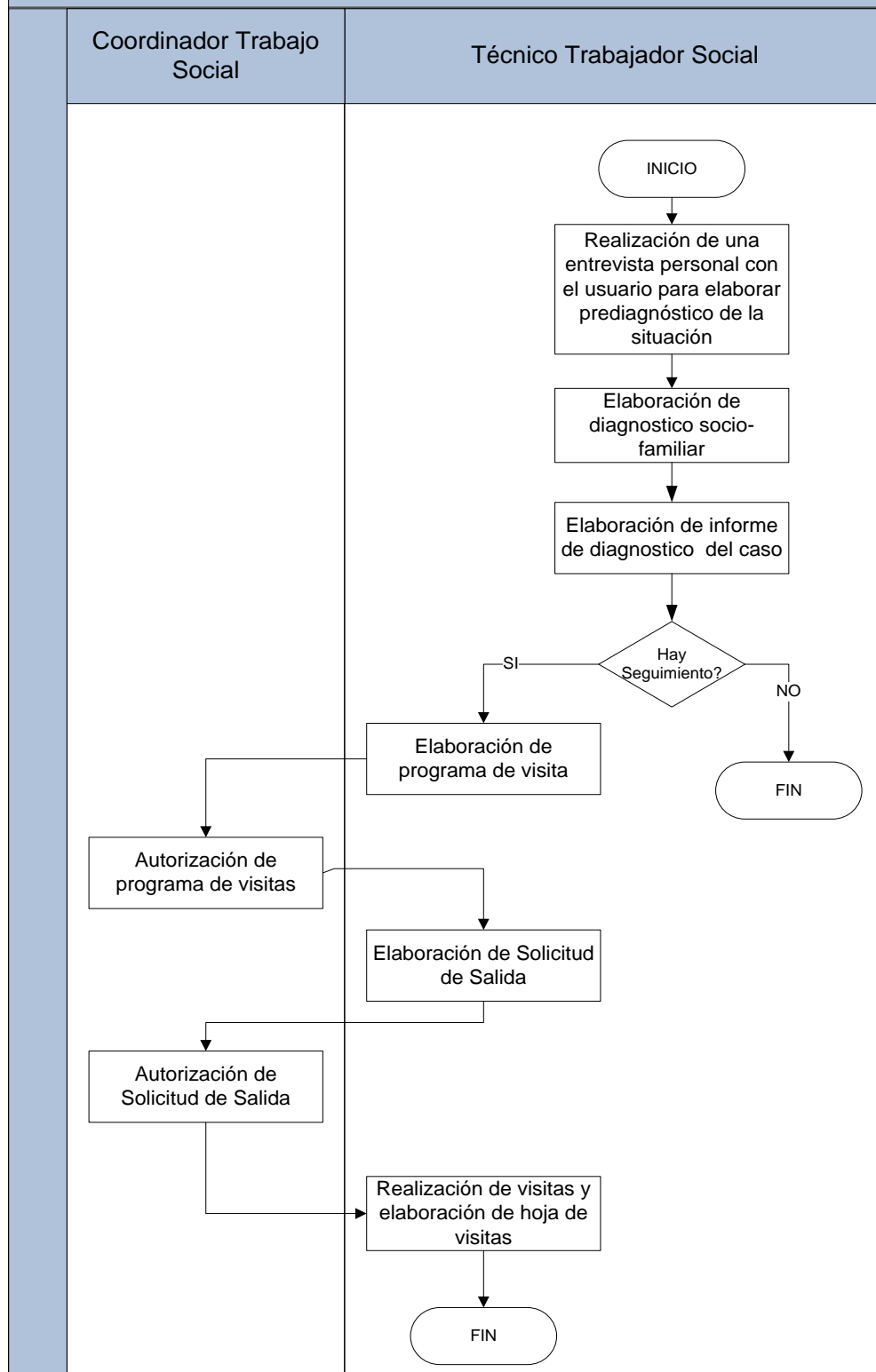


2. ATENCIONES GRUPALES (ULAM)

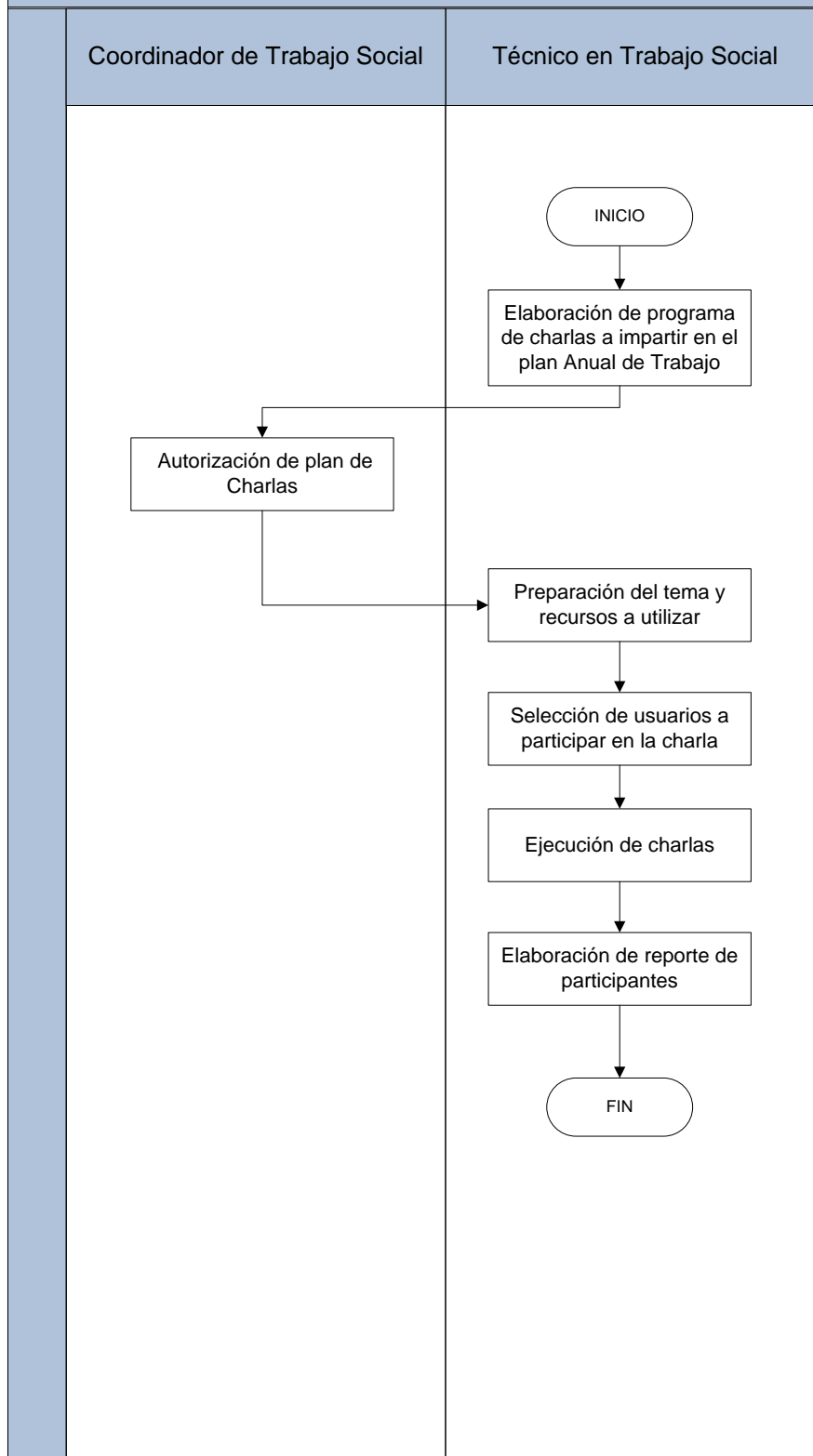


- Trabajo Social

1. VISITAS DE CAMPO

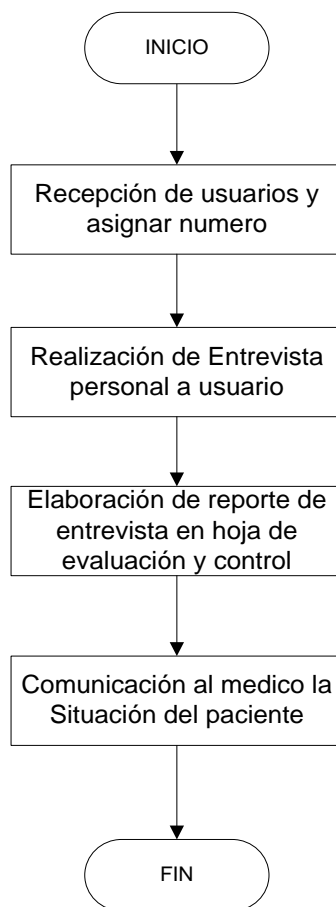


2. CHARLAS DEL ISRI

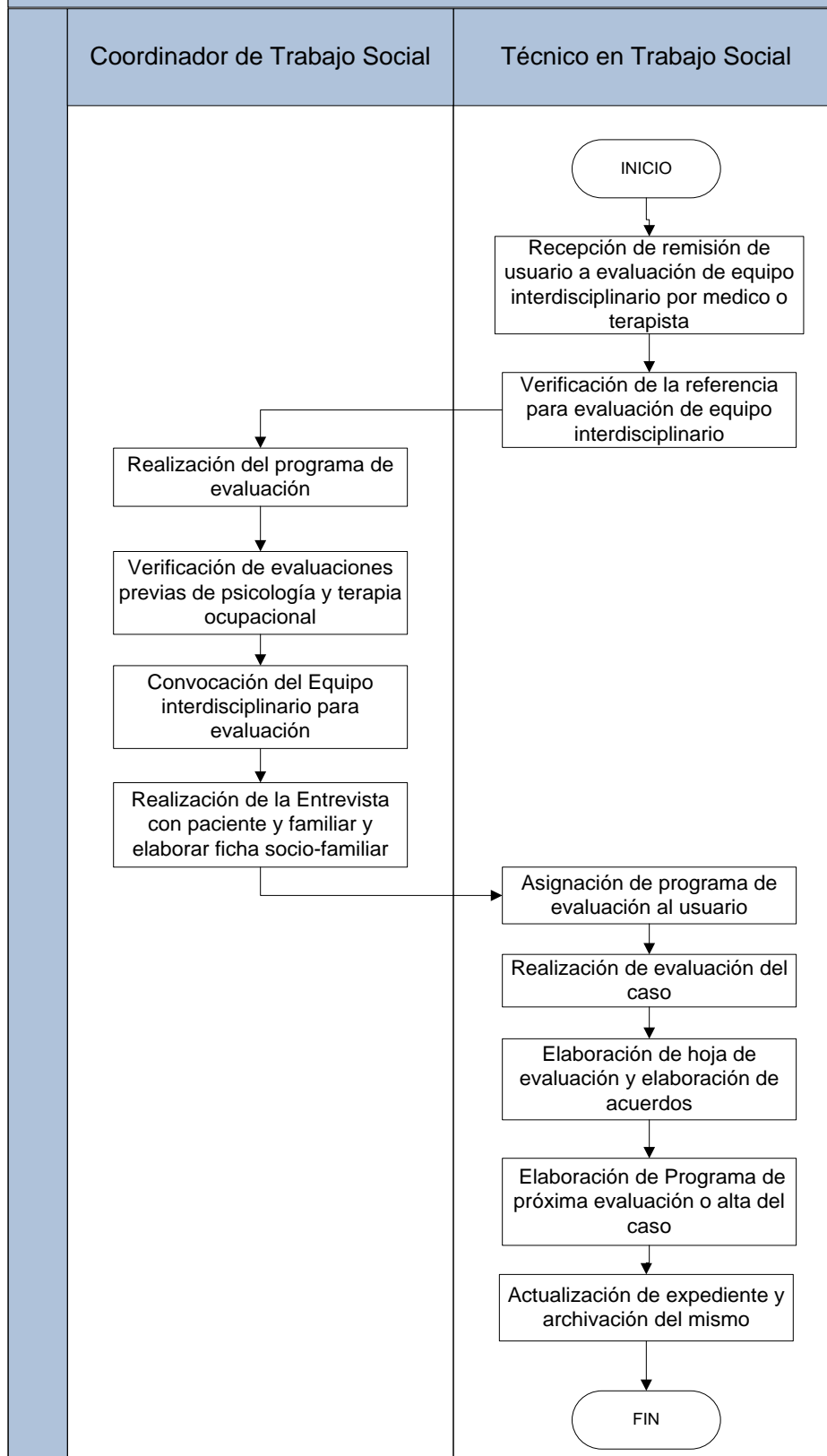


3. CONTACTO INICIAL

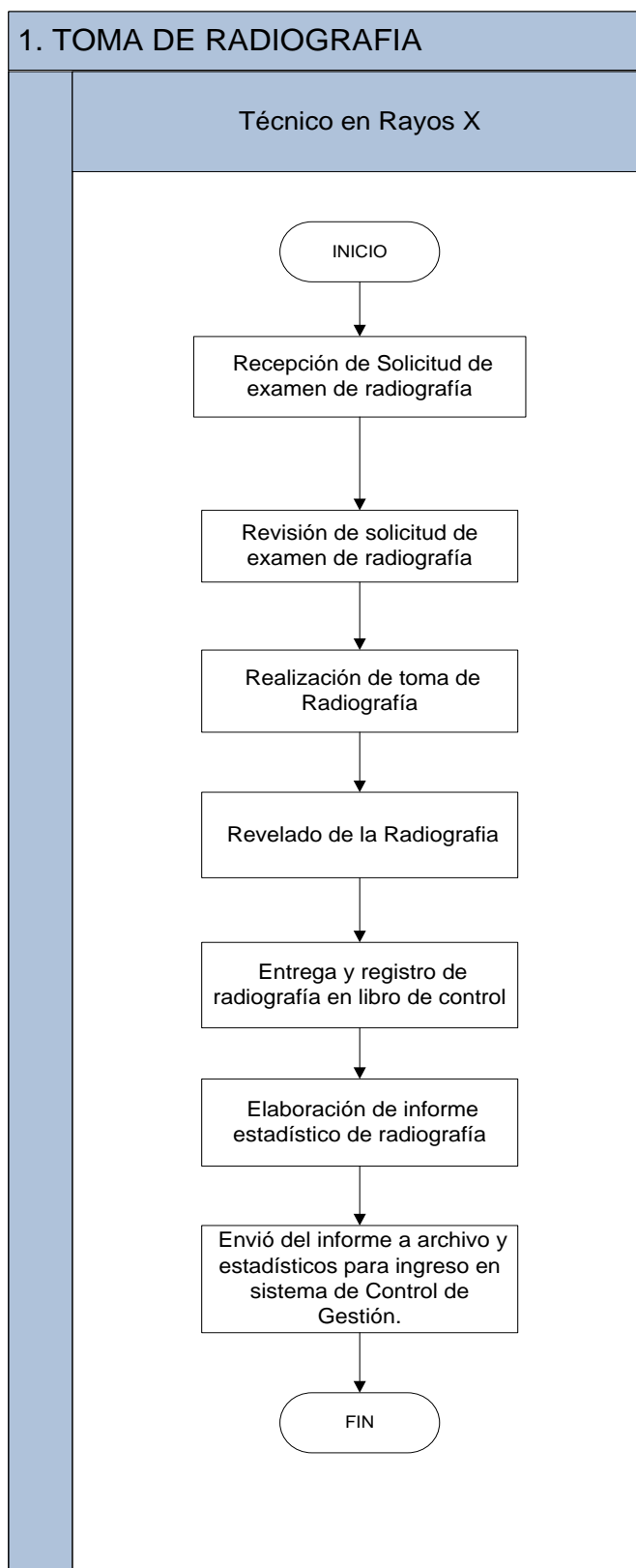
Técnico en Trabajo Social



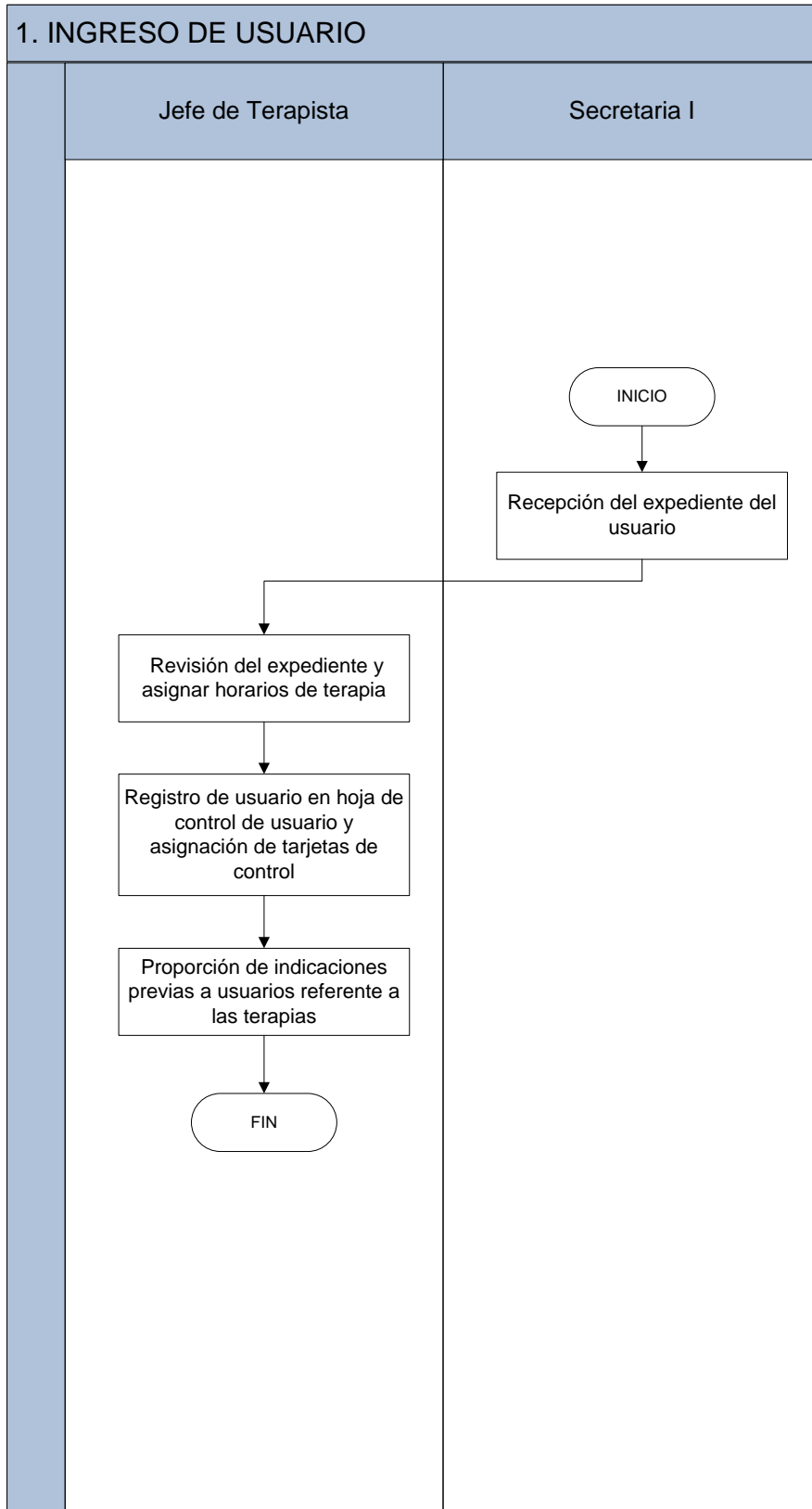
4. EVALUACIÓN DE CASOS



- **Imagenología**

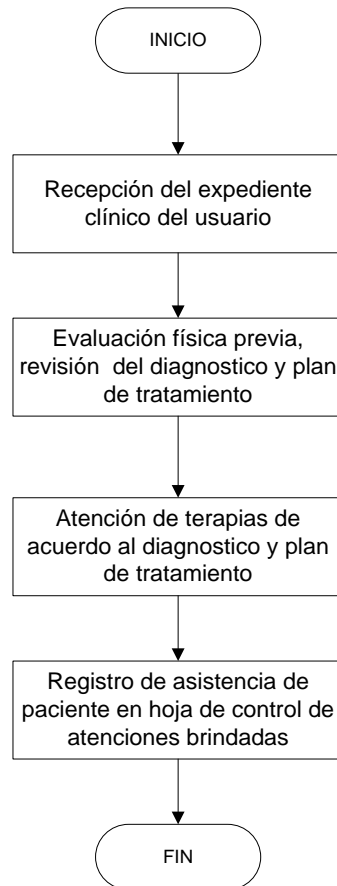


- SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

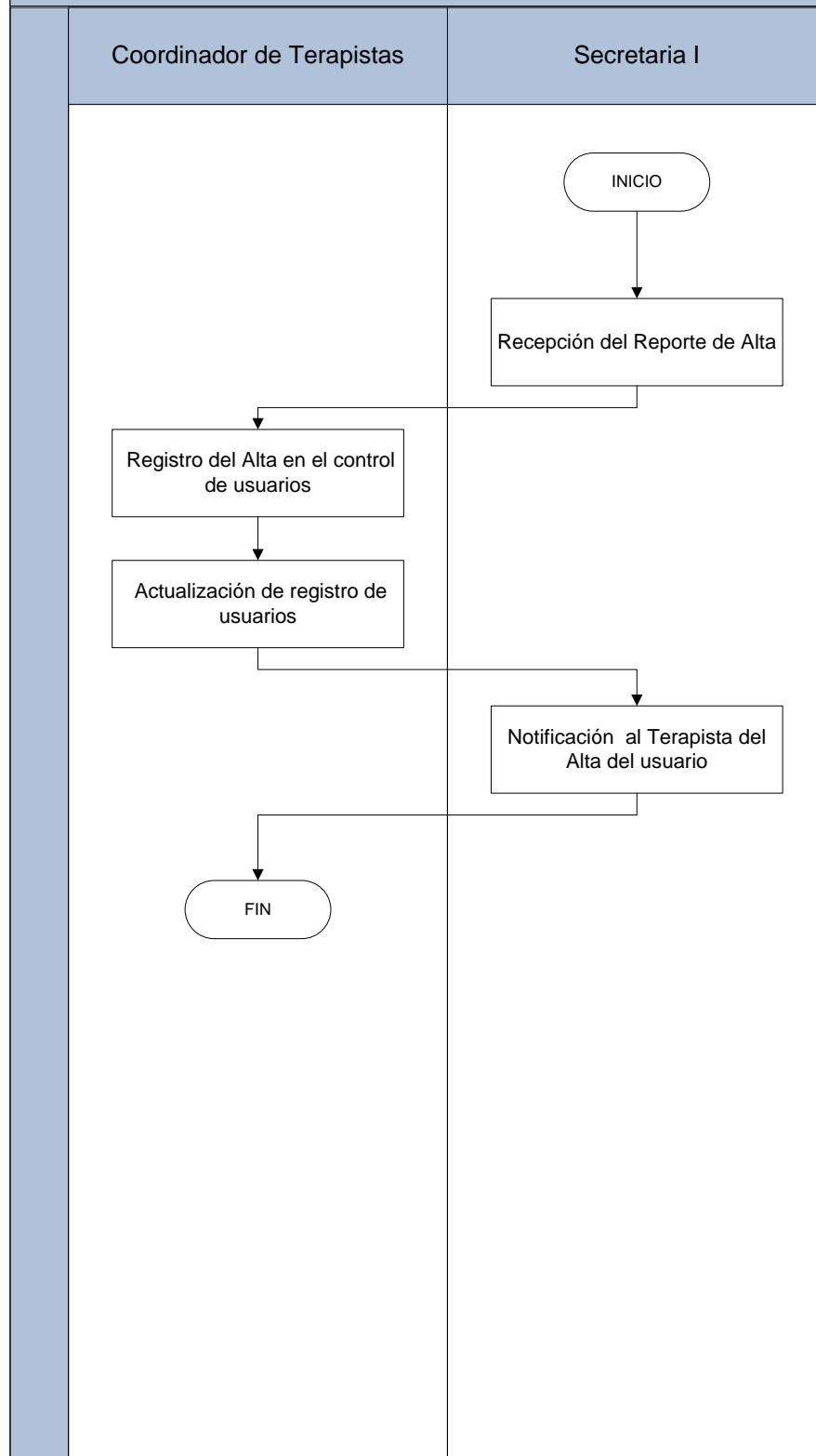


2. ATENCIÓN

Terapeuta

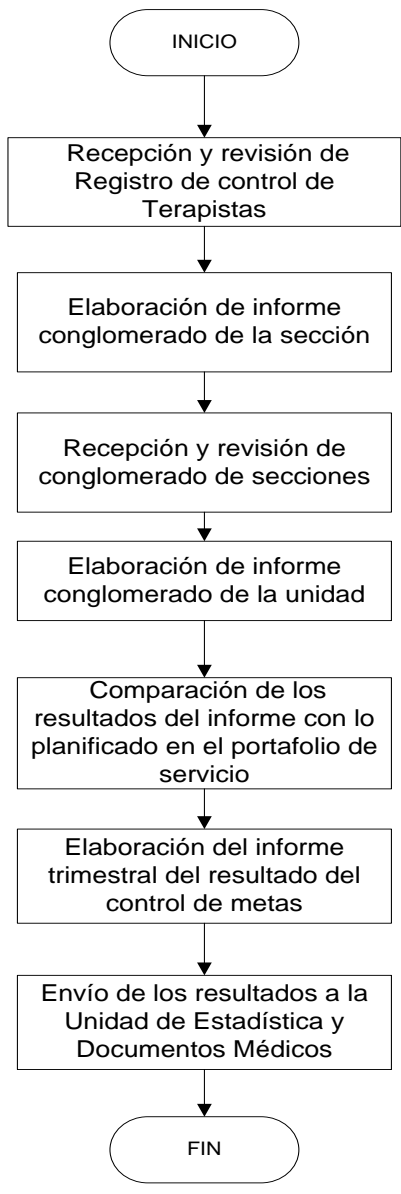


3. EGRESO

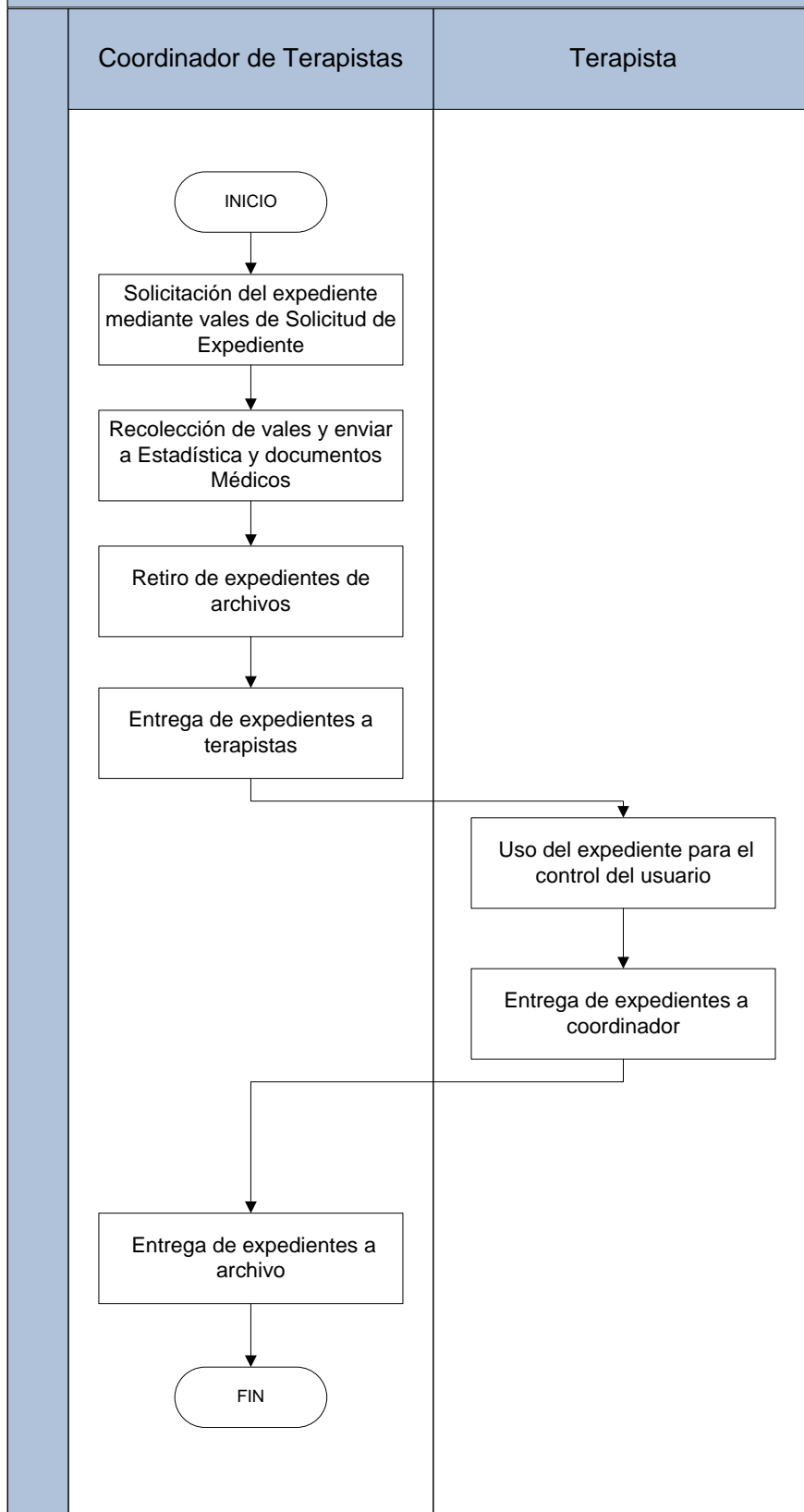


4. CONTROL DE METAS

Coordinador de Terapistas

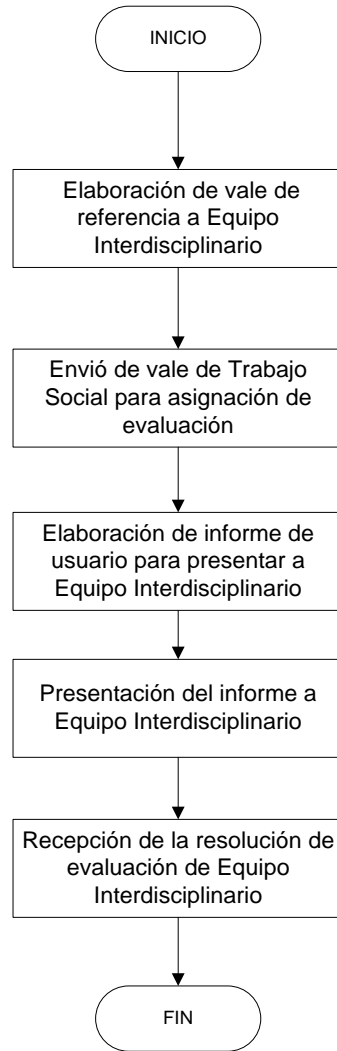


5. CONTROL DE EXPEDIENTES



6. REMISION DE USUARIO

Coordinador de Terapistas



2.3.3.3 Mapas de Procesos y procedimientos de las Unidades de Consulta Externa del CAL

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 33: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Consulta Externa, Servicios Médicos y De Apoyo del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Consulta Externa, Servicios Médicos y De Apoyo.	
Proceso: Servicios Médicos	
PSMA.1	1. Atención de servicios médicos especializados

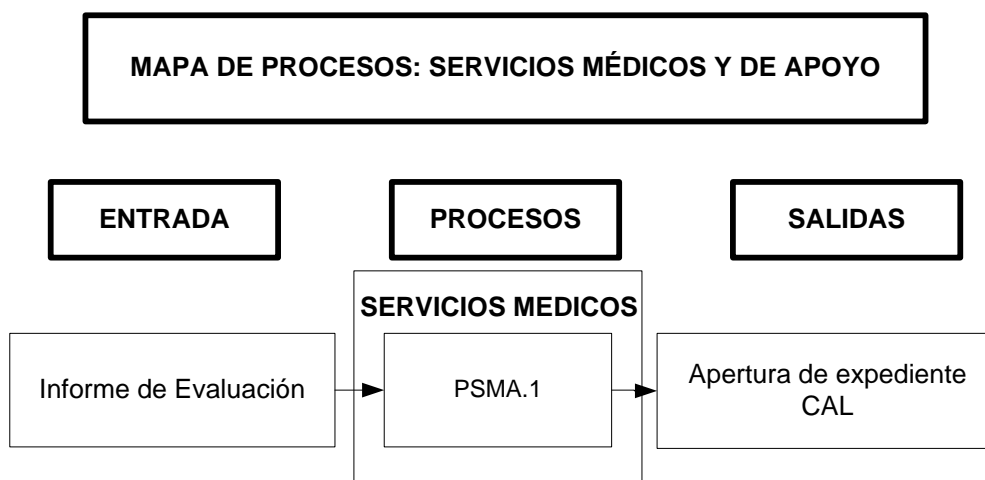


Tabla 34: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Psicología del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Psicología del CAL	
Proceso: Servicios de Apoyo (Parte I)	
PPSI.1	1. Atenciones individuales
PPSI.2	2. Atenciones grupales
PPSIULAM.1	1. Atenciones individuales(ULAM)
PPSIULAM.2	2. Atenciones grupales(ULAM)

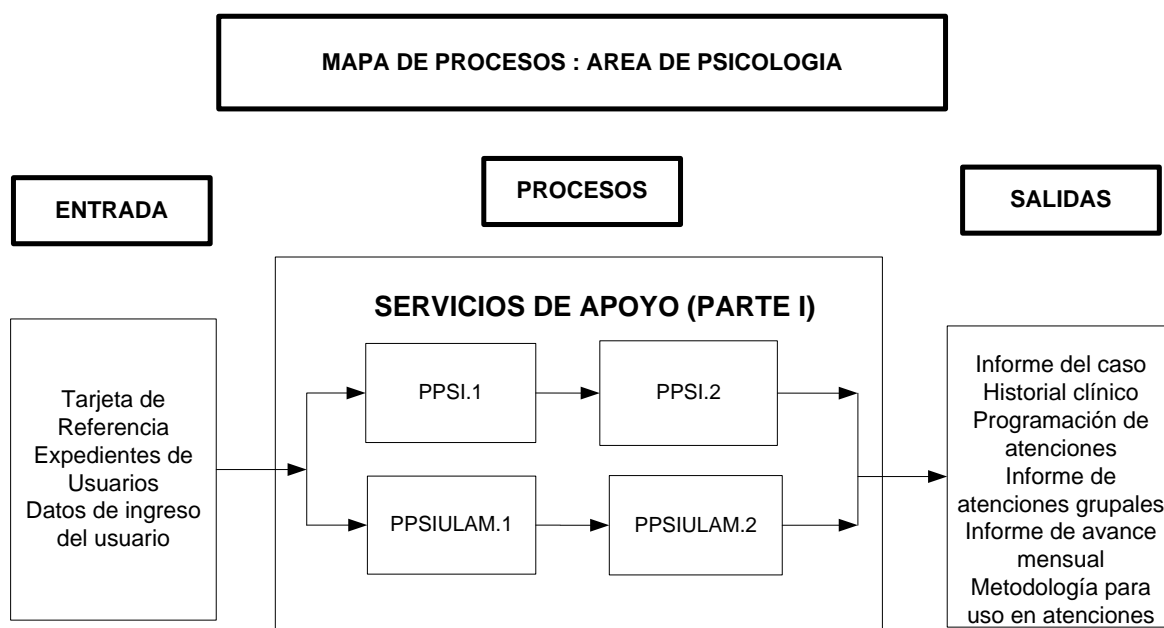


Tabla 35: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Trabajo Social del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Trabajo Social del CAL	
Proceso: Servicios de Apoyo (Parte II)	
PTS.1	1. Visitas de campo
PTS.2	2. Charlas del ISRI
PTS.3	3. Contacto inicial
PTS.4	4. Evaluación de casos

MAPA DE PROCESOS : AREA DE TRABAJO SOCIAL

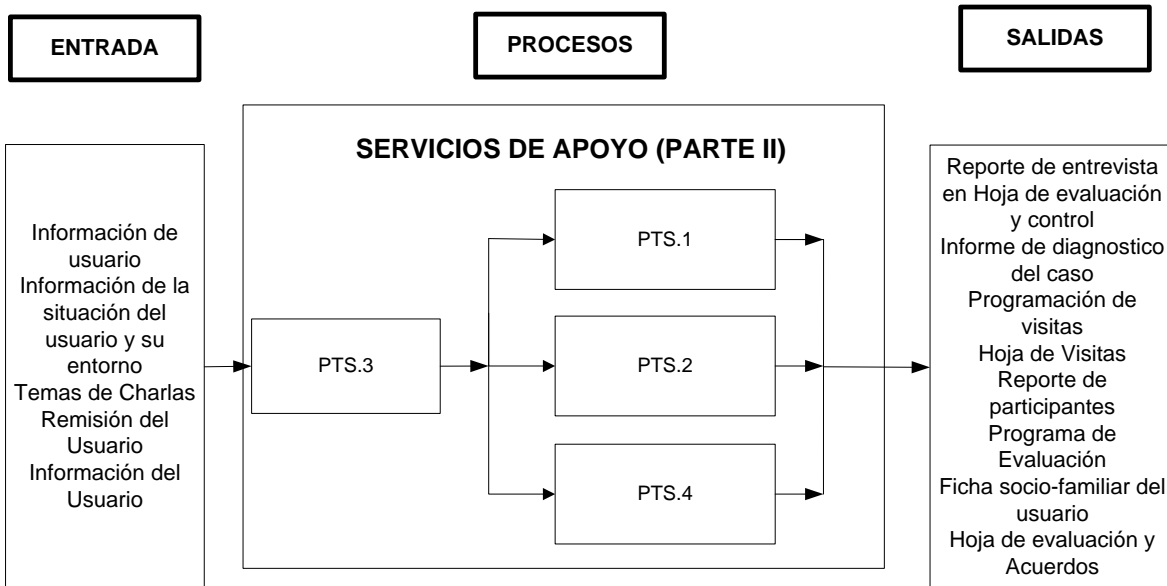


Tabla 36: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Imagenología del CAL

Códigos de Procesos del Área de Imagenología del CAL	
Proceso: Servicios de Apoyo (Parte III)	
PIMAGE.1	1. Toma de radiografía

MAPA DE PROCESOS: IMAGENOLOGIA

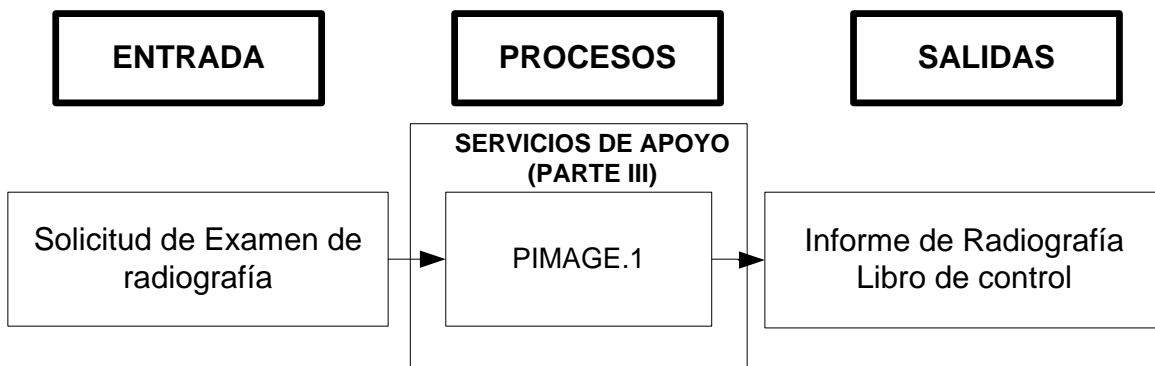
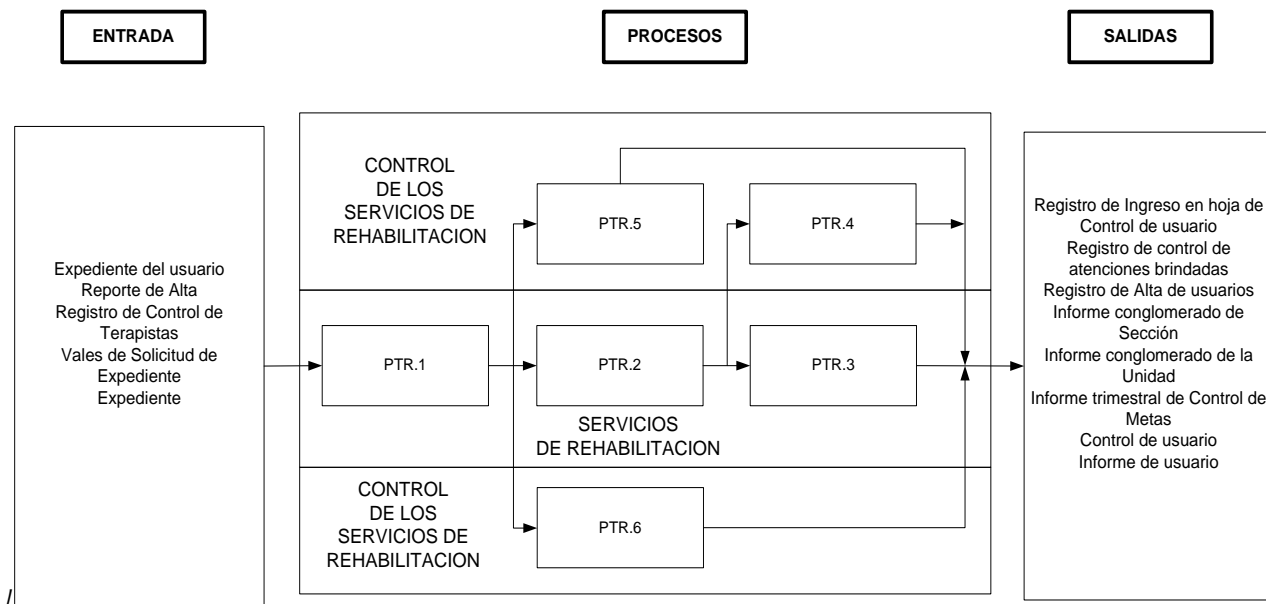


Tabla 37: Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Terapias de Servicios de Rehabilitación del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos del Área de Terapias, Servicios de Rehabilitación, CAL	
Proceso: Servicios de Rehabilitación	
PTR.1	1. Ingreso
PTR.2	2. Atención
PTR.3	3. Egreso
Proceso: Control de Servicios de Rehabilitación	
PTR.4	4. Control de metas
PTR.5	5. Control de expediente
PTR.6	6. Remisión de usuario

MAPA DE PROCESOS : AREA DE TERAPIAS, SERVICIOS DE REHABILITACION



2.3.4 UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES -ULAM

2.3.4.1 Generalidades de ULAM:

⊕ ORGANIZACIÓN:

La Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares está conformada por:

1. SERVICIOS DE ENFERMERÍA
2. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN
3. SERVICIOS DE APOYO: Psicología y Trabajo Social
4. SERVICIOS MÉDICOS: Médico General y Especialista de Consulta Externa

⊕ OBJETIVO:

Brindar atención oportuna, con calidad y calidez al usuario ingresado en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM).

⊕ RECURSO HUMANO:

La Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares del CAL está conformada con los siguientes recursos humanos:

- 1 plaza de Médico General
- 1 plaza de Jefe del departamento de Enfermería
- 4 plazas de Enfermera
- 8 plazas de Auxiliar de Enfermera
- 1 plaza de Auxiliar de Servicios Generales

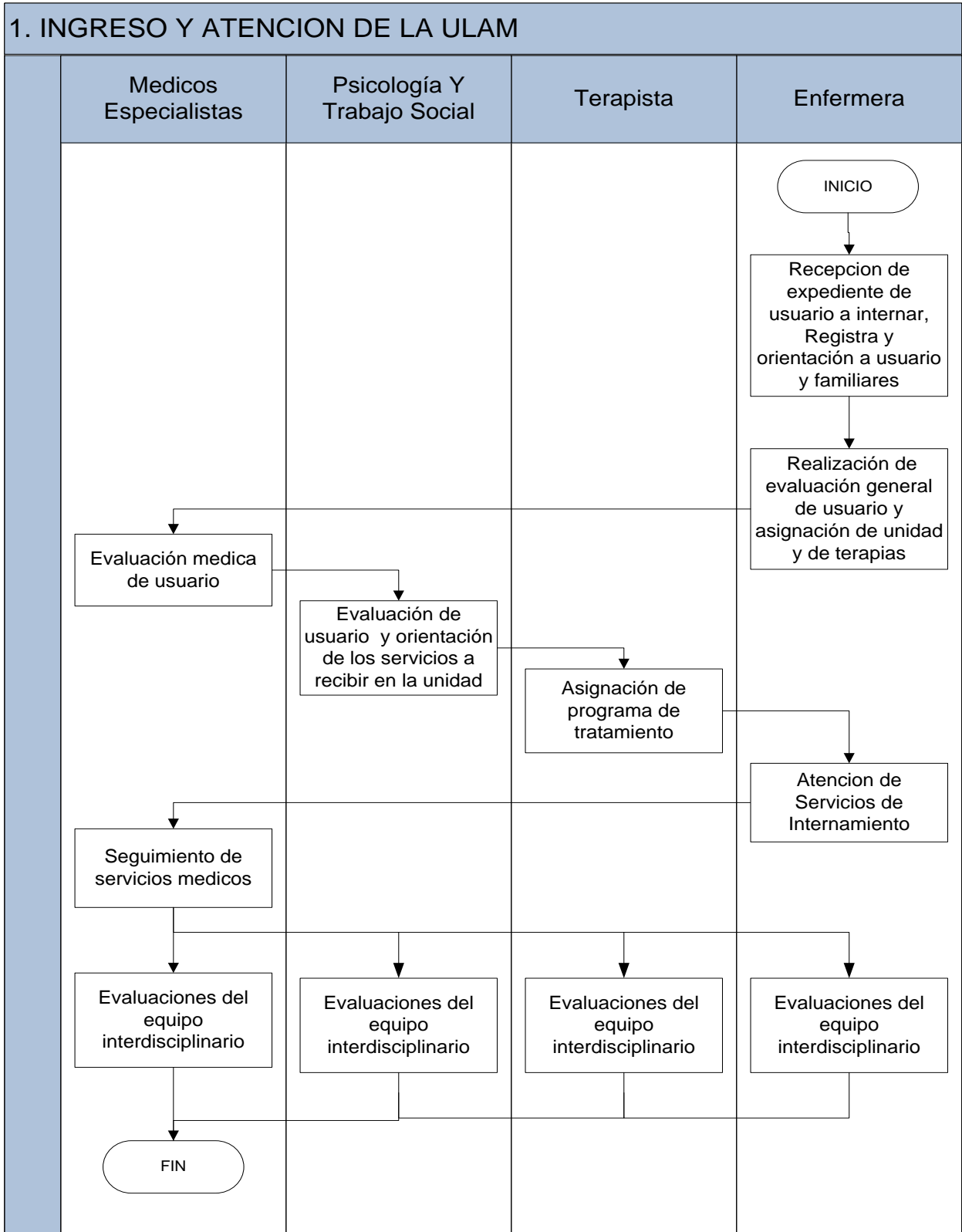
2.3.4.2 Procedimientos de la ULAM:

⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. **Ingreso y atención en la ULAM:** consiste en registrar el ingreso del nuevo usuario interno y proporcionar las atenciones de acuerdo a las necesidades del mismo.
 - Recepcionar expediente del usuario y proporcionar indicaciones a usuarios y familiares
 - Evaluación general del usuario, asignación de unidad y área terapias}
 - Asignar programa de tratamiento
 - Brindar atenciones a internos
 - Evaluar al usuario por equipo interdisciplinario
2. **Egreso de la ULAM:** consiste en realizar la gestión de salida de los usuarios que finalizaron su proceso de rehabilitación o pueden continuar con su rehabilitación de manera ambulatoria.
 - Gestionar Consulta y expediente Consulta Externa

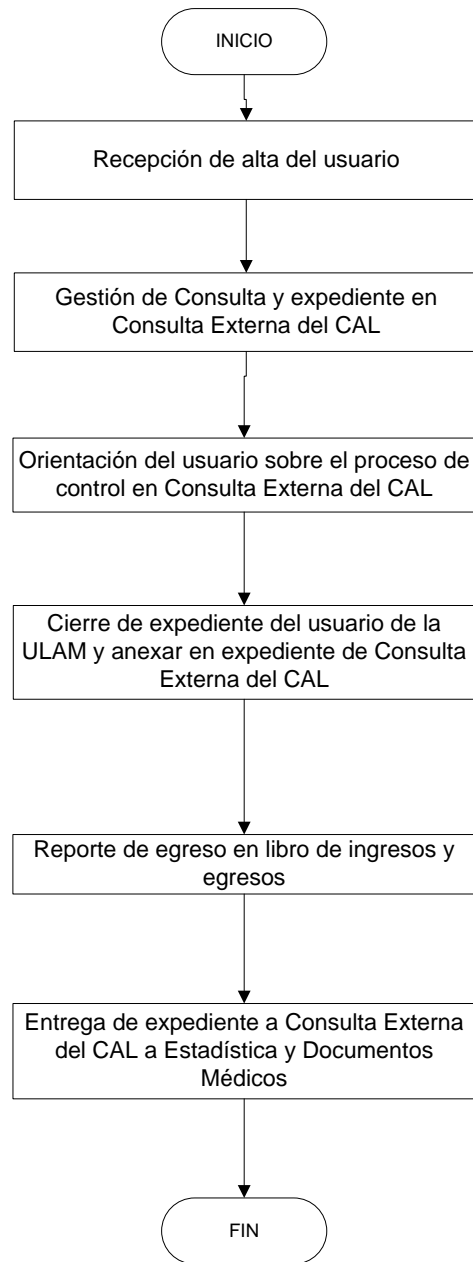
- Orientar al usuario sobre el proceso de control de Consulta Externa
 - Cierre de expediente de ULAM
 - Registrar egreso en Libro de Egresos de la ULAM
3. **Gestión de transporte programado:** consiste en la solicitud de transporte para el uso especial de los usuarios previamente programado.
- Elaborar solicitud de transporte
 - Enviar a autorización a dirección del CAL
 - Enviar solicitud de transporte a Servicios Generales
4. **Gestión de transporte no programado:** consiste en la solicitud de transporte para el uso especial de los usuarios de acuerdo a necesidades furtivas o no programadas.
- Elaborar solicitud de transporte
 - Enviar a autorización a dirección del CAL
 - Enviar solicitud de transporte a Servicios Generales
5. **Gestión de alimentación y dieta:** consiste en gestionar los requerimientos de alimentación y dietas de los usuarios que se encuentran internos en la ULAM.
- Elaborar hoja de solicitud de control de alimentación y dietas
 - Enviar a autorización a la dirección del CAL
 - Enviar solicitudes al Departamento de Alimentación y dietas
 - Elaborar informe de control de alimentación y dietas
 - Enviar informe a Administración del CAL
6. **Gestión de medicamentos:** consiste en gestionar los medicamentos a utilizar por los usuarios, con el departamento de Almacén Central.
- Recepcionar recetas medicas de usuarios
 - Elaborar conglomerado de recetas medicas diarias y elaborar solicitud de medicamentos
 - Enviar solicitud de medicamentos a Almacén Central
 - Recibir medicamentos solicitados y registrar lo recibido en control de medicamentos
7. **Gestión de insumos:** consiste en la solicitud de insumos necesarios para el funcionamiento de la ULAM.
- Elaborar listado de insumos a requerir
 - Enviar solicitud de insumos a Administración del CAL
 - Dar seguimiento a solicitud de insumos
 - Recibir insumos solicitados por la ULAM

⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ULAM:

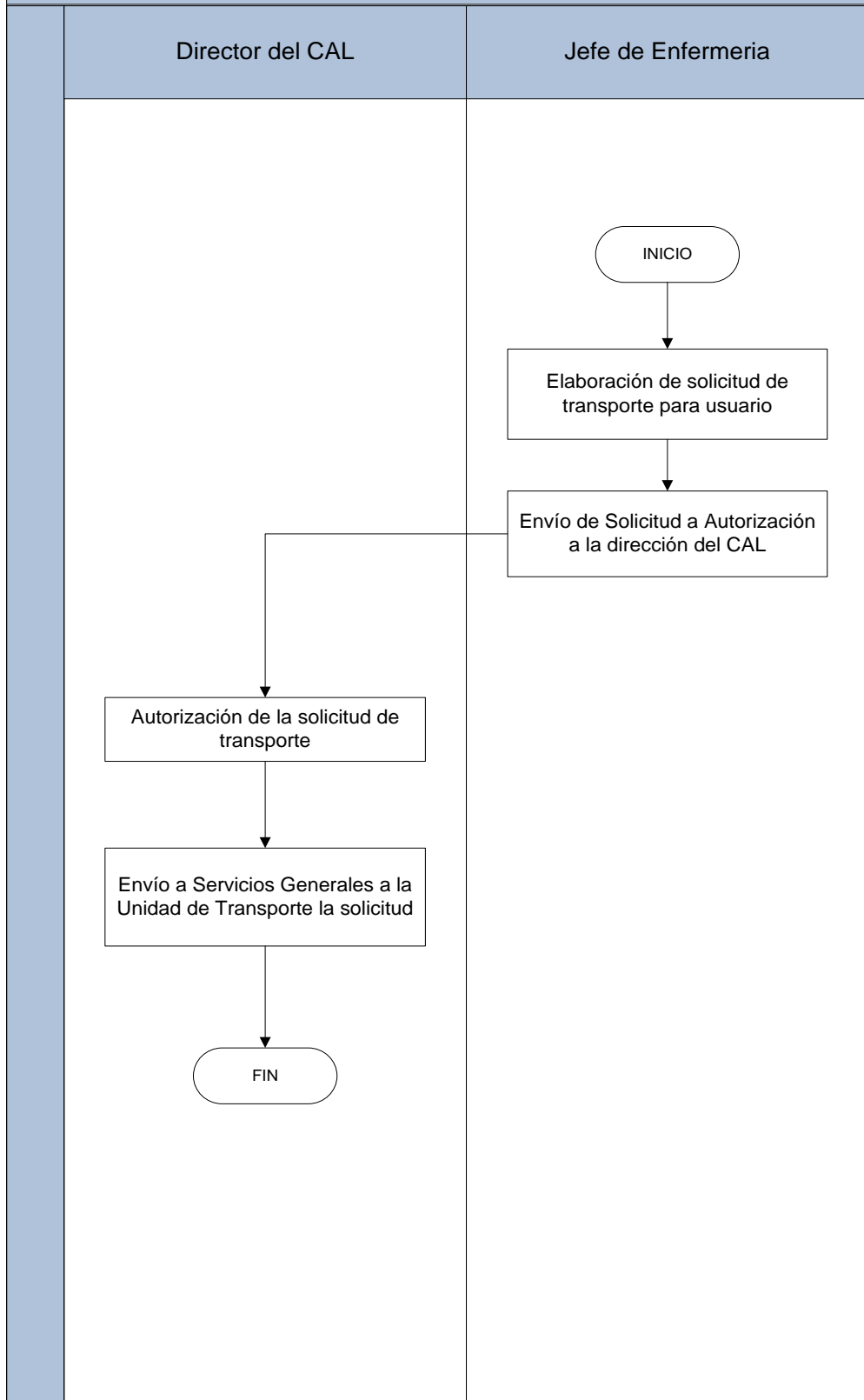


2. EGRESO DE LA ULAM

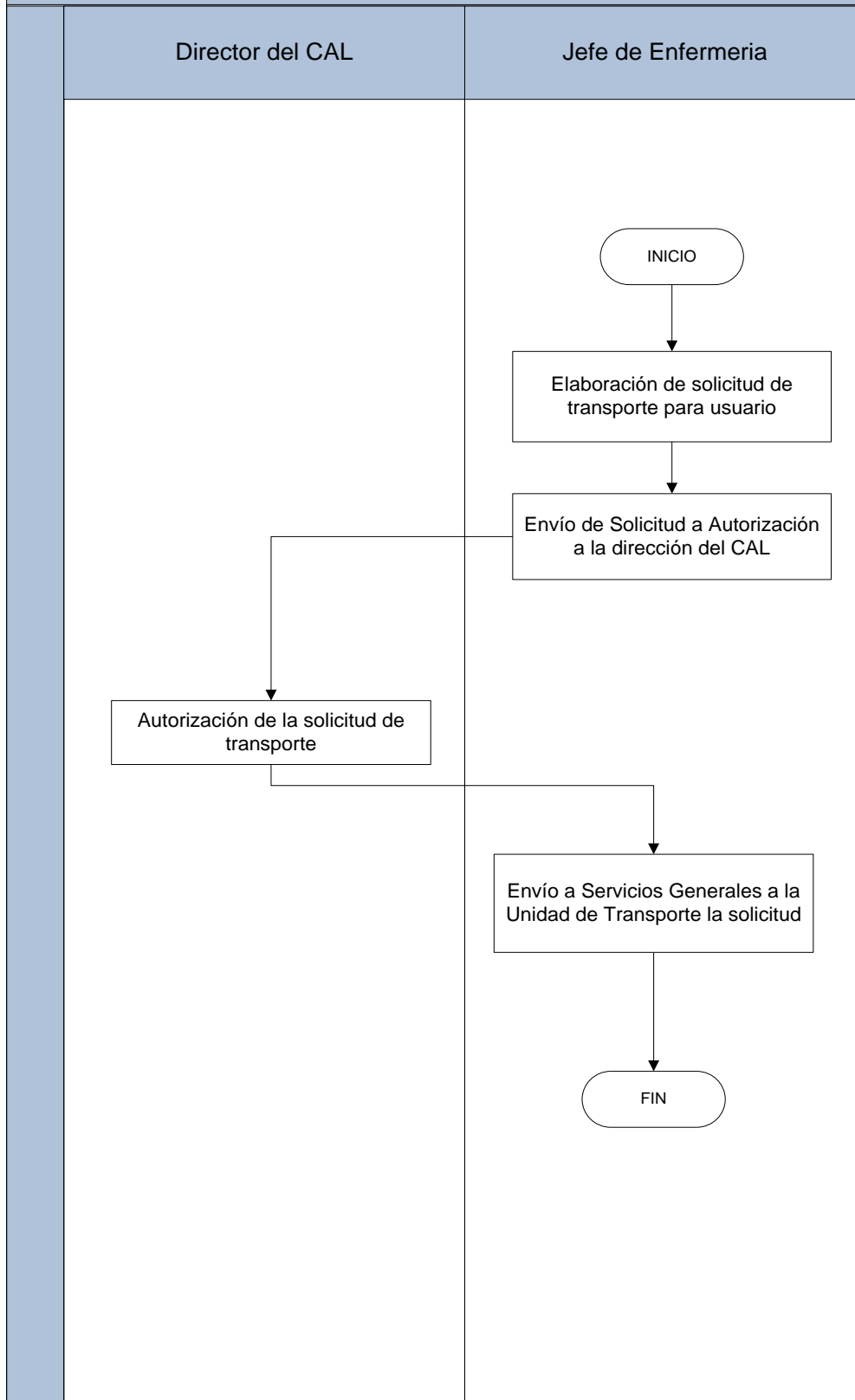
Enfermera



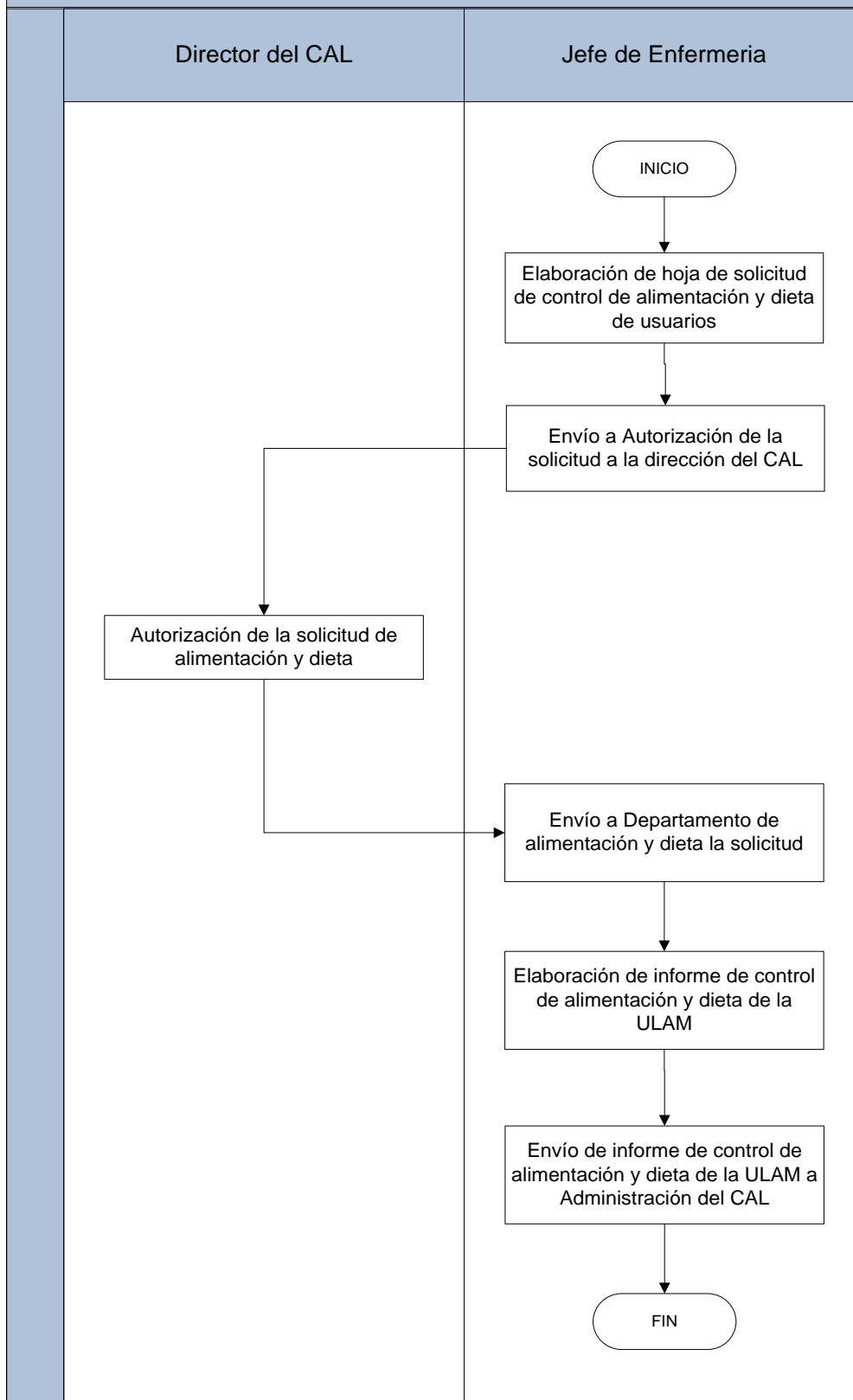
3. GESTIÓN DE TRANSPORTE PROGRAMADO



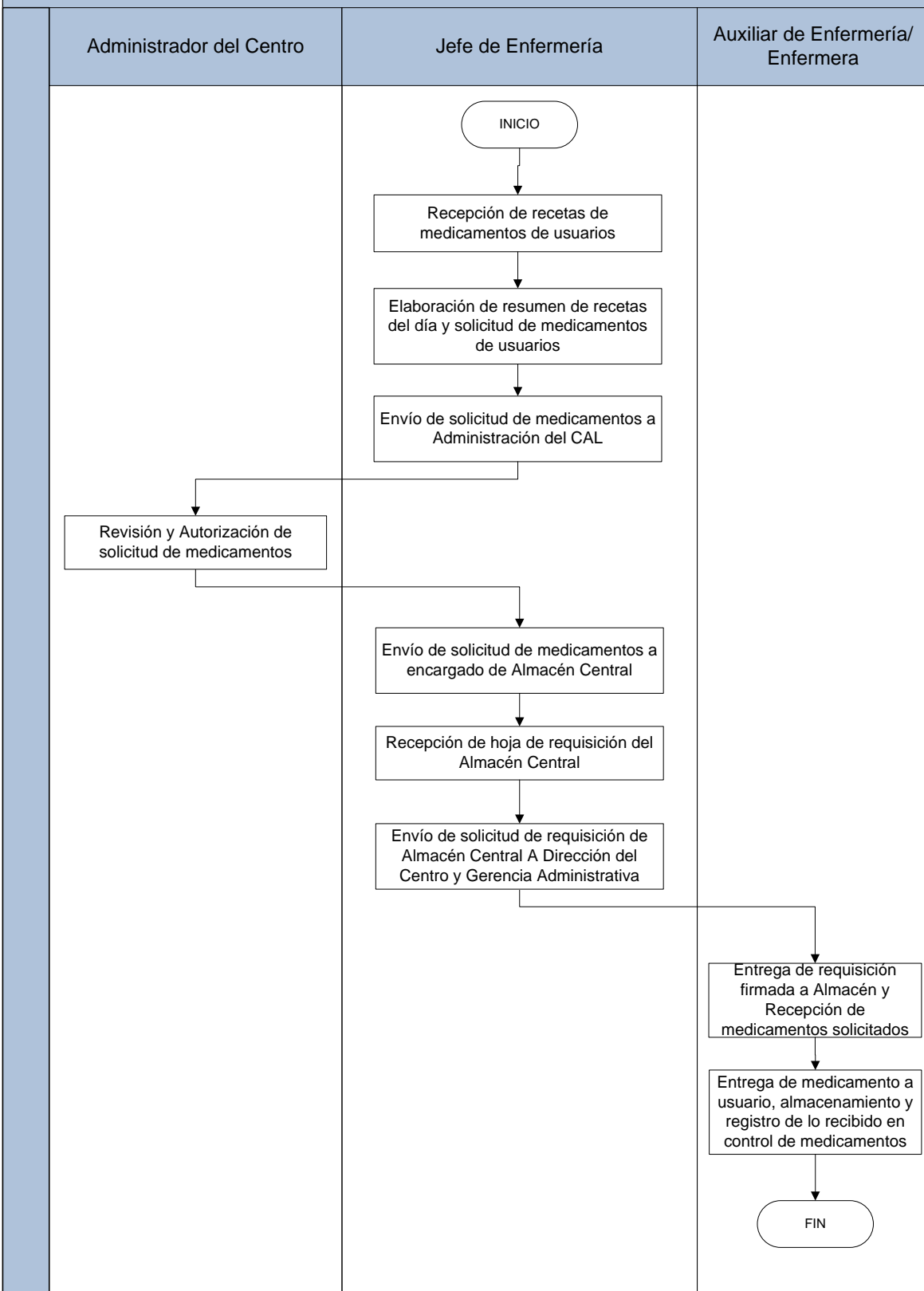
4. GESTIÓN DE TRANSPORTE NO PROGRAMADO



5. GESTIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DIETA

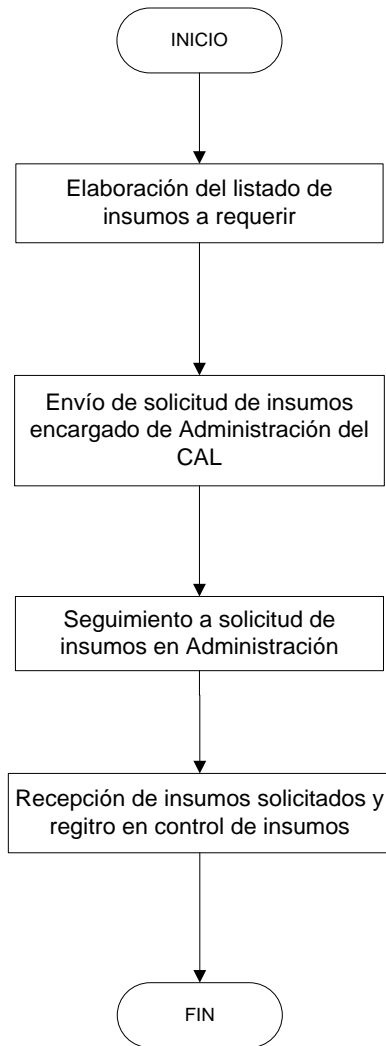


6. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS



7. GESTIÓN DE INSUMOS

Jefe de Enfermería

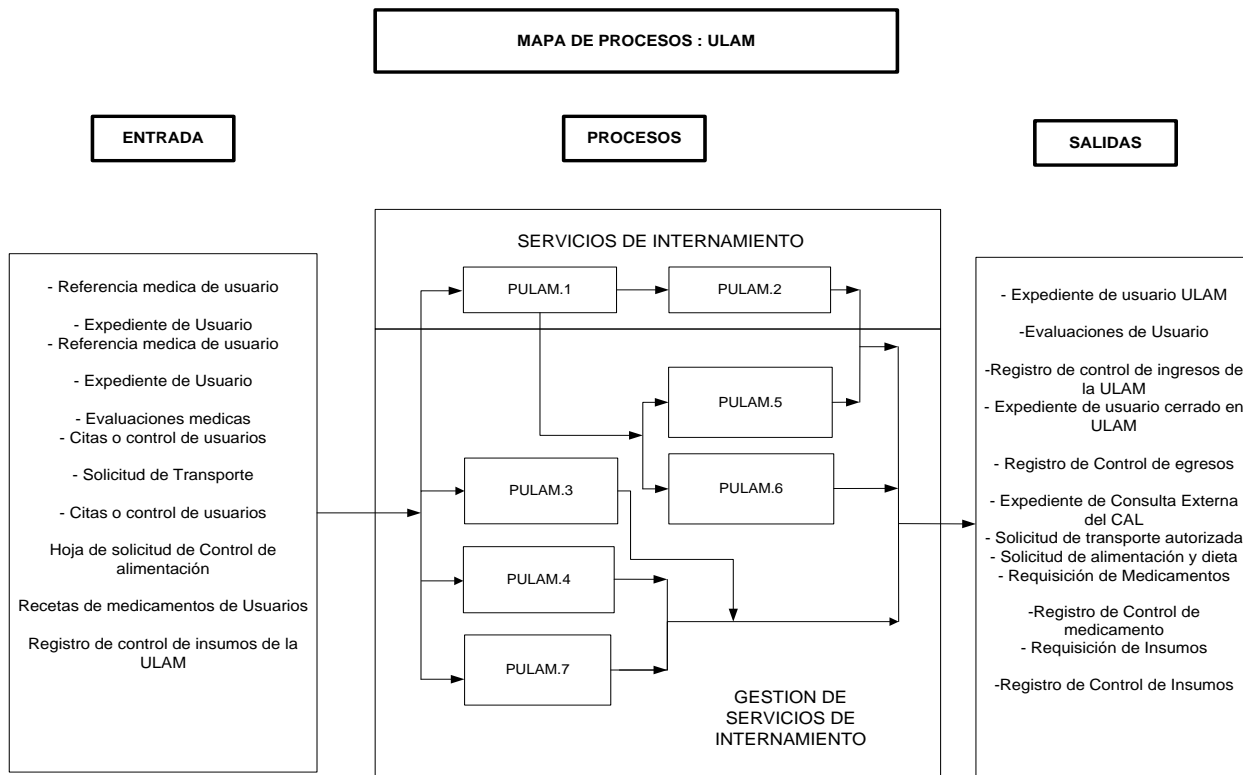


2.3.4.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de la ULAM:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimientos de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 38: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM) del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM), CAL	
Proceso: Servicios de Internamiento	
PULAM.1	1. Ingreso y atención en la ULAM
PULAM.2	2. Egreso de la ULAM
Proceso: Gestión de Servicios de Internamiento	
PULAM.3	3. Gestión de transporte programado
PULAM.4	4. Gestión de transporte no programado
PULAM.5	5. Gestión de alimentación y dieta
PULAM.6	6. Gestión de medicamentos
PULAM.7	7. Gestión de insumos



2.3.5 UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA - OUT

2.3.5.1 Generalidades de OUT:

⊕ ORGANIZACIÓN:

La Unidad de Ortopedia Técnica está conformada por:

1. LABORATORIO DE ORTÉSIS Y PRÓTESIS:
 - Fabricación de plantillas, afos, kafos, corset, Férula de mano, prótesis de miembro inferior, calzado ortopédico, etc.
2. TALLER DE COMPONENTES:
 - Fabricación de componentes de articulaciones de rodilla, cadera, estribo, férula de tela, etc.
 - Fabricación y reparación de sillas de rueda especiales adaptadas en madera.
3. CLÍNICA DE ORTÉSIS Y PRÓTESIS:
 - Adaptación de ortésis y prótesis a usuarios
 - Verificación de la elaboración correcta de las ortésis y prótesis

⊕ OBJETIVO:

Brindar una atención con eficiencia y calidad al usuario, a través de la elaboración de ayudas ortopédicas acorde a la prescripción médica, indispensables para superar o suplir su limitación física, a fin de lograr total o parcialmente su independencia en la locomoción.

⊕ RECURSO HUMANO:

La Unidad de Ortopedia Técnica está conformada con los siguientes recursos humanos:

- 1 plaza de Secretaria I
- 1 plaza de Jefe de Taller de Aparatos Ortopédicos
- 15 plazas de Técnicos en ortésis, prótesis y ayudas técnicas
- 1 plaza de médico especialista

⊕ PRODUCTOS FABRICADOS EN LA UOT:

Tabla 39: Códigos y Descripción de los Productos fabricados por la UOT

ORTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES

Nº	CODIGO	DESCRIPCION
1	B-1A	EWHO Palmar con Arnés de Extensión de codo para Niño
2	B-1B	EWHO Palmar con Arnés de Extensión de codo para Adulto
3	B-1C	WHO Palmar para Niño (Pasiva)
4	B-1D	WHO Palmar para Adulto (Pasiva)
5	B-1E	WHO Dorsal para Niño (Pasiva)
6	B-1F	WHO Dorsal para Adulto (Pasiva)
7	B-1G	WHO Férula Dinámica en Ortoplast
8	B-1H	Férula Estática o Dinámica para Falanges
9	B-2A	Sarmiento para Fractura de Húmero
10	B-2B	Ortosis Tipo Sarmiento

CORSETS

11	C-1A	TLSO Tipo Boston para Niños Menores de 7 años
12	C-1B	TLSO Tipo Boston para Niños Mayores de 7 años
13	C-1C	TLSO Tipo Stagnara para Niños Menores de 7 años
14	C-1D	TLSO Tipo Stagnara para Niños Mayores de 7 años
15	C-1E	CTLSO Tipo Milwaukee para Niños Menores de 7 años
16	C-1F	CTLSO Tipo Milwaukee para Niños Mayores de 7 años
17	C-1G	LSO para Niños Menores de 7 años
18	C-1H	LSO para Niños Mayores de 7 años
19	C-2A	TLSO Tipo Bähler de 3 Puntos para Compresión de Disco Lumbar
20	C-2B	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Menores de 7 años
21	C-2C	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Mayores de 7 años
22	C-2D	TLSO Corset de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Adultos
23	C-2E	TLSO de Sostén Bivalvo para Niños Menores de 7 años
24	C-2F	TLSO de Sostén Bivalvo para Niños Mayores de 7 años
25	C-3A	TLSO Corset tipo Taylor (Metálico)
26	C-3B	LSO Corset tipo Knight (Metálico)
27	C-3C	Corset Blando Ballenado Dorsolumbar
28	C-3D	Corset Blando Ballenado Lumbosacro
29	C-3E	Asiento de Soporte
30	C-4A	CO Collar Cervical Blando
31	C-4B	CTO Minerva de Polipropileno/Polietileno para Niños Menores de 12 años
32	C-4C	CTO Minerva de Polipropileno/Polietileno para Adolescentes y Adultos
33	C-4D	Corrector de Postura Tipo Vendaje en "8"

PROTESIS DE MIEMBROS SUPERIOERES

34	M-1A	Prótesis de Antebrazo Mano Pasiva
35	M-1B	Prótesis de Antebrazo con Mano Activa
36	M-1C	Prótesis de Antebrazo con Gancho
37	M-1D	Prótesis de Brazo con Mano o Gancho
38	M-1E	Prótesis Cosmética para Niños, sin componentes
39	M-1F	Prótesis Cosmética para Adolescentes, sin componentes

ORTESIS DE MIEMBROS INFERIORES

40	O-1A	Plantilla Ortopédica de Cuero y Corcho (Adultos)
41	O-1B	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman
42	O-1C	Plantilla Ortopédica Tipo Helfet (UCBL)
43	O-1D	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman o Helfet con toma de Media Enyesada
44	O-1E	Plantilla Ortopédica para Secuela de Pie Equino-Varo / Aducto
45	O-1F	Alza por Centímetro sobre Plantilla / AFO / KAFO
46	O-1G	Férula para Corrección de Hallux Valgus (Nocturna)
47	O-1H	Sandalia Interna para Compensación de Altura
48	O-1I	Tobillera de Polipropileno
49	O-2A	AFO Tipo Hannover para Corrección de Pie Aducto (Nocturna)
50	O-2B	AFO Tipo Copenhagen Modificado para Pie Equino Varo (Nocturna)
51	O-2C	AFO Anti Equino sin Articulación (Nocturno)
52	O-2D	AFO Anti Equino con Articulación (Nocturno)
53	O-2E	AFO para Pie Equino Varo (de Marcha)
54	O-2F	AFO Anti Equino sin Articulación (de Marcha)
55	O-2G	AFO Anti Equino con Articulación (de Marcha)
56	O-2H	AFO Anti Equino Espástico con Apoyo Sub-Patelar para Control de Flexión de Rodilla (de Marcha)
57	O-2I	AFO Anti-Step de Polipropileno para Adulto (de Marcha)
58	O-2J	AFO Anti-Step de Polipropileno Reforzado para Adulto (de Marcha)
59	O-2K	AFO Anti-Step de Aluminio y Hierro Tipo Klensac para Adulto (de Marcha)
60	O-2L	AFO de Contención para Laxidad de los Ligamentos del Pie
61	O-2M	Férula Tipo Denis Brown
62	O-2N	AFO Tipo Sarmiento para Pseudoartrosis de Tibia y Peroné
63	O-3A	Desrotador de Cadera sobre cualquier AFO o Plantilla
64	O-3B	KAFO de Corrección de Genu Varo/Valgo
65	O-3C	Caja Sueca de Polipropileno
66	O-3D	Rodillera Tipo Jowa para Genu "Gaveta"
67	O-3E	Rodillera Tipo Lenox Hill

68	O-3F	Parapodium
69	O-3V	KAFO c/articulación de rodilla
70	O-4A	KAFO sin Articulación de Rodilla y Tobillo (Nocturno)
71	O-4B	KAFO con Articulación de Rodilla y Tobillo (Nocturno)
72	O-4C	KAFO sin Articulación para Niño (de Marcha)
73	O-4D	KAFO sin Articulación para Adulto (de Marcha)
74	O-4E	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Niño (de Marcha)
75	O-4F	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Adulto (de Marcha)
76	O-4G	KAFO con Articulación sin Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Niño (de Marcha)
77	O-4H	KAFO con Articulación sin Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Adulto (de Marcha)
78	O-4I	KAFO Bilateral con Articulaciones Pélvicas sujetadas a un LSO para Niño
79	O-4J	KAFO Bilateral con Articulaciones Pélvicas sujetadas a un LSO para Adulto
80	O-4K	KAFO de Aluminio y Hierro con Articulación de Bloqueo para Adulto (de Marcha)
81	O-4L	KAFO de Descarga Tipo Chicago
82	O-4M	KAFO de Descarga Tipo Thomas
83	O-4N	Férula unilateral de polipropileno
84	O-4P	KAFO sin Articulación
85	O-4X	Suplemento para Apoyo Isquiático
86	O-4Y	Suplemento para Articulación de Cadera Bilateral y Cinturón Pélvico
87	O-4Z	Suplemento para Articulación de Cadera Unilateral y Cinturón Pélvico
88	O-5A	Férula de Abducción de Cadera para Niño
89	O-5B	Parapodium
90	O-5C	Arnés de Paulik

FABRICACIONES VARIAS

91	BARRAS	Barras de Aluminio o Hierro para Articulaciones
92	FT	Férula de Tela y Aluminio
93	FV	Fabricaciones Varias
94	OTROS	(Trabajos Varios)

PROTESIS INFERIORES

95	P-1A	Prótesis Tipo Chopard de Cuero / Plástico
96	P-1B	Prótesis Tipo Pirogoff / Sime de Resina con Componentes
97	P-1C	Prótesis Abajo de Rodilla Tipo KBM-PTS

98	P-1D	Prótesis de Desarticulación de Rodilla con Componentes Endosquelético Completo
99	P-1Ea	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral con Componentes Endoesquelético (Otto Bock)
100	P-1Eb	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral con Componentes Endoesquelético (China)
101	P-1F	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo CAT CAM sin Componentes
102	P-1G	Prótesis de Desarticulación de Cadera sin Componentes
103	P-1H	OrtoPrótesis de Pierna
104	P-1I	OrtoPrótesis Bajo de Rodilla con Pie Protético
105	P-2A	Kit de Componentes para Prótesis Exosquelética con Rodilla Uniaxial
106	P-2B	Kit de Componentes para Prótesis Exosquelética con Rodilla Uniaxial y Freno Tipo JUPA
107	P-2C	Kit de Componentes para Prótesis Exosquelética con Rodilla Uniaxial Geriátrica
108	P-2D	Suplemento para Pie Articulado
109	P-3A	Kit de Componentes para Prótesis de Desarticulación de Cadera
110	P-3B	Kit de Componentes para Prótesis Endosquelética con Rodilla Uniaxial y Freno
111	P-3C	Kit de Componentes para Prótesis Endosquelética con Rodilla de Bloqueo
112	P-3D	Suplemento para Espuma Estética Importada
113	P-4A	Kit de Componentes para Prótesis de Desarticulación de Cadera con Rodilla con Bloqueo
114	P-4B	Kit de Componentes para Prótesis de Desarticulación de Cadera con Rodilla sin Bloqueo
115	P-4C	Suplemento para Espuma Estética Importada
116	P-4D	Suplemento para Prótesis

REPARACIONES VARIAS

117	RB-1A	Cambio de Talabartería (cambio de Correas)
118	RB-1V	Reparaciones Varias de Férulas Superiores
119	RC-1A	Cambio de Talabartería (cambio de Correas)
120	RC-1B	Cambio de Almohadilla de Presión
121	RC-1V	Reparaciones Varias de Corsets
122	RM-1A	Cambio de Guante Cosmético
123	RM-1B	Cambio de Arnés
124	RM-1V	Reparaciones Varias de Prótesis Superiores
125	RO-1A	Cambio de una Articulación con Bloqueo para KAFO de Niño (Barra de Aluminio o Hierro)

126	RO-1B	Cambio de una Articulación con Bloqueo para KAFO de Adulto (Barra de Aluminio o Hierro)
127	RO-1C	Cambio de dos Articulaciones con Bloqueo para KAFO de Niño (Barra de Aluminio o Hierro)
128	RO-1D	Cambio de dos Articulaciones con Bloqueo para KAFO de Adulto (Barra de Aluminio o Hierro)
129	RO-1E	Cambio de una Articulación sin Bloqueo para KAFO de Niño (Barra de Aluminio o Hierro)
130	RO-1F	Cambio de una Articulación sin Bloqueo para KAFO de Adulto (Barra de Aluminio o Hierro)
131	RO-1G	Cambio de dos Articulaciones sin Bloqueo para KAFO de Niño (Barra de Aluminio o Hierro)
132	RO-1H	Cambio de dos Articulaciones sin Bloqueo para KAFO de Adulto (Barra de Aluminio o Hierro)
133	RO-1I	Cambio de Articulaciones Superiores de Tobillo (Barra de Hierro)
134	RO-1J	Cambio de Estribos de Pie
135	RO-1K	Cambio de una Articulación de Cadera
136	RO-1L	Cambio de Anillo de Bloqueo
137	RO-1M	Cambio de Bandas de Aluminio Completo
138	RO-1N	Cambio de una Banda de Aluminio Superior
139	RO-1Ñ	Cambio de una Banda de Aluminio Inferior
140	RO-1O	Cambio de una Banda de Cuero Superior
141	RO-1P	Cambio de una Banda de Cuero Media
142	RO-1Q	Cambio de una Banda de Cuero Inferior
143	RO-1R	Cambio de Cinturón de Cuero
144	RO-1S	Cambio de una Rodillera
145	RO-1V	Reajuste Completo de Aparato o Realineación
146	RO-2V	Reparaciones Varias de Aparatos Largos (KAFOs)
147	RO-3V	Reparaciones Varias de Aparatos Cortos (AFOs)
148	RO-4V	Reparaciones Varias de Plantillas
149	RP-1A	Cambio de Cuenca para Prótesis Tipo Pirogoff / Syme
150	RP-1B	Cambio de Cuenca para Prótesis Abajo de Rodilla Tipo KBM
151	RP-1C	Cambio de Cuenca para Prótesis de Desarticulación de Rodilla
152	RP-1D	Cambio de Cuenca para Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral
153	RP-1E	Cambio de Cuenca para Prótesis Arriba de Rodilla Tipo CAT CAM
154	RP-1F	Cambio de Cuenca para Prótesis de Desarticulación de Cadera
155	RP-1G	Cambio de Pie Sach
156	RP-1V	Reparaciones Varias de Prótesis
157	RV-1S	Reparaciones Varias de Sillas de Ruedas
158	RZ-1A	Cambio de Punteras

159	RZ-1B	Cambio de Óvalos
160	RZ-1C	Cambio de Suela Completa
161	RZ-1D	Cambio de Tacones

SILLAS ESPECIALES

162	S-1	Fabricación de Silla de Ruedas Especial Adaptada a Paciente con Parálisis Cerebral
163	S-2	Fabricación de Inserto de Silla de Ruedas
164	S-3	Ajuste de silla de ruedas especial

CALZADO ORTOPEDICO

165	Z-1A	Calzado Ortopédico Corriente Talla 18-22
166	Z-1B	Calzado Ortopédico Corriente Talla 23-29
167	Z-1C	Calzado Ortopédico Corriente Talla 30-45
168	Z-1D	Calzado Ortopédico para Adaptación de Férula Denis Brown
169	Z-1E	Calzado Ortopédico para Aparatos Ortopédicos (con Adaptación Bilateral sobre Aparato)
170	Z-1F	Calzado Ortopédico para Corrección de Pes Adductus
171	Z-1G	Adaptación de Calzado
172	Z-2A	Alza por Centímetro
173	Z-2B	Arco Longitudinal
174	Z-2C	Cuña Correctiva de Valgo / Varo
175	Z-2D	Banda en "T" interna de calzado
176	Z-2E	Alza de Calzado
177	Z-2M	Barra Denis Brown

2.3.5.2 Procedimientos de la OUT:

⊕ LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. **Gestión de ortésis y/o prótesis:** consiste en el control de solicitudes para la fabricación de ortésis y/o prótesis de los usuarios, asignando la programación de toma de medidas hasta la entrega de la misma.
 - Recibir referencia medica del usuario
 - Evaluar y verificar detalles de referencia
 - Elaborar hoja de especificaciones del aparato
 - Asignar técnico para la fabricación del aparato y entregar hoja técnica de usuario
 - Autorizar requerimiento de ortésis y/o prótesis
 - Entrega y evaluación del funcionamiento del aparato

2. **Elaboración de ortésis y prótesis:** consiste en la fabricación de la ortésis o prótesis requerida por el usuario de acuerdo a las especificaciones de la misma establecidas en la hoja técnica.
 - Realizar molde de acuerdo a especificaciones de la pieza
 - Plastificar o Laminar el molde
 - Cortar el molde laminado
 - Pulir los bordes de la pieza

3. **Reparación de ortésis y prótesis:** consiste en reparar la ortésis o prótesis solicitado por el usuario.
 - Recibir solicitud de requerimiento de reparación
 - Evaluar reparación y asignar código de reparación
 - Asignar técnico a realizar trabajo de reparación
 - Realizar trabajo de reparación
 - Realizar prueba y acabado final del aparato
 - Registrar en hoja de trabajo y sistema de producción de la UOT

4. **Elaboración de sillas de rueda de madera:** consiste en la fabricación de sillas de ruedas para los usuarios que poseen discapacidad motora.
 - Recibir hoja de referencia con especificaciones técnicas
 - Fabricar piezas componentes según diseño
 - Ensamblar piezas que componen la silla
 - Rellenar de espuma el asiento
 - Adaptación de elementos complementarios
 - Realizar acabado final
 - Elaborar reporte de producción y registrar fecha de entrega

5. **Elaboración de calzado ortopédico:** consiste en la fabricación de los calzados ortopédicos de los usuarios.
 - Realizar toma de medidas del calzado
 - Elaborar molde de calzado y preparar horma con detalles de pie del usuario
 - Realizar corte de piezas
 - Armado del calzado y ensuelado
 - Realizar pruebas y pulido final
 - Elaborar reporte de producción y registrar fecha de entrega

6. **Elaboración de componentes:** elaborar los componentes a utilizar en los diferentes aparatos que se fabrican en la UOT.
 - Recibir requisición de componente

- Tomar medidas componentes en base a hoja de requerimiento
- Fabricar componentes
- Entregar componentes y evaluar su funcionalidad
- Registrar trabajo realizado en sistema de producción de la UOT

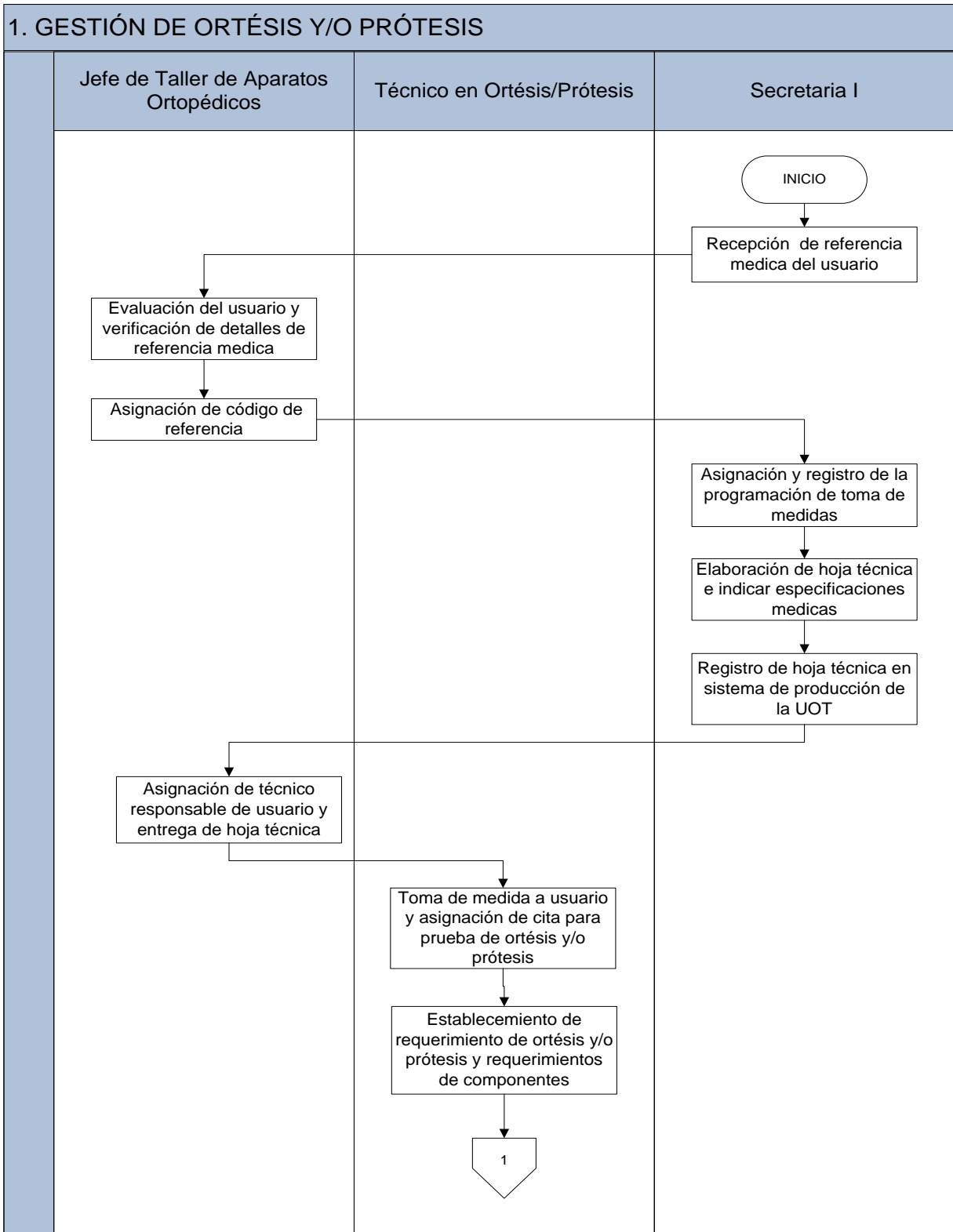
7. **Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico:** consiste en evaluar la funcionalidad del aparato fabricado de acuerdo a las especificaciones del usuario.

- Gestionar en Estadística y Documentos Médicos el expediente del usuario
- Evaluar la funcionalidad del aparato en el usuario junto con el Técnico en Ortésis y Prótesis
- Asignar seguimiento de control del usuario en UOT o en Consulta Externa

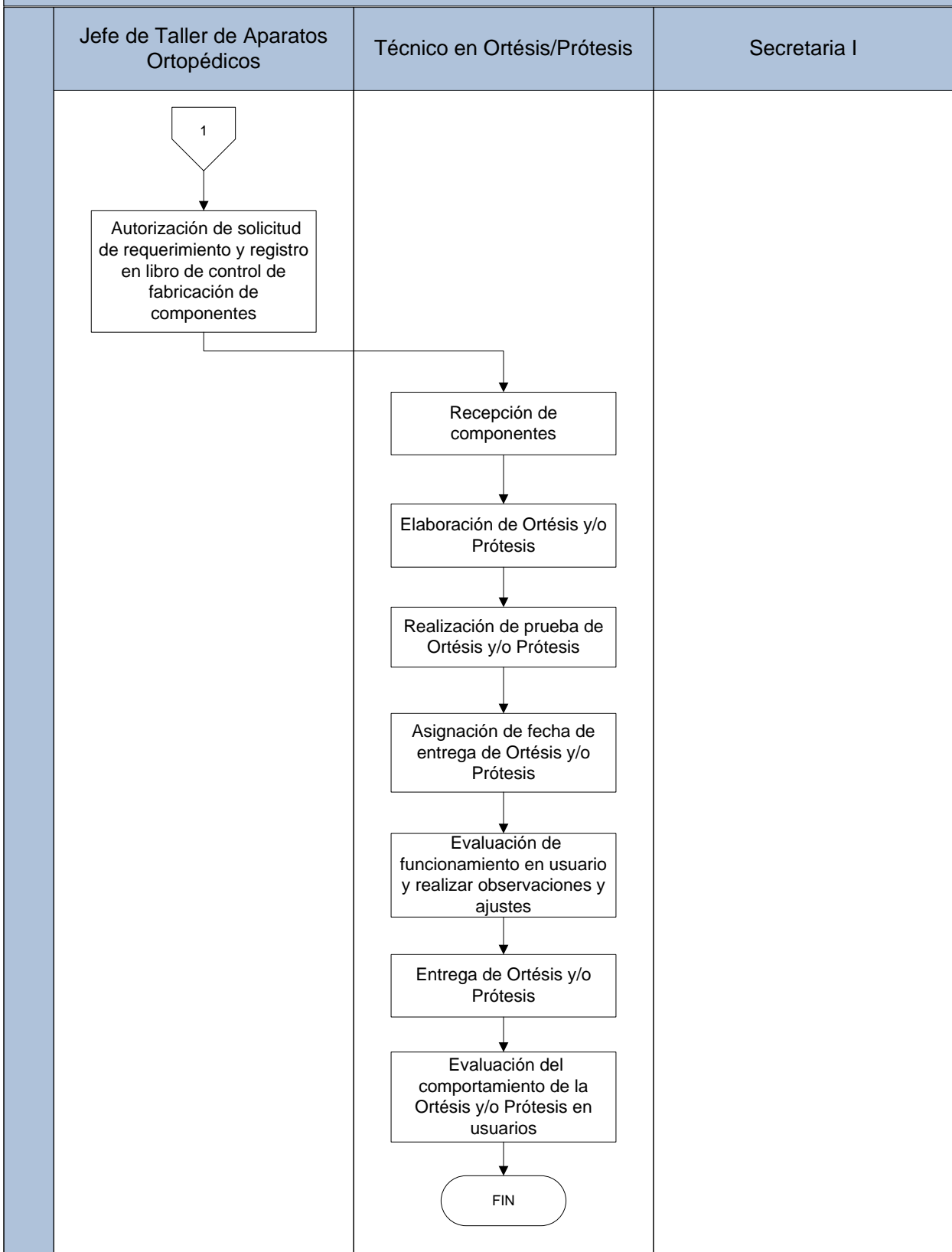
8. **Control estadístico de la producción:** consiste en llevar el registro de todos los trabajos realizados de fabricación de aparatos ortopédicos en la Unidad de Ortopedia Técnica.

- Recibir referencia medica
- Elaborar ficha Técnica de registro en Sistema de Producción de la UOT
- Recepcionar hojas de trabajo
- Ingresar datos de hojas de trabajo
- Elaborar reportes estadístico de trabajos realizados mensualmente

⊕ DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA OUT:

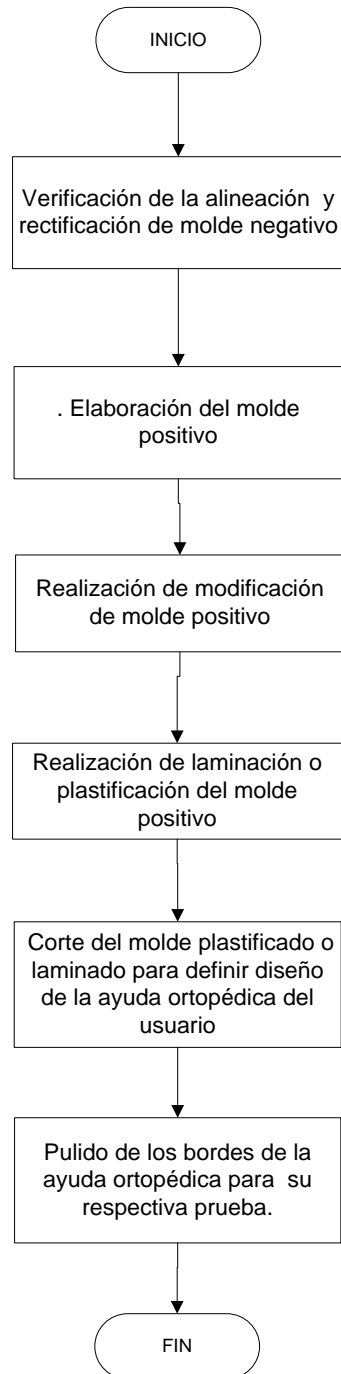


1. GESTIÓN DE ORTÉSIS Y/O PRÓTESIS

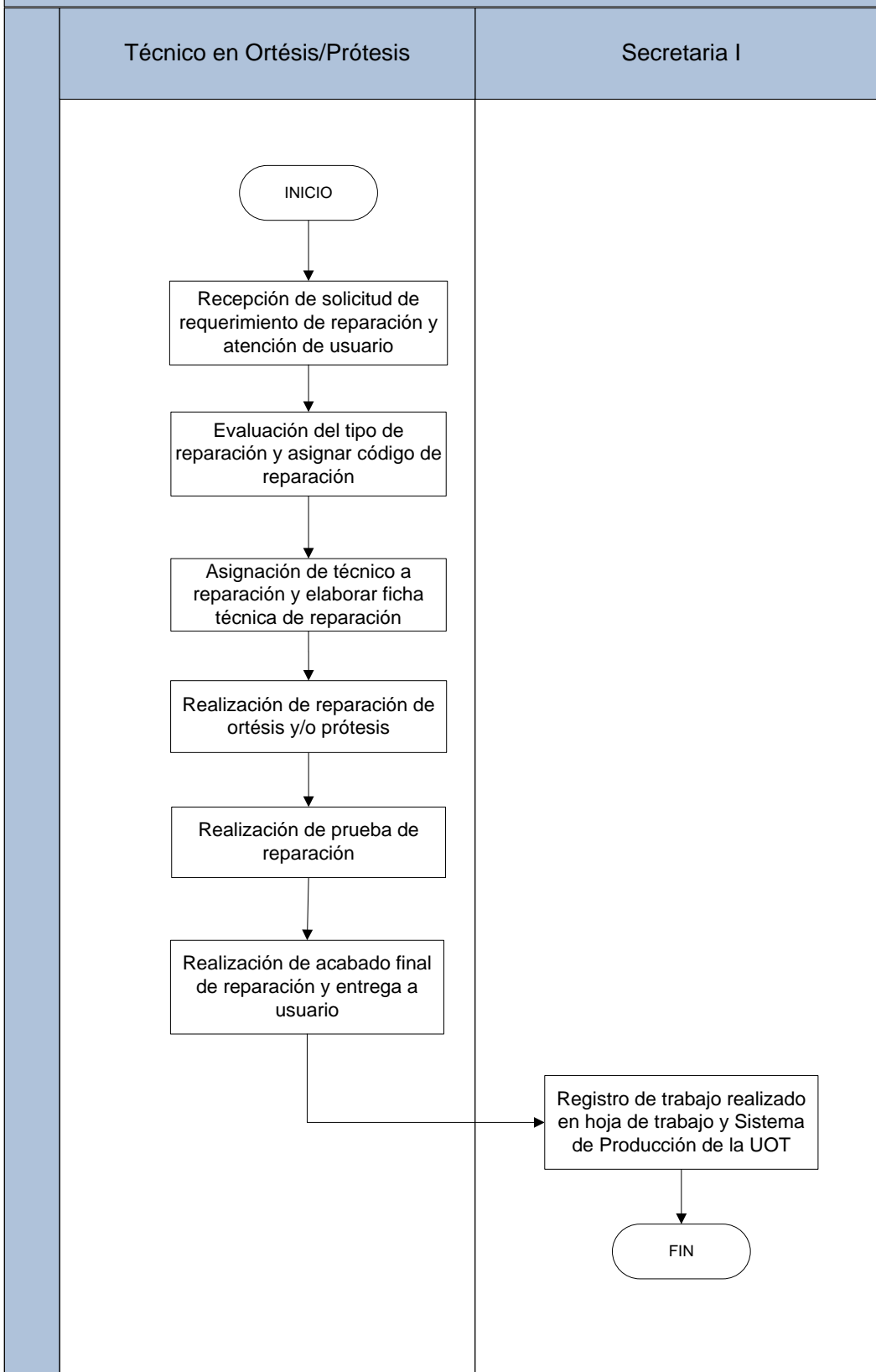


2. ELABORACIÓN DE ORTÉSIS Y/O PRÓTESIS

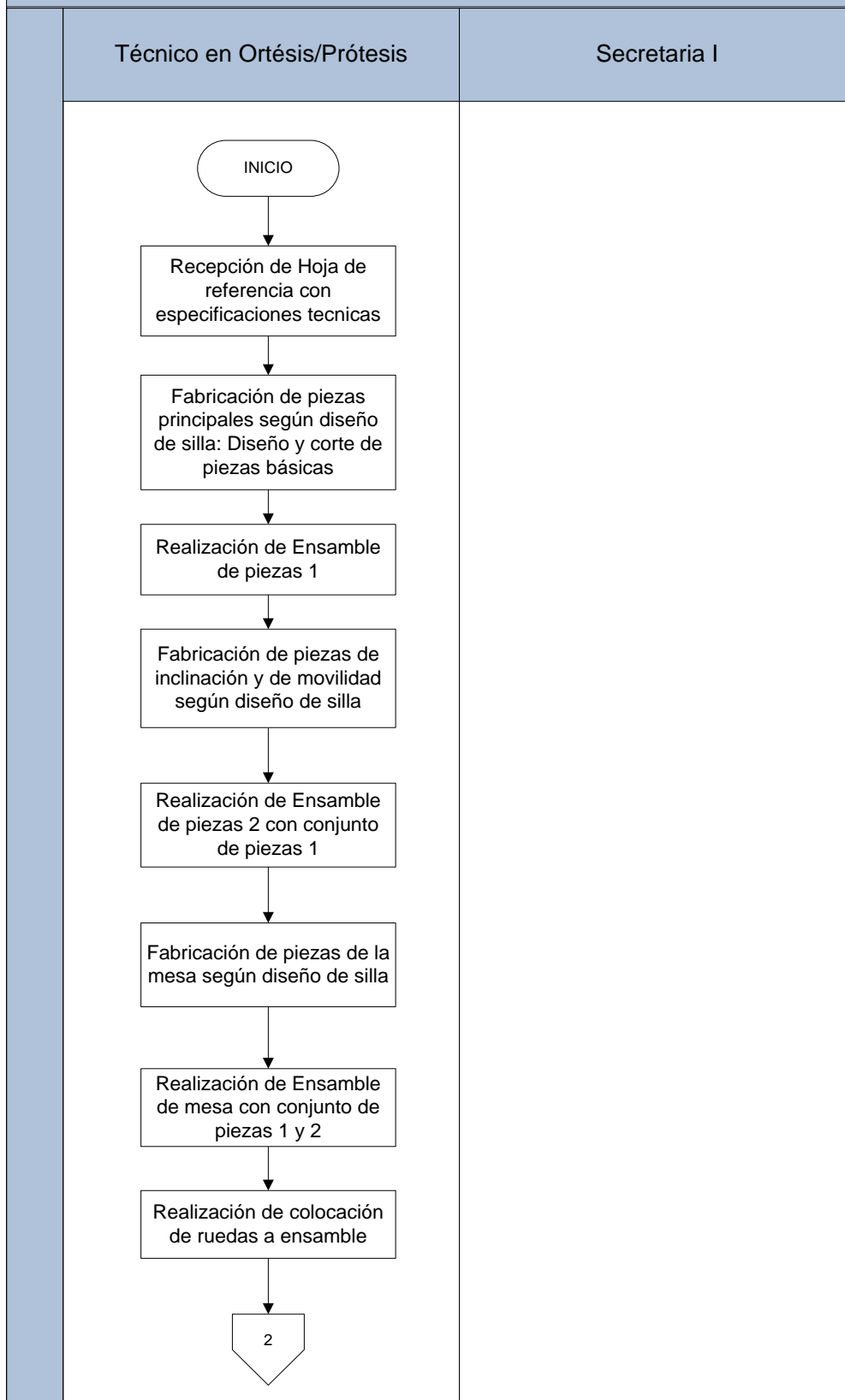
Técnico en Ortésis/Prótesis



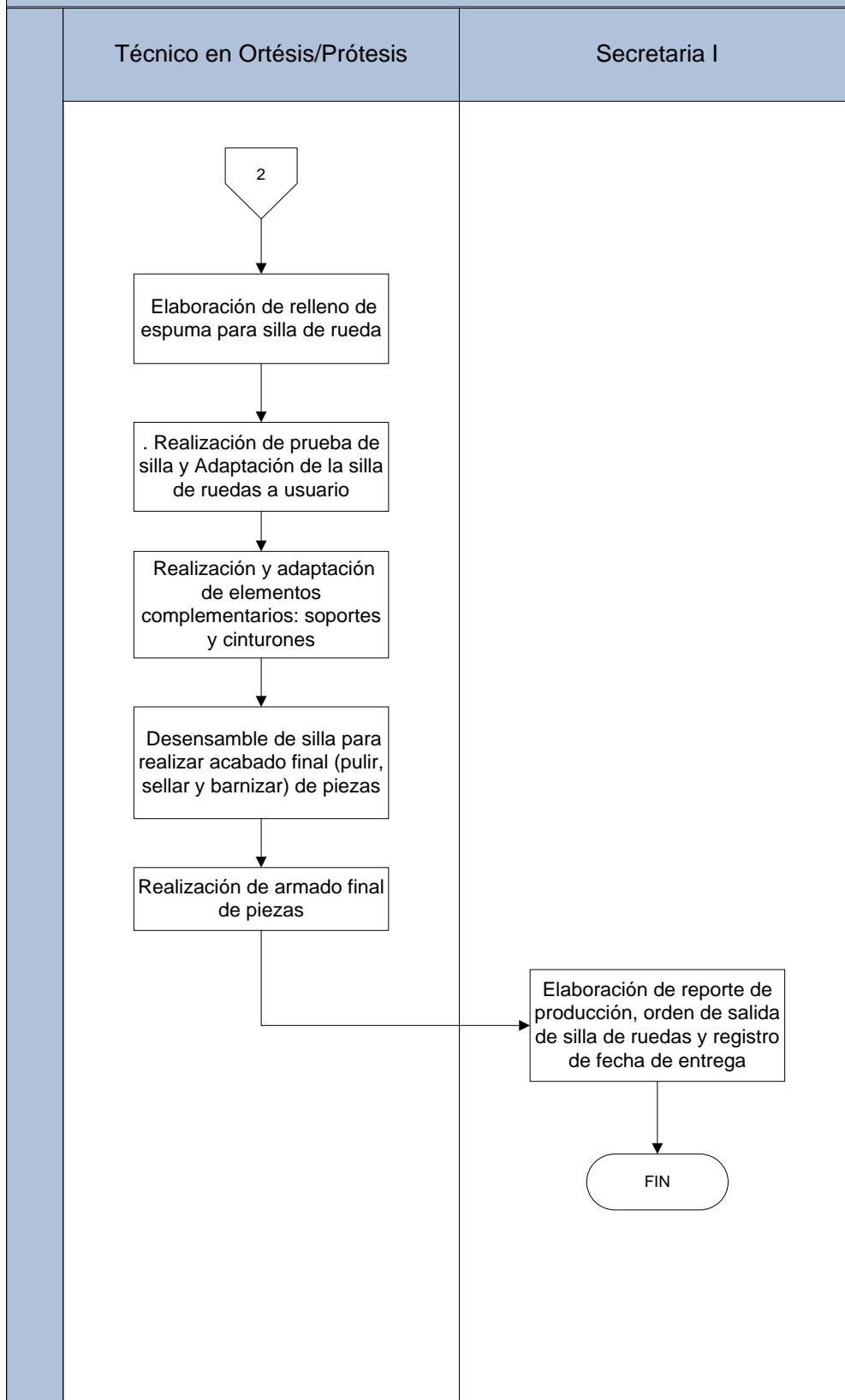
3. REPARACIÓN DE ORTÉSIS Y/O PRÓTESIS



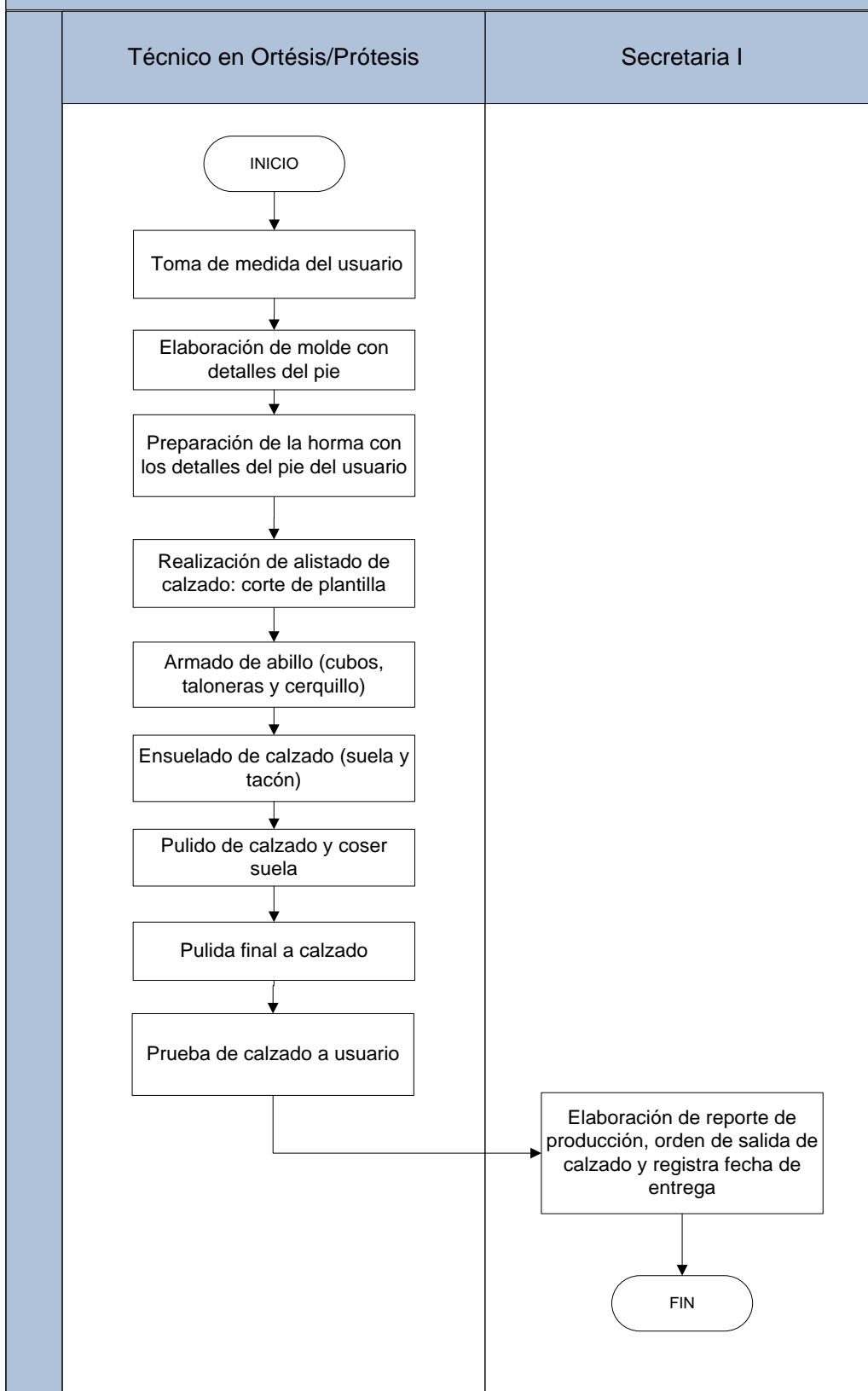
4. ELABORACIÓN DE SILLAS DE RUEDA DE MADERA



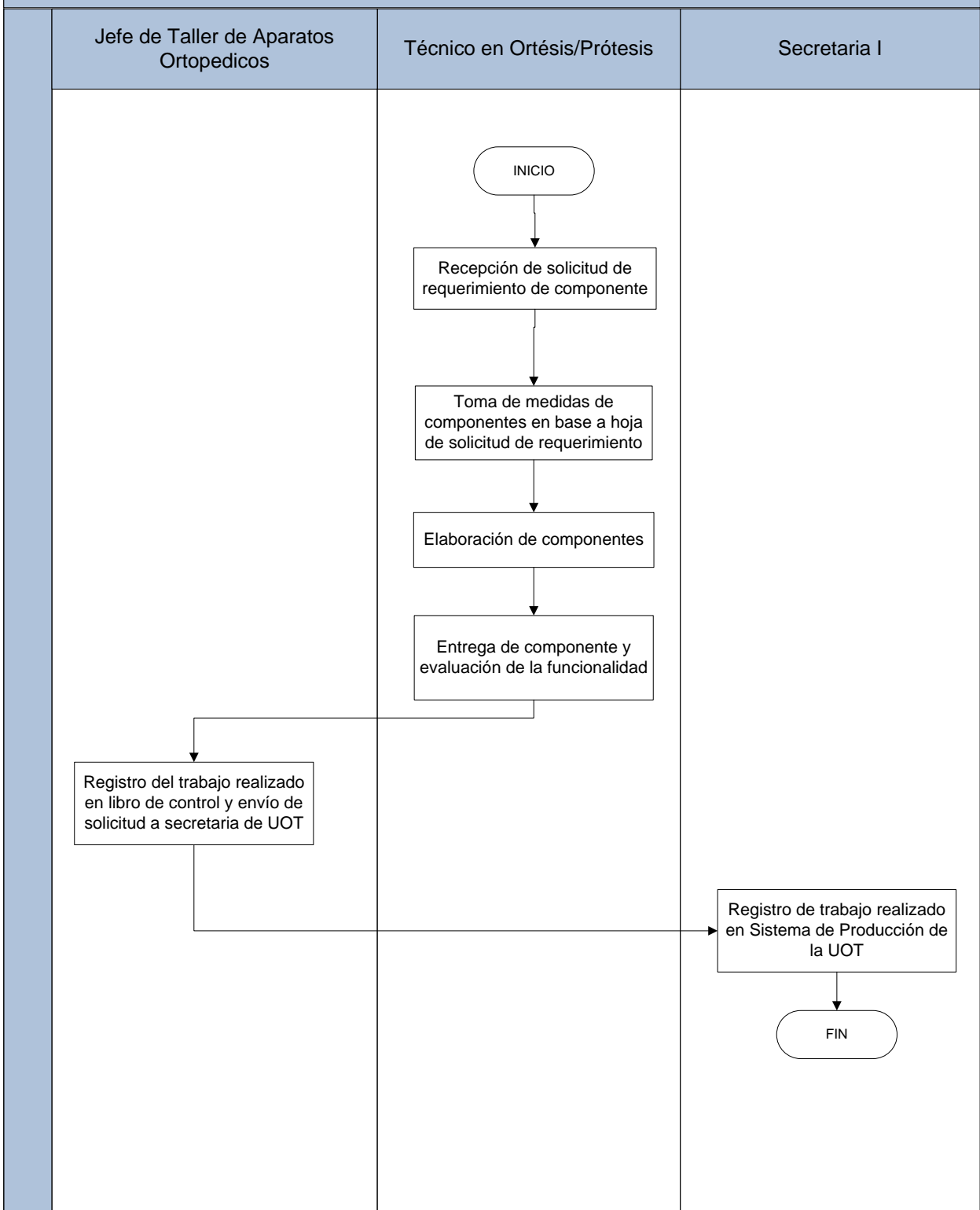
4. ELABORACIÓN DE SILLAS DE RUEDA DE MADERA



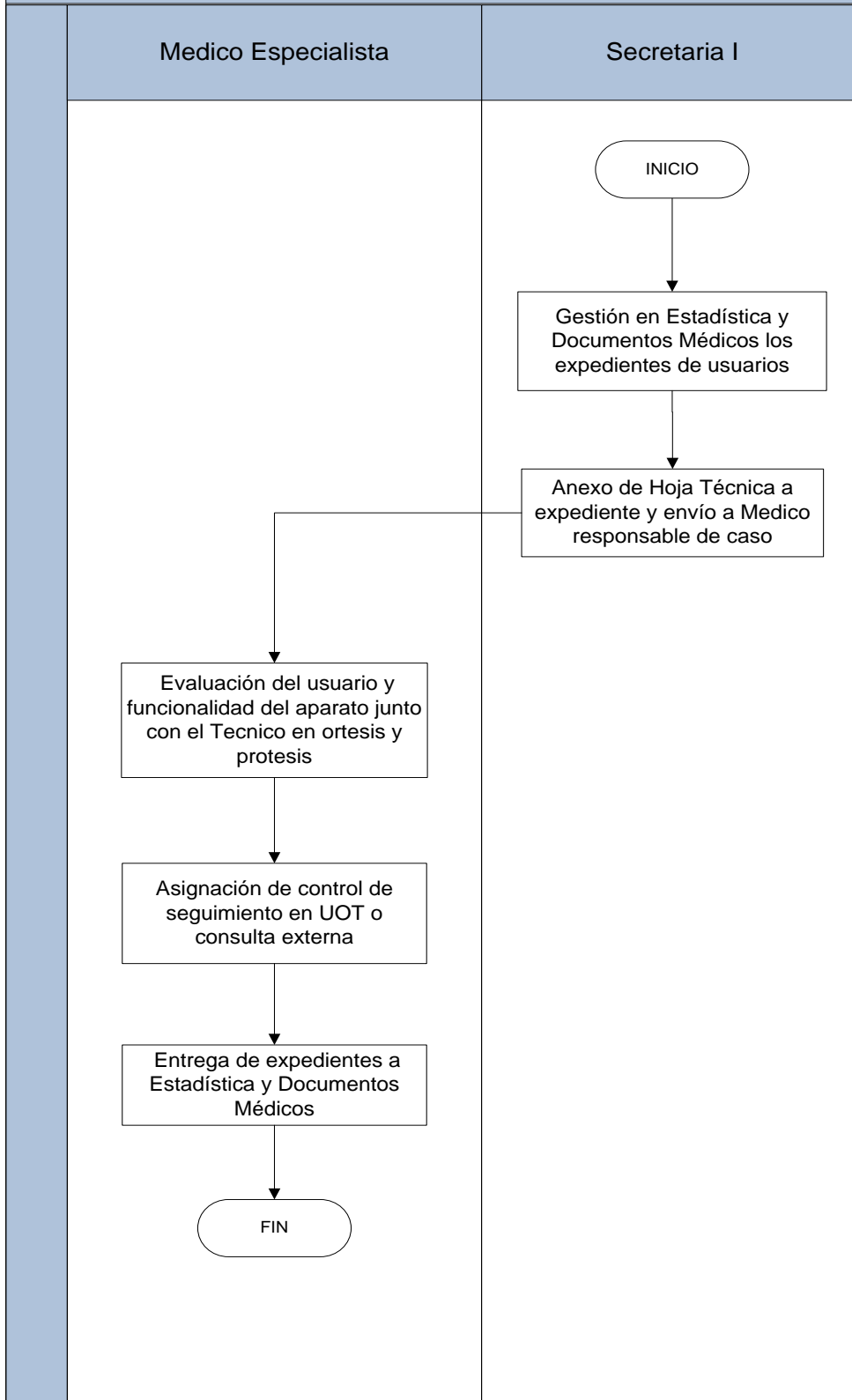
5. ELABORACIÓN DE CALZADO ORTOPEDICO



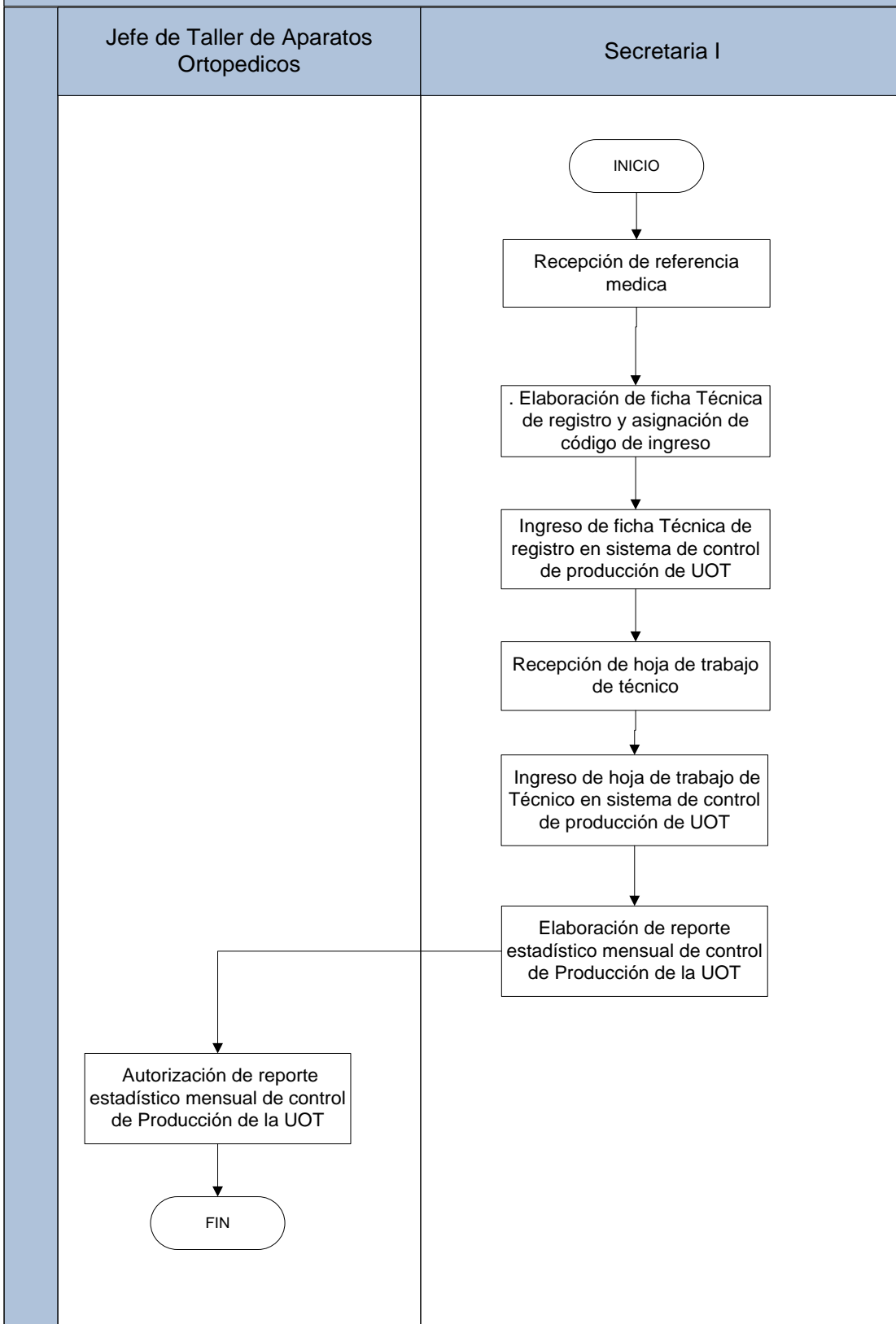
6. ELABORACIÓN DE COMPONENTES



7. VERIFICACIÓN DE FUNCIONALIDAD DEL APARATO ORTOPÉDICO O PROTÉSICO



8. CONTROL ESTADISTICO DE LA PRODUCCIÓN



2.3.5.3 Mapa de Procesos y Procedimientos de la UOT:

A continuación se muestra la tabla de códigos para cada proceso y procedimiento de la unidad, para luego visualizarlos en el mapa de procesos de la unidad.

Tabla 40: Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL

Códigos de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT), CAL	
Proceso: Servicios de la UOT	
PUOT.1	1. Gestión de ortésis y/o prótesis
PUOT.2	2. Elaboración de ortésis y prótesis
PUOT.3	3. Reparación de ortésis y prótesis
PUOT.4	4. Elaboración de sillas de rueda de madera
PUOT.5	5. Elaboración de calzado ortopédico
PUOT.6	6. Elaboración de componentes
PUOT.7	7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico
Proceso: Control de los Servicios de la UOT	
PUOT.8	8. Control estadístico de la producción

MAPA DE PROCESOS : UNIDAD DE ORTOPEDIA TECNICA

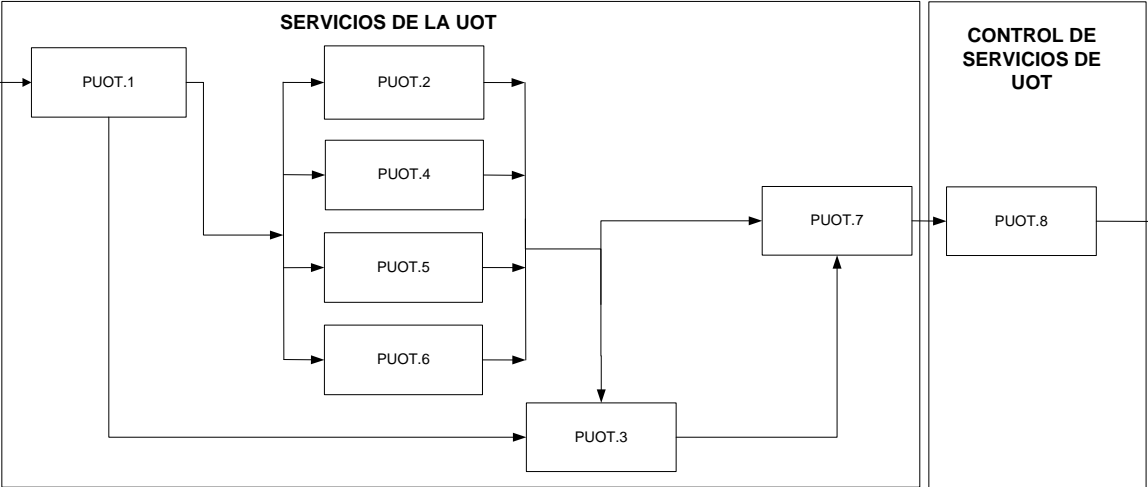
ENTRADA

PROCESOS

SALIDAS

Referencia medica de usuario
Hoja Técnica de Elaboración de
Ortésis y/o prótesis
Solicitud de requerimiento de
reparación
- Hoja de Referencia medica de
usuario
- Referencia medica de usuario

- Hoja Técnica de Elaboración
de calzado ortopédico
- Expedientes de Usuarios
- Hoja Técnica de Control
- Control de Producción de cada
área de UOT



Registro de producción de Ortésis y/
o Prótesis
- Registro de trabajo realizado en
Sistema de Producción de la UOT
- Registro de trabajo realizado en
Sistema de Producción de la UOT
- Registro de trabajo realizado en
Sistema de Producción de la UOT
- Registro de trabajo realizado en
Sistema de Producción de la UOT
- Control de verificación de
funcionalidad de aparatos ortopédico
y protésico
- Registro de trabajo realizado en
Sistema de Producción de la UOT

-Informe de control de metas de la
UOT

2.3.6 PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)

La Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) presenta como principal problema la insatisfacción de la demanda de ayudas ortopédicas, calzado, componentes y/o sillas especiales, la insatisfacción se refiere puntualmente al proceso de entrega de la ayuda, esto incluye la asignación de cita para toma de medida, la toma de medida, la elaboración de la ayuda y la prueba y entrega del aparato. En promedio la el periodo de tiempo que consume este proceso es de 4 a 6 meses.

Entre las principales razones por las cuales se presenta esta problemática están:

- A. Un rezago Histórico de producción, actualmente se está trabajando parte de la demanda correspondiente al año 2010. Estando en espera todo el 2011 y parte del 2010.
- B. La política de gratuidad, la cual se implemento con el nuevo gobierno 2009 e incremento el nivel de demanda del 15 al 20% aproximadamente.

Actualmente la UOT cuenta con 15 técnicos en Ortésis y Prótesis, con un horario de 8 horas al día de lunes a viernes. Los técnicos están distribuidos en las áreas de trabajo de la UOT, de ellos 10 en el área Laboratorio de Ortésis y Prótesis, 3 en el área de Taller de Componentes y 2 en la Fabricación de calzado ortopédico.

2.3.6.1 Análisis de problemática de la UOT:

Al considerar la problemática presentada por la UOT podemos identificar que el área Laboratorio de Ortésis y Prótesis es el área que debe ser analizada a fin de solventar la insatisfacción que se genera en la unidad. Por ello los técnicos que pertenecen al Laboratorio de Ortésis y Prótesis serán los considerados para el análisis de tiempo de producción, es decir, 10 técnicos.

A los técnicos se les asigna su trabajo por medio de las órdenes de trabajo las cuales son las Hojas Técnicas que corresponden a las necesidades de los usuarios de Ortésis, Prótesis y ayudas técnicas de la UOT.

La UOT trabaja de lunes viernes en diferentes actividades:

Tabla 41: Actividades realizadas a la semana en la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL

DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
ACTIVIDAD	Toma de Medidas y Fabricación de Aparatos	Fabricación de Aparatos y Reparación	Fabricación de Aparatos	Fabricación de Aparatos y Entrega de Aparatos	Fabricación de Aparatos y Entrega de Aparatos

Es importante mencionar que la UOT adapta parte de su tiempo para atender a sus usuarios dado que provienen de lugares lejanos que les dificulta asistir los días programados.

Para considerar el tiempo de producción de los aparatos se establecerá el tiempo utilizado para realizar dicha actividad, es importante considerar que la jornada es de 8 hora menos 40 minutos de almuerzo y 20 min al día para necesidades personales sumando una hora, por lo que la jornada real es de 7 horas al día:

Tabla 42: Tiempos de producción de actividades por días a la semana

TIEMPOS DE PRODUCCIÓN (HORAS)						
DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	TOTAL
Toma de Medidas	5	0	0	0	0	5
Fabricación de Aparatos	2	5	7	5	4	23
Reparación	0	2	0	0	0	2
Entrega de Aparatos	0	0	0	2	3	5
TOTAL A LA SEMANA						35

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

2.3.6.1.1 Producción 2011 de la UOT:

⊕ REPORTE MENSUAL DE METAS DE PRODUCCIÓN DE APARATOS-JULIO 2011

Tabla 43: Meta de Producción Anual de la UOT

Meta programada	Cumplimiento de metas	Porcentaje
187	287	153%

Tabla 44: Producción de la UOT por línea de Productos Ortopédico

Detalle	Producción programada	Producción realizada	% de rendimiento
Ayudas ortopédicas	141	240	170%
Calzado	24	8	33%
Componentes	18	31	172%
Sillas especiales	4	8	200%

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

⊕ REPORTE DE PRODUCCIÓN DE APARATOS: ENERO-JULIO 2011

Tabla 45: Producción de la UOT de Productos Ortopédico de Enero a Julio 2011

CODIGO	TIPO	DESCRIPCION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
O-2G	O	AFO Anti Equino con Articulación (de Marcha)	11	7	6	6	7	10	28	75
O-2H	O	AFO Anti Equino Espástico con Apoyo Sub-Patelar para Control de Flexión de Rodilla (de Marcha)		1				2		3
O-2F	O	AFO Anti Equino sin Articulación (de Marcha)	4	12	6	2	3	5	4	36
O-2I	O	AFO Anti-Step de Polipropileno para Adulto (de Marcha)	10	18	16	14	10	19	20	107
O-2J	O	AFO Anti-Step de Polipropileno Reforzado para Adulto (de Marcha)			2	1	1	1		5
O-2E	O	AFO para Pie Equino Varo (de Marcha)	2	2			1			5
O-2N	O	AFO Tipo Sarmiento para Pseudoartrosis de Tibia y Peroné			1			1	1	3
O-1F	O	Alza por Centímetro sobre Plantilla / AFO / KAFO	3	4	3	1	1	5	4	21
C-1F	O	CTLSO Tipo Milwaukee para Niños Mayores de 7 años					1			1
C-4B	O	CTO Minerva de Polipropileno/Polietileno para Niños Menores de 12 años		1						1
O-3A	O	Desrotador de Cadera sobre cualquier AFO o Plantilla	2	4			4	12	12	34
O-5A	O	Férula de Abducción de Cadera para Niño		2			1		1	4
O-1G	O	Férula para Corrección de Hallux Valgus (Nocturna)	10			8	14	22	4	58

O-2M	O	Férula Tipo Denis Brown	4	2	5	3	8	10	6	38
O-4N	O	Férula unilateral de polipropileno	2						1	3
O-4I	O	KAFO Bilateral con Articulaciones Pélvicas sujetadas a un LSO para Niño		1			1			2
O-4F	O	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Adulto (de Marcha)	10	1	4	9	5	3	14	46
O-4E	O	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Niño (de Marcha)							2	2
O-3B	O	KAFO de Corrección de Genu Varo/Valgo			2					2
O-4M	O	KAFO de Descarga Tipo Thomas					1			1
O-4C	O	KAFO sin Articulación para Niño (de Marcha)	2							2
C-3B	O	LSO Corset tipo Knight (Metálico)	1		1	1	1	1	2	7
B-2B	O	Ortésis Tipo Sarmiento						1		1
O-5B	O	Parapodium	1	1			1		4	7
O-1A	O	Plantilla Ortopédica de Cuero y Corcho (Adultos)	23	15	37	25	19	38	27	184
O-1B	O	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman	1							1
O-1D	O	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman o Helfet con toma de Media Enyesada	27	25	22	14	17	37	28	170
P-1C	P	Prótesis Abajo de Rodilla Tipo KBM-PTS	6	8	10	3	5	1	7	40
P-1Ea	P	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral con Componentes Endoesquelético (Otto Bock)						1	2	3
P-1A	P	Prótesis Tipo Chopard de Cuero / Plástico	1			1				2

P-1B	P	Prótesis Tipo Pirogoff / Sime de Resina con Componentes		1						1
O-3E	O	Rodillera Tipo Lenox Hill				1				1
B-2A	O	Sarmiento para Fractura de Húmero		1						1
O-4Y	O	Suplemento para Articulación de Cadera Bilateral y Cinturón Pélvico	2		1			1	2	6
C-2D	O	TLSO Corset de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Adultos		1			1	2		4
C-3A	O	TLSO Corset tipo Taylor (Metálico)			1		1		1	3
C-2C	O	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Mayores de 7 años					2			2
C-2B	O	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Menores de 7 años						1		1
C-1B	O	TLSO Tipo Boston para Niños Mayores de 7 años			1	1	1	1		4
C-1A	O	TLSO Tipo Boston para Niños Menores de 7 años						2		2
C-1D	O	TLSO Tipo Stagnara para Niños Mayores de 7 años								0
C-1C	O	TLSO Tipo Stagnara para Niños Menores de 7 años		2						2
B-1F	O	WHO Dorsal para Adulto (Pasiva)	5		1	1	1	3	1	12
B-1E	O	WHO Dorsal para Niño (Pasiva)	1				1			2
B-1G	O	WHO Férula Dinámica en Ortoplast				1	2			3
B-1D	O	WHO Palmar para Adulto (Pasiva)	1	13	2	6	7	5	6	40
B-1C	O	WHO Palmar para Niño (Pasiva)		1		1		4		6

Z-2A	Z	Alza por Centímetro	4		5	4	2			15
Z-2B	Z	Arco Longitudinal	8	9	6	7	5	4	5	44
Z-2D	Z	Banda en "T" interna de calzado	1				4	15	6	26
Z-1A	Z	Calzado Ortopédico Corriente Talla 18-22	4	5	4	2	1		1	17
Z-1B	Z	Calzado Ortopédico Corriente Talla 23-29	2	3		1	1	10	3	20
Z-1C	Z	Calzado Ortopédico Corriente Talla 30-45	3	1	1	1	3	1	1	11
Z-1D	Z	Calzado Ortopédico para Adaptación de Férula Denis Brown	4	5	5	2	7	1		24
Z-1E	Z	Calzado Ortopédico para Aparatos Ortopédicos (con Adaptación Bilateral sobre Aparato)					1	9	3	13
Z-2C	Z	Cuña Correctiva de Valgo / Varo	14	7	9	6	5	12	8	61
BARRAS	O	Barras de Aluminio o Hierro para Articulaciones	13	9	9	1	10	5	9	56
FT	O	Férula de Tela y Aluminio	4	2	9	6		4	20	45
		TOTAL POR MES:	186	164	169	129	156	249	233	1286

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

⊕ **Resumen de Producción Enero- Julio 2011:**

Tabla 46: Resumen de Producción de la UOT de Productos Ortopédico de Enero a Julio 2011

CONTROL DE GESTIÓN	ENR	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
AYUDAS TÉCNICAS	153	140	140	111	137	215	211	1107
CALZADO	13	14	10	6	13	21	8	85
COMPONENTES	16	8	10	6	5	13	10	68
SILLAS ESPECIALES	4	2	9	6	1	0	4	26
TOTAL	186	164	169	129	156	249	233	1286

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

2.3.6.1.2 Tiempo de producción Estándar

El tiempo estándar de producción es el tiempo que se ha establecido previamente para realizar la fabricación de los productos, para el caso de la UOT los tiempos estándar son en base a un estudio de Tiempos y Movimientos realizado en el 1995 en la UOT por la Cooperación Técnica Alemana GTZ.

A continuación se presentan los tiempos estándar de fabricación para cada uno de los productos de la unidad, los tiempos de cada producto están definidos para la participación un técnico y la elaboración de un producto:

Tabla 47: Tiempos de Producción estándar de la UOT por Productos Ortopédico

CODIGO	TIPO	HORAS	DESCRIPCION
O-2G	O	16	AFO Anti Equino con Articulación (de Marcha)
O-2H	O	12	AFO Anti Equino Espástico con Apoyo Sub-Patelar para Control de Flexión de Rodilla (de Marcha)
O-2F	O	11	AFO Anti Equino sin Articulación (de Marcha)
O-2I	O	11	AFO Anti-Step de Polipropileno para Adulto (de Marcha)
O-2J	O	12	AFO Anti-Step de Polipropileno Reforzado para Adulto (de Marcha)
O-2E	O	12	AFO para Pie Equino Varo (de Marcha)
O-2N	O	24	AFO Tipo Sarmiento para Pseudoartrosis de Tibia y Peroné
O-1F	O	2	Alza por Centímetro sobre Plantilla / AFO / KAFO
C-1F	O	30	CTLSO Tipo Milwaukee para Niños Mayores de 7 años
C-4B	O	18	CTO Minerva de Polipropileno/Polietileno para Niños Menores de 12 años
O-3A	O	20	Desrotador de Cadera sobre cualquier AFO o Plantilla

O-5A	O	25	Férula de Abducción de Cadera para Niño
O-1G	O	6	Férula para Corrección de Hallux Valgus (Nocturna)
O-2M	O	12	Férula Tipo Denis Brown
O-4N	O	12	Férula unilateral de polipropileno
O-4I	O	35	KAFO Bilateral con Articulaciones Pélvicas sujetadas a un LSO para Niño
O-4F	O	23	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Adulto (de Marcha)
O-4E	O	23	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Niño (de Marcha)
O-3B	O	15	KAFO de Corrección de Genu Varo/Valgo
O-4M	O	30	KAFO de Descarga Tipo Thomas
O-4C	O	12	KAFO sin Articulación para Niño (de Marcha)
C-3B	O	16	LSO Corset tipo Knight (Metálico)
B-2B	O	15	Ortésis Tipo Sarmiento
O-5B	O	35	Parapodium
O-1A	O	3	Plantilla Ortopédica de Cuero y Corcho (Adultos)
O-1B	O	2	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman
O-1D	O	6	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman o Helfet con toma de Media Enyesada
P-1C	P	22	Prótesis Abajo de Rodilla Tipo KBM-PTS
P-1Ea	P	25	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral con Componentes Endoesquelético (Otto Bock)
P-1A	P	23	Prótesis Tipo Chopard de Cuero / Plástico
P-1B	P	23	Prótesis Tipo Pirogoff / Sime de Resina con Componentes
O-3E	O	30	Rodillera Tipo Lenox Hill
B-2A	O	12	Sarmiento para Fractura de Húmero
O-4Y	O	12	Suplemento para Articulación de Cadera Bilateral y Cinturón Pélvico
C-2D	O	23	TLSO Corset de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Adultos
C-3A	O	22	TLSO Corset tipo Taylor (Metálico)
C-2C	O	23	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Mayores de 7 años
C-2B	O	23	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Menores de 7 años
C-1B	O	30	TLSO Tipo Boston para Niños Mayores de 7 años

C-1A	O	30	TLSO Tipo Boston para Niños Menores de 7 años
C-1D	O	32	TLSO Tipo Stagnara para Niños Mayores de 7 años
C-1C	O	32	TLSO Tipo Stagnara para Niños Menores de 7 años
B-1F	O	14	WHO Dorsal para Adulto (Pasiva)
B-1E	O	14	WHO Dorsal para Niño (Pasiva)
B-1G	O	18	WHO Férula Dinámica en Ortoplast
B-1D	O	14	WHO Palmar para Adulto (Pasiva)
B-1C	O	14	WHO Palmar para Niño (Pasiva)
Z-2A	Z	1	Alza por Centímetro
Z-2B	Z	1	Arco Longitudinal
Z-2D	Z	2.5	Banda en "T" interna de calzado
Z-1A	Z	12	Calzado Ortopédico Corriente Talla 18-22
Z-1B	Z	12	Calzado Ortopédico Corriente Talla 23-29
Z-1C	Z	12	Calzado Ortopédico Corriente Talla 30-45
Z-1D	Z	12	Calzado Ortopédico para Adaptación de Férula Denis Brown
Z-1E	Z	14	Calzado Ortopédico para Aparatos Ortopédicos (con Adaptación Bilateral sobre Aparato)
Z-2C	Z	1.5	Cuña Correctiva de Valgo / Varo
BARRAS	O	24	Barras de Aluminio o Hierro para Articulaciones
FT	O	16	Férula de Tela y Aluminio
TOTAL:		982	Horas
58		TOTAL DE PRODUCTOS	

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

El tiempo estándar a considerar para el análisis es la suma de los tiempos estándar de producción de los productos que se ha fabricado en el periodo de enero a julio del 2011.

Tiempo Estándar de producción: **982 horas**

2.3.6.1.3 Tiempo de producción Real Utilizado

El tiempo de producción real utilizado en la UOT se determinara a partir del establecimiento del promedio de tiempo utilizado por cada uno de los 10 técnicos en realizar la fabricación de cada uno de los productos fabricados en el periodo de enero a julio del 2011.

Los tiempos de cada producto están establecidos para la participación un técnico y la elaboración de un producto. A continuación se presentan los tiempos obtenidos:

Tabla 48: Promedio de Tiempos de Producción utilizado en la UOT por Productos Ortopédico

			Tiempos de producción de técnicos en Ortésis y Prótesis- HORAS										
CODIGO	TIPO	DESCRIPCION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Promedio
O-2G	O	AFO Anti Equino con Articulación (de Marcha)	10	12	14	12	10	12	12	16	14	14	12.60
O-2H	O	AFO Anti Equino Espástico con Apoyo Sub-Patelar para Control de Flexión de Rodilla (de Marcha)	10	11	10	12	8	10	10	10	11	12	10.40
O-2F	O	AFO Anti Equino sin Articulación (de Marcha)	8	10	8	10	11	11	11	8	10	8	9.50
O-2I	O	AFO Anti-Step de Polipropileno para Adulto (de Marcha)	8	10	10	10	8	12	12	11	8	10	9.90
O-2J	O	AFO Anti-Step de Polipropileno Reforzado para Adulto (de Marcha)	8	10	10	12	10	11	8	8	10	10	9.70
O-2E	O	AFO para Pie Equino Varo (de Marcha)	8	10	8	8	8	10	10	10	12	12	9.60
O-2N	O	AFO Tipo Sarmiento para Pseudoartrosis de Tibia y Peroné	12	14	12	12	14	15	14	14	14	13	13.40
O-1F	O	Alza por Centímetro sobre Plantilla / AFO / KAFO	4	6	4	3	3	6	6	4	4	5	4.50
C-1F	O	CTLSO Tipo Milwaukee para Niños Mayores de 7 años	32	30	32	30	28	32	30	30	32	32	30.80

C-4B	O	CTO Minerva de Polipropileno/Polietileno para Niños Menores de 12 años	26	30	28	30	26	26	28	30	28	27	27.90
O-3A	O	Desrotador de Cadera sobre cualquier AFO o Plantilla	8	10	8	7	11	10	8	8	10	8	8.80
O-5A	O	Férula de Abducción de Cadera para Niño	12	14	14	12	12	14	13	12	12	14	12.90
O-1G	O	Férula para Corrección de Hallux Valgus (Nocturna)	8	8	6	6	8	6	8	6	8	8	7.20
O-2M	O	Férula Tipo Denis Brown	8	10	10	8	8	8	8	10	10	8	8.80
O-4N	O	Férula unilateral de polipropileno	12	12	10	14	12	12	10	12	12	14	12.00
O-4I	O	KAFO Bilateral con Articulaciones Pélvicas sujetadas a un LSO para Niño	34	32	34	32	30	34	36	34	34	35	33.50
O-4F	O	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Adulto (de Marcha)	36	34	34	34	36	36	35	34	36	36	35.10
O-4E	O	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Niño (de Marcha)	36	34	34	34	36	36	35	34	36	36	35.10
O-3B	O	KAFO de Corrección de Genu Varo/Valgo	26	28	28	26	26	28	26	28	28	26	27.00
O-4M	O	KAFO de Descarga Tipo Thomas	25	30	25	27	28	30	26	26	30	28	27.50
O-4C	O	KAFO sin Articulación para Niño (de Marcha)	20	25	20	22	22	25	22	25	25	20	22.60
C-3B	O	LSO Corset tipo Knight (Metálico)	12	14	14	12	12	10	12	12	14	12	12.40
B-2B	O	Ortésis Tipo Sarmiento	12	14	14	12	16	12	15	14	14	12	13.50
O-5B	O	Parapodium	30	32	32	34	32	30	32	30	32	32	31.60
O-1A	O	Plantilla Ortopédica de Cuero y Corcho (Adultos)	3	3	3	4	4	2	4	2	3	3	3.10
O-1B	O	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman	3	3	3	2	2	3	4	3	4	3	3.00
O-1D	O	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman o Helfet con toma de Media Enyesada	8	6	8	8	6	8	8	8	8	8	7.60
P-1C	P	Prótesis Abajo de Rodilla Tipo KBM-PTS	18	22	20	18	18	22	22	22	18	22	20.20

P-1Ea	P	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral con Componentes Endoesquelético (Otto Bock)	24	26	24	24	26	26	26	26	26	24	25.20
P-1A	P	Prótesis Tipo Chopard de Cuero / Plástico	20	22	23	23	20	20	20	22	20	20	21.00
P-1B	P	Prótesis Tipo Pirogoff / Sime de Resina con Componentes	18	20	18	20	20	22	20	18	22	20	19.80
O-3E	O	Rodillera Tipo Lenox Hill	18	20	20	18	18	18	20	18	20	20	19.00
B-2A	O	Sarmiento para Fractura de Húmero	12	12	10	12	10	10	10	12	12	12	11.20
O-4Y	O	Suplemento para Articulación de Cadera Bilateral y Cinturón Pélvico	8	10	8	8	8	10	10	8	10	10	9.00
C-2D	O	TLSO Corset de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Adultos	16	20	16	20	18	18	20	20	16	18	18.20
C-3A	O	TLSO Corset tipo Taylor (Metálico)	18	20	18	18	18	20	20	20	22	18	19.20
C-2C	O	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Mayores de 7 años	15	18	16	15	16	18	18	18	18	15	16.70
C-2B	O	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Menores de 7 años	15	18	16	15	16	18	18	18	18	15	16.70
C-1B	O	TLSO Tipo Boston para Niños Mayores de 7 años	16	20	16	16	16	20	20	18	18	20	18.00
C-1A	O	TLSO Tipo Boston para Niños Menores de 7 años	14	18	14	14	14	18	18	16	16	18	16.00
C-1D	O	TLSO Tipo Stagnara para Niños Mayores de 7 años	24	26	24	24	26	26	25	26	24	26	25.10
C-1C	O	TLSO Tipo Stagnara para Niños Menores de 7 años	24	26	24	24	26	26	25	26	24	26	25.10
B-1F	O	WHO Dorsal para Adulto (Pasiva)	12	12	12	12	14	14	12	12	10	10	12.00
B-1E	O	WHO Dorsal para Niño (Pasiva)	12	12	12	12	14	14	14	12	16	12	13.00
B-1G	O	WHO Férula Dinámica en Ortoplast	14	16	14	18	18	16	16	14	14	16	15.60

B-1D	O	WHO Palmar para Adulto (Pasiva)	12	12	14	14	14	14	14	12	12	12	13.00
B-1C	O	WHO Palmar para Niño (Pasiva)	12	12	12	16	12	12	16	12	12	12	12.80
Z-2A	Z	Alza por Centímetro	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.30
Z-2B	Z	Arco Longitudinal	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1.30
Z-2D	Z	Banda en "T" interna de calzado	1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	2.00
Z-1A	Z	Calzado Ortopédico Corriente Talla 18-22	12	12	12	12	14	14	12	10	12	10	12.00
Z-1B	Z	Calzado Ortopédico Corriente Talla 23-29	12	12	12	12	14	14	12	10	12	10	12.00
Z-1C	Z	Calzado Ortopédico Corriente Talla 30-45	12	12	12	12	14	14	12	10	12	10	12.00
Z-1D	Z	Calzado Ortopédico para Adaptación de Férula Denis Brown	12	12	12	12	14	14	12	12	12	12	12.40
Z-1E	Z	Calzado Ortopédico para Aparatos Ortopédicos (con Adaptación Bilateral sobre Aparato)	14	14	14	14	15	15	14	12	14	14	14.00
Z-2C	Z	Cuña Correctiva de Valgo / Varo	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1.70
BARRAS	O	Barras de Aluminio o Hierro para Articulaciones	16	20	16	18	18	20	18	16	18	16	17.60
FT	O	Férula de Tela y Aluminio	12	16	12	14	14	14	16	16	16	16	14.60
		TOTAL POR MES:	836	919	862	875	878	922	910	880	909	886	887.70
58		TOTAL DE PRODUCTOS											

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

Tiempo real utilizado de Producción: **887.70 hrs**

2.3.6.1.4 Resumen de Tiempos de producción:

A continuación se presenta un resumen de los tiempos de producción, a fin de poder comparar los tiempos estándar y el real.

R: Tiempo Real de Producción

S: Tiempo Estándar de Producción

Tabla 49: Resumen de tiempos de producción

CODIGO	DESCRIPCION	HORAS STD.	HORAS REAL	Diferencia A favor de
O-2G	AFO Anti Equino con Articulación (de Marcha)	16	12,6	R
O-2H	AFO Anti Equino Espástico con Apoyo Sub-Patellar para Control de Flexión de Rodilla (de Marcha)	12	10,4	R
O-2F	AFO Anti Equino sin Articulación (de Marcha)	11	9,5	R
O-2I	AFO Anti-Step de Polipropileno para Adulto (de Marcha)	11	9,9	R
O-2J	AFO Anti-Step de Polipropileno Reforzado para Adulto (de Marcha)	12	9,7	R
O-2E	AFO para Pie Equino Varo (de Marcha)	12	9,6	R
O-2N	AFO Tipo Sarmiento para Pseudoartrosis de Tibia y Peroné	24	13,4	R
O-1F	Alza por Centímetro sobre Plantilla / AFO / KAFO	2	4,5	S
C-1F	CTLSO Tipo Milwaukee para Niños Mayores de 7 años	30	30,8	S
C-4B	CTO Minerva de Polipropileno/Polietileno para Niños Menores de 12 años	18	27,9	S
O-3A	Desrotador de Cadera sobre cualquier AFO o Plantilla	20	8,8	R
O-5A	Férula de Abducción de Cadera para Niño	25	12,9	R
O-1G	Férula para Corrección de Hallux Valgus (Nocturna)	6	7,2	S
O-2M	Férula Tipo Denis Brown	12	8,8	R
O-4N	Férula unilateral de polipropileno	12	12	-
O-4I	KAFO Bilateral con Articulaciones Pélvicas sujetadas a un LSO para Niño	35	33,5	R
O-4F	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Adulto (de Marcha)	23	35,1	S
O-4E	KAFO con Articulación de Bloqueo de Rodilla y Tobillo para Niño (de Marcha)	23	35,1	S
O-3B	KAFO de Corrección de Genu Varo/Valgo	15	27	S
O-4M	KAFO de Descarga Tipo Thomas	30	27,5	R
O-4C	KAFO sin Articulación para Niño (de Marcha)	12	22,6	S

C-3B	LSO Corset tipo Knight (Metálico)	16	12,4	R
B-2B	Ortesis Tipo Sarmiento	15	13,5	R
O-5B	Parapodium	35	31,6	R
O-1A	Plantilla Ortopédica de Cuero y Corcho (Adultos)	3	3,1	S
O-1B	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman	2	3	S
O-1D	Plantilla Ortopédica Tipo Whitman o Helfet con toma de Media Enyesada	6	7,6	S
P-1C	Prótesis Abajo de Rodilla Tipo KBM-PTS	22	20,2	R
P-1Ea	Prótesis Arriba de Rodilla Tipo Cuadrilateral con Componentes Endoesquelético (Otto Bock)	25	25,2	S
P-1A	Prótesis Tipo Chopard de Cuero / Plástico	23	21	R
P-1B	Prótesis Tipo Pirogoff / Sime de Resina con Componentes	23	19,8	R
O-3E	Rodillera Tipo Lenox Hill	30	19	R
B-2A	Sarmiento para Fractura de Húmero	12	11,2	R
O-4Y	Suplemento para Articulación de Cadera Bilateral y Cinturón Pélvico	12	9	R
C-2D	TLSO Corset de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Adultos	23	18,2	R
C-3A	TLSO Corset tipo Taylor (Metálico)	22	19,2	R
C-2C	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Mayores de 7 años	23	16,7	R
C-2B	TLSO de Sostén en Polietileno/Polipropileno para Niños Menores de 7 años	23	16,7	R
C-1B	TLSO Tipo Boston para Niños Mayores de 7 años	30	18	R
C-1A	TLSO Tipo Boston para Niños Menores de 7 años	30	16	R
C-1D	TLSO Tipo Stagnara para Niños Mayores de 7 años	32	25,1	R
C-1C	TLSO Tipo Stagnara para Niños Menores de 7 años	32	25,1	R
B-1F	WHO Dorsal para Adulto (Pasiva)	14	12	R
B-1E	WHO Dorsal para Niño (Pasiva)	14	13	R
B-1G	WHO Férula Dinámica en Ortoplast	18	15,6	R
B-1D	WHO Palmar para Adulto (Pasiva)	14	13	R
B-1C	WHO Palmar para Niño (Pasiva)	14	12,8	R
Z-2A	Alza por Centímetro	1	1,3	S
Z-2B	Arco Longitudinal	1	1,3	S
Z-2D	Banda en "T" interna de calzado	2,5	2	R

Z-1A	Calzado Ortopédico Corriente Talla 18-22	12	12	-
Z-1B	Calzado Ortopédico Corriente Talla 23-29	12	12	-
Z-1C	Calzado Ortopédico Corriente Talla 30-45	12	12	-
Z-1D	Calzado Ortopédico para Adaptación de Férula Denis Brown	12	12,4	S
Z-1E	Calzado Ortopédico para Aparatos Ortopédicos (con Adaptación Bilateral sobre Aparato)	14	14	-
Z-2C	Cuña Correctiva de Valgo / Varo	1,5	1,7	S
BARRAS	Barras de Aluminio o Hierro para Articulaciones	24	17,6	R
FT	Férula de Tela y Aluminio	16	14,6	R
TOTAL POR MES:		982	887,7	

Fuente: Sistema de Control de la Producción de la UOT

2.3.6.1.5 Eficiencia del Tiempo de producción:

Para el cálculo de la Eficiencia se utilizara la formula:

$$\text{Eficiencia} = \text{Recurso Planeado} / \text{Recurso Utilizado}$$

Donde el recurso a considerar será el *Tiempo de Producción*, así para el Recurso Planeado se utilizara el *Tiempo Estándar* y para el Recurso Gastado el *Tiempo real utilizado* para la producción.

Para realizar el cálculo de la eficiencia se considerara la suma del tiempo estándar de producción de los productos fabricados de enero a julio del 2011 y la suma del promedio del tiempo real utilizado por los técnicos en la producción de los productos fabricados de enero a julio del 2011.

Por lo que la formula quedaría de la siguiente forma:

$$\text{Eficiencia} = \text{Tiempo Estándar} / \text{Tiempo real utilizado}$$

Así la Eficiencia de producción es:

$$\text{Eficiencia} = 982.00 \text{ hrs.} / 887.90 \text{ hrs.}$$

$$\text{Eficiencia} = 110.62 \%$$

2.3.6.1.6 Análisis de resultados de la UOT:

Como resultado de los tiempos de producción real utilizados y su relación con el estándar establecido, es posible obtener la eficiencia de la producción, la cual es de 110.62%. con el resultado obtenido podemos identificar que el Laboratorio de Ortésis y Prótesis está trabajando con un ritmo de producción satisfactorio, pero que a pesar de lograr cumplir con las metas programadas mensualmente y lograr una mayor producción de la esperada, estas no logran solventar la problemática de la unidad de la insatisfacción de la demanda por la cantidad de productos en rezago que se tienen, es decir que la UOT por el retraso de producción histórica que maneja el Laboratorio de Ortésis y Prótesis resulta insatisfactoria para los demandantes del servicio.

2.4 MAPA DE PROCESO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL:

Como paso preliminar para interpretar mejor la interrelación de los procesos que se ejecutan en el ISRI, se realiza una división de los procesos, para ello se considera lo siguiente:

- La primera división de todos los procesos se hará en base a tres **macroprocesos** que son los **estratégicos, claves y de apoyo**.
- Cada macro proceso se subdividirá según el área en que se desarrollan los procesos, esta subdivisión se llamara **procesos**, y estos procesos se dividirán en **procedimientos** que es todo el conjunto de procedimientos que se realizan en cada área o unidad del ISRI.

A continuación se definen la clasificación de los Macroprocesos:

1. **Procesos estratégicos:** Son aquellos procesos que proporcionan todas las directrices necesarias que sirven de guía en el desarrollo de todas las actividades ejecutadas en el ISRI.
2. **Procesos claves:** Son los procesos que definen la razón de ser del ISRI cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.
3. **Procesos de apoyo:** Son aquellos que proveen los recursos e insumos necesarios para que los demás procesos de la Institución sean realizados satisfactoriamente estos sirven de soporte a los procesos claves y estratégicos.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores se presenta la clasificación de todos los procesos del ISRI.

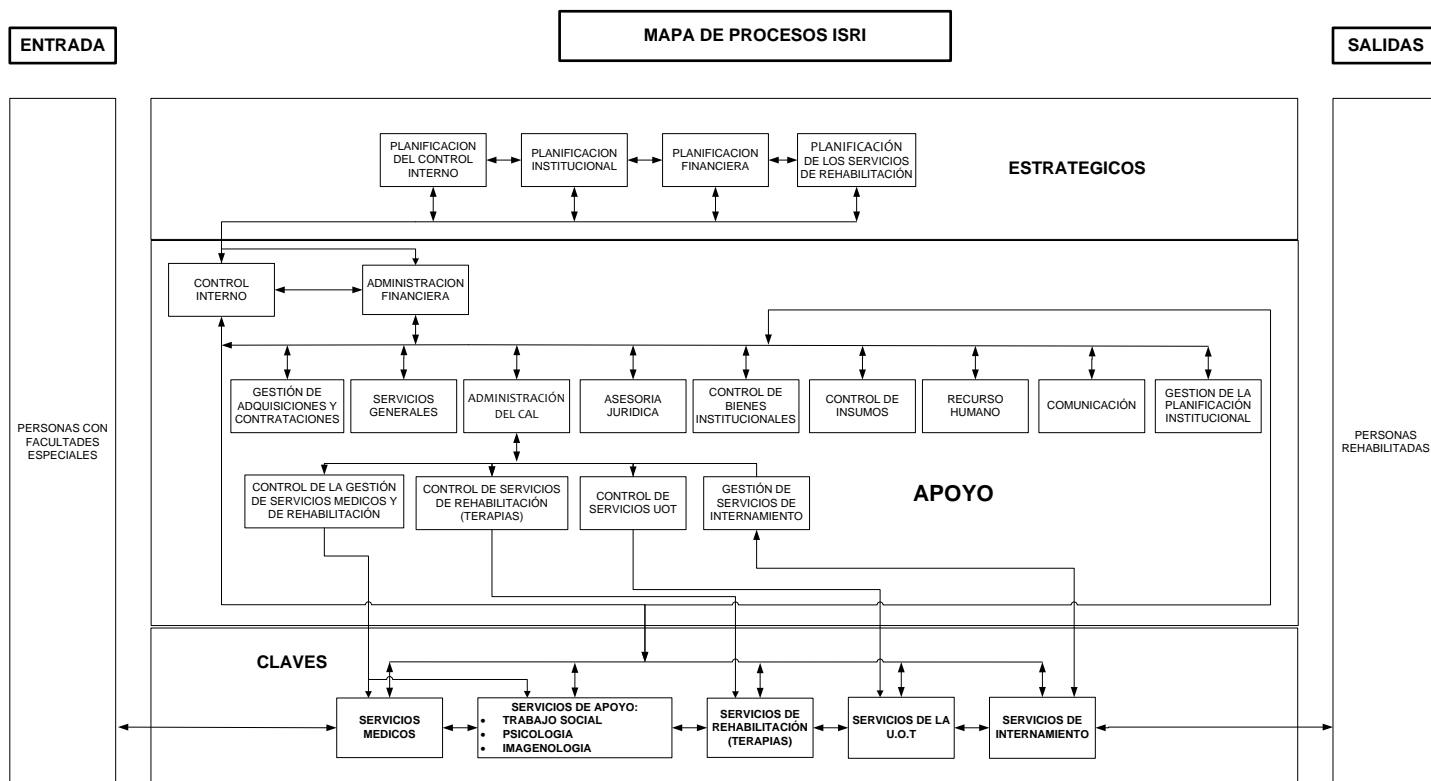
En la tabla que se muestran a continuación se presenta la clasificación de los procesos:

Tabla 50: Clasificación de procesos

MACROPROCESOS	PROCESOS
ESTRATEGICOS	1. PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO
ESTRATEGICOS	2. PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL
ESTRATEGICOS	3. PLANIFICACIÓN FINANCIERA
ESTRATEGICOS	4. PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
CLAVES	5. SERVICIOS MÉDICOS
CLAVES	6. SERVICIOS DE APOYO
CLAVES	7. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)
CLAVES	8. SERVICIOS DE LA UOT
CLAVES	9. SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
APOYO	10. CONTROL INTERNO
APOYO	11. ASERORIA JURIDICA
APOYO	12. GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL
APOYO	13. RECURSO HUMANO
APOYO	14. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
APOYO	15. ADMINISTRACION FINANCIERA
APOYO	16. COMUNICACION
APOYO	17. CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES
APOYO	18. SERVICIOS GENERALES
APOYO	19. CONTROL DE INSUMOS
APOYO	20. CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN
APOYO	21. ADMINISTRACIÓN DEL CAL
APOYO	22. CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)
APOYO	23. CONTROL DE SERVICIOS UOT
APOYO	24. GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO

Tomando en cuenta la clasificación mostrada en las tablas anteriores, se puede presentar en el siguiente esquema las relaciones entre todos los procesos que se realizan en el ISRI, mostrando las relaciones entre los diversos procesos clasificados en cada macro proceso, cumpliendo con el requisito de la Norma ISO 9001:2008 que es: determinar la secuencia e interacción de los procesos de la Institución, a continuación se muestra el mapa de procesos del ISRI:

2.4.1 MAPA DE PROCESO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL



3. INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS DEL ISRI

La investigación de campo está definida especialmente por una encuesta realizada a la población objetivo, la cual está conformada por los usuarios externos del CAL; a la vez la investigación de campo está definida por censos dirigidos a los usuarios internos, de los cuales se consideran a las jefaturas de la Administración Superior y las jefaturas y coordinaciones del CAL.

3.1 INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS INTERNOS DEL ISRI

3.1.1 POBLACIÓN DE USUARIOS INTERNOS DEL ISRI

3.1.1.1 Población de usuarios internos DEL ISRI de la Administración Superior

Para la conocer la situación actual de la Administración Superior referente a la calidad con la que brindan los servicios y los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008, es necesario conocer la opinión y percepción de los involucrados en la prestación de los servicios, y en especial de los que contribuyen de manera directa en la planificación y control de dichos servicios; por ello se considera como población a censar a todas la jefaturas de las diferentes unidades de la Administración Superior. A continuación se listan las jefaturas a considerar:

1. Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
2. Unidad de Asesoría Jurídica
3. Unidad de Comunicaciones
4. Unidad de Auditoría Interna
5. Unidad Financiera Institucional(UFI)
6. Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional(UACI)
7. Centro del Aparato Locomotor (CAL)
8. Unidad de Recursos Humanos
9. Unidad de Control de Bienes
10. Servicios Generales
11. Almacén Central

3.1.1.2 Población de usuarios internos del Centro del Aparato Locomotor (CAL)

Para la conocer la situación actual del Centro del Aparato Locomotor (CAL) referente a la calidad con la que brindan los servicios y los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008, es necesario conocer la opinión y percepción de los involucrados en la prestación de los servicios, y en especial de los que contribuyen de manera directa en la planificación y control de dichos servicios; por ello se considera como población a censar a todas la jefaturas y coordinaciones de las diferentes áreas y unidades del CAL. A continuación se listan las jefaturas y coordinaciones a considerar:

1. Director de CAL
2. Administrador del CAL
3. Coordinadora de Terapias
4. Coordinadora de Psicología

5. Coordinadora de Trabajo Social
6. Jefe de la Unidad de Ortopedia Técnica(UOT)
7. Jefe de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares(ULAM)

3.1.2 DISEÑO DE INSTRUMENTOS: USUARIOS INTERNOS DEL ISRI

Para realizar el diagnóstico de la Administración Superior y del Centro del Aparato Locomotor (CAL) del ISRI, respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 se utilizará la siguiente herramienta:

3.1.2.1 Diseño del Cuestionario basado en la Norma ISO 9001:2008: Administración Superior y Centro del Aparato Locomotor (CAL)

El objetivo del cuestionario: es identificar la situación actual de las áreas del ISRI con respecto a los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008.

Este cuestionario se llenará a través de una entrevista personal que se realizará con cada Jefe de cada área.

Para el diseño del cuestionario la base será cada punto o requerimiento de la Norma ISO 9001:2008, del cual nace un objetivo para poder generar las preguntas necesarias e identificar el cumplimiento o no de los requisitos exigidos.

A continuación se muestra la tabla con el objetivo de cada pregunta a realizar, en base a cada punto o requerimiento que demanda la Norma ISO 9001:2008.

3.1.2.1.1 Criterios para la elaboración del Cuestionario basado en la Norma ISO 9001:2008: Requisitos Considerados

Tabla 51: Requisitos de la Norma ISO 9001: 2008

NUMERAL DE LA NORMA ISO 9001:2008	OBJETIVO DE LAS PREGUNTAS DE CADA PUNTO
4.SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
4.1.Requisitos generales	Identificar el interés por la calidad en la prestación de los servicios de la institución además de identificar si poseen los procesos necesarios para el SGC, tales como de administración, realización del servicio, planificación, medición y análisis etc.
4.2.REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	
4.2.1.Generalidades	Identificar si la institución cuenta políticas y objetivos relacionados a la calidad en la prestación de sus servicios
4.2.3.Control de los documentos	Conocer si llevan un control de documentos y si

	dichos documentos están actualizados
4.2.4. Control de los registros	Identificar si la institución cuenta con procedimientos establecidos y documentados relacionados al control de los registros.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
5.1. Compromiso de la dirección	Conocer si la alta dirección interviene en el cumplimiento de los objetivos y políticas de la institución así como sus respectivas revisiones.
5.2. Enfoque al cliente	Determinar si la alta dirección se asegura de establecer cuáles son los requisitos del cliente con el propósito de satisfacer sus necesidades y la forma de cómo los determina.
5.3 Política de Calidad	Determinar si la alta dirección trabaja con una política de Calidad en la cual se incluya un compromiso de mejora continua logrando una mayor eficiencia en los servicios, de manera que contribuya al cumplimiento de los objetivos de calidad trazados.
5.4 PLANIFICACION	
5.4.1 Objetivos de Calidad	Determinar si están establecidos objetivos de calidad en la institución y si estos poseen relación directa con la política de calidad establecida.
5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	
5.5.1. Responsabilidad y autoridad	La alta dirección debe asegurarse de que se definan las responsabilidades y autoridad y que estas sean comunicadas dentro de la organización.
5.5.3. Comunicación interna	Indagar sobre los medios de cómo la alta dirección se comunica con el personal de la institución para darles a conocer los objetivos y políticas por los cuales se debe regir el funcionamiento del ISRI.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	
6.1. Provisión de recursos	Establecer si la Gerencia proporciona los recursos necesarios para proporcionar un servicio que cumpla con las necesidades del usuario.
6.2. RECURSOS HUMANOS	
6.2.1. Generalidades	Conocer si la institución cuenta con el personal adecuado para el desempeño de las actividades en la prestación del servicio.
6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia	Determinar necesidades de formación, facilitar y evaluar eficacia de la formación e identificar si se cuenta con registros de los mismos.
6.3. Infraestructura	Identificar si cuentan con las instalaciones y equipo adecuado para prestar un servicio de calidad.

6.4. Ambiente de trabajo	Indagar si el ambiente de trabajo en donde labora el personal es el propicio para la prestación de los servicios con calidad.
7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO(SERVICIO)	Establecer si los procesos de prestación de servicios de rehabilitación y administrativos se realizan basados en una planificación previa.
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto(Servicio)	Determinar si el ISRI cumple con los requisitos especificados por los usuarios de los servicios de rehabilitación y los necesarios para su prestación de estos, así como el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto(Servicio)	Determinar si el ISRI ha revisado los requisitos relacionados con la prestación de los servicios de rehabilitación para lograr el compromiso de cumplimiento de ellos.
7.2.3 Comunicación con el cliente	Verificar si el ISRI cuenta con las disposiciones necesarias para lograr una comunicación eficaz con los usuarios para conocer sus consultas, retroalimentación etc.
7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo	Comprobar si el ISRI planifica y controla el desarrollo de la prestación de los servicios de rehabilitación que ejecuta.
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	Verificar si se han determinado los elementos de entrada relacionados con los requisitos necesarios para la prestación del servicio y el mantenimiento de los registros respectivos.
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo	Determinar si los resultados del diseño y desarrollo son verificados de manera adecuada respecto a los elementos de entrada del sistema.
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo	Comprobar si se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de la prestación de los servicios de rehabilitación de acuerdo con lo planificado.
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo	Comprobar si se realizan verificaciones, de acuerdo con lo planificado para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo	Conocer si se realizan las validaciones del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado.
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo	Conocer si los cambios del diseño y desarrollo se identifican y mantienen registrados adecuadamente.

7.4 COMPRAS	
7.4.1 Proceso de compras	Verificar si el ISRI se asegura que los productos adquiridos cumplen con los requisitos de compra especificados.
7.4.2 Información de las compras	Determinar si la información de las compras contiene la descripción adecuada de los productos.
7.4.3 Verificación de los productos comprados	Conocer si el ISRI implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados.
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	Comprobar si se planifica y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	Verificar si se validan los proceso de prestación de servicios cuando el resultado no se puede verificarse mediante seguimiento o mediciones posteriores
7.5.3 Identificación y trazabilidad	Conocer si es apropiado al ISRI identificar la prestación de servicios por medios adecuados, a través de toda la ejecución de la prestación del servicio.
7.5.4 Propiedad del cliente	Conocer si la organización guarda el cuidado adecuado de los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de ella.
7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	Determinar si la organización realiza el seguimiento y la medición con los equipos de seguimiento y medición necesaria para proporcionar la evidencia de la conformidad de la prestación del servicio con los requisitos determinados.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	
8.2.1 Satisfacción del cliente	Comprobar si la organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Institución.
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	Verificar si el ISRI aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos en la Institución.
8.2.4 Seguimiento y medición del producto	Comprobar si la organización realiza el seguimiento y medición de las características de la prestación del servicio verificando que se cumplen los requisitos de la prestación de ellos.

8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	Verificar si los servicios de rehabilitación brindados en el ISRI, que no sean conforme con los requisitos de estos servicios, se identifiquen y se controlen.
8.5.2 Acción correctiva	Comprobar si el ISRI toma acciones para eliminar las causas de las no conformidades respecto a la prestación de los servicios de rehabilitación.
8.5.3 Acción preventiva	Verificar si el ISRI toma las acciones necesarias para eliminar las causas de no conformidades Potenciales en los servicios de rehabilitación para prevenir su ocurrencia.

Fuente: Norma ISO 9001:2008

3.1.2.1.2 Requisitos consideraciones para la elaboración de los cuestionarios: No Consultados

Tabla 52: Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 no considerados en los Cuestionarios

Punto de la Norma	Consideración Especial en el diseño del Cuestionario
4.1.Requisitos generales	Con respecto a este punto que contiene la norma, en el diseño del cuestionario no tiene preguntas asociadas pues al realizar la investigación de campo y recopilación de información de los procesos se determinó que el ISRI posee los procesos necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad dentro de los cuales se identifican procesos de dirección, provisión de recursos, planificación, realización del servicio, medición y análisis del servicio entre otros.

A partir de la tabla anteriormente expuesta hay requisitos de la Norma ISO 9001:2008 que se excluyen por diversas razones al momento de elaborar el cuestionario, estos se explican en la siguiente tabla donde se justifican las exclusiones:

3.1.2.1.3 Justificación de exclusiones

Tabla 53: Exclusiones de Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 en los Cuestionarios

NUMERAL DE LA NORMA	JUSTIFICACION DE LAS EXCLUSIONES
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de Calidad	Este punto de la norma no aplica pues enfatiza directamente en el Sistema de Gestión de Calidad el cual aun no se implementa en la institución por ende no puede realizarse su planificación.
5.5.2 Representante de la Dirección	Se referencia en la designación de una persona para el seguimiento y control del SGC, por lo tanto no aplica ya que no existe un SGC en la institución.
5.6 Revisión por la Dirección	La revisión por la dirección consiste en realizar auditorías, seguimientos y controles del funcionamiento del SGC en la prestación de un servicio a realización de un producto por lo tanto no aplica en nuestro caso.

7.5.5 Preservación del producto	El ISRI no produce ningún producto ni preserva este durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Por lo tanto este punto queda excluido del cuestionario.
8.2.2 Auditoría interna	La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el Sistema de Gestión de la calidad es eficaz, por esta razón es excluido ya que no existe ningún sistema de Gestión de Calidad implementado.
8.4 ANÁLISIS DE DATOS	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, por esa razón no aplica este apartado para ser tomado en cuenta en la elaboración del cuestionario.
8.5 MEJORA 8.5.1 Mejora continua	La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección, por esa razón no es aplicable este numeral.

3.1.2.1.4 Consideraciones para Diseño del cuestionario del Censo para verificar los requisitos de la Norma ISO 9001:2008

Como se explico anteriormente se hará uso del cuestionario basado en la Norma ISO 9001.2008 para verificar el cumplimiento de los requisitos que exige la Norma ISO 9001.2008 este se ha dividido en dos partes, *la primera parte* del cuestionario inicia con las preguntas en base al primer requisito que exige la Norma ISO 9001:2008: **4.2 Requisitos de la documentación** hasta el requisito **6.2 Recursos Humanos, incluyendo el requisito 7.4 Compras**, esto se hizo debido a que se realizara un Censo a las Jefaturas de las Unidades de la Administración Superior y el Director del Cal, para verificar el cumplimiento de los requisitos que exige la Norma ISO9001.2008. *La segunda parte* del cuestionario inicia con las preguntas correspondientes al requisito **7.1 Planificación de la realización del Producto** hasta el requisito **8.5 Mejora**, las preguntas en base a estos requisitos evalúan el cumplimiento de los requisitos referente a la prestación de servicios y la Unidad representativa de la prestación de servicios de rehabilitación del ISRI es el CAL, por lo tanto con esta segunda parte del cuestionario se realizara un Censo solo con las Jefaturas y Coordinaciones del Centro del Aparato Locomotor.

3.1.2.2 Instrumento para la Administración Superior

CUESTIONARIO DE DIAGNOSTICO: CENSO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001.2008,
Ver ANEXO 3.

3.1.2.3 Instrumento para el Centro del Aparato Locomotor (CAL)

3.2 INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL ISRI

3.2.1 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE USUARIOS EXTERNOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)

Para la conocer la situación actual del Centro del Aparato Locomotor (CAL) referente a la calidad de los servicios brindados, es necesario conocer la opinión y percepción de los usuarios externos de dicho centro, para ello se consideran las diferentes poblaciones que atiende el CAL en sus tres unidades, a continuación se presenta la descripción de cada una las unidades y su respectiva población.

1. CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
2. UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA
3. UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES

El cuadro siguiente muestra la población de los usuarios atendidos en las unidades del CAL:

Tabla 54: Población Promedio de usuario en las áreas del CAL

Servicios Proporcionados CAL	Población de usuarios 2011 ⁷
Consulta Externa y Terapias de Rehabilitación	606
Unidad de Ortopedia Técnica	132
Internamiento en ULAM	27

*Fuente: Datos proporcionados por Archivo y Estadístico del CAL

3.2.2 DETERMINACIÓN DEL MARCO MUESTRAL

3.2.2.1 Determinación del tipo de muestreo:

El método utilizado para seleccionar la muestra será: *Muestreo Aleatorio Simple*. Teniendo en cuenta todas las características que presenta el estudio, se ha seleccionado este tipo de muestreo ya que hemos considerado que cualquier persona que hace uso de los servicios tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para ser encuestado.

3.2.2.2 Prueba Piloto

Para el cálculo de p y q a utilizar para la determinación de la muestra se realizó una prueba piloto con una encuesta para la población de Consulta Externa y para la Unidad de Ortopedia Técnica con el objetivo de medir si las personas encuentran satisfactorios los servicios

⁷ Registro y determinación de la Población de cada unidad, ver ANEXO 1

brindados en el Centro del Aparato Locomotor (CAL). A Continuación se presenta las encuestas de la prueba piloto y su respectiva tabulación:

Tabla 55: Población a encuestar para prueba piloto en las áreas del CAL

Unidad	Personas Encuestadas
Consulta Externa	25
Unidad de Ortopedia Técnica	20

3.2.2.2.1 Encuesta para Prueba Piloto para Consulta Externa

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL): CONSULTA EXTERNA: SERVICIOS MEDICOS, DE APOYO Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, ver Anexo 5.

3.2.2.2.2 Encuesta para Prueba Piloto para la Unidad de Ortopedia Técnica

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TECNICA (UOT) SERVICIOS DE FABRICACION DE ORTESIS Y PROTESIS, ver Anexo 6.

3.2.2.2.3 Tabulación de Prueba Piloto

3.2.2.2.3.1 Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de consulta externa

Ver anexo 7.

3.2.2.2.3.2 Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de Unidad de Ortopedia Técnica

Ver anexo 8.

3.2.2.3 Determinación de p y q:

3.2.2.3.1 Determinación de p y q para Consulta Externa:

Considerando como pregunta clave la N° 4 **¿Encuentra satisfactorios los servicios de Consulta Externa y Terapias de Rehabilitación brindados por el CAL?**

Se usara para **p** el porcentaje de personas que si encuentran satisfactorios dichos servicios siendo este el **88%** y por consiguiente el valor a considerar para **q** aquellas personas que no consideran satisfactorios los servicios de Consulta Externa siendo este porcentaje el **12%**.

3.2.2.3.2 Determinación de p y q para la UOT:

Considerando como pregunta clave la N° 4 **¿Encuentra satisfactorios los servicios brindados por la Unidad de Ortopedia Técnica?**

Se usara para **p** el porcentaje de personas que si encuentran satisfactorios dichos servicios siendo este el **75%** y por consiguiente el valor a considerar para **q** aquellas personas que no consideran satisfactorios los servicios de Consulta Externa siendo este porcentaje el **25%**.

3.2.2.4 Cálculo del tamaño de la muestra

Se realiza el cálculo de la muestras tomando como universo la población por separado de los servicios de Consulta Externa y Terapias de Rehabilitación, para el caso de los usuarios internos del CAL la encuesta se pasara a todas las personas que encuentren en capacidad de responderla ya que el número de personas es mínimo.

Determinar el número de encuestas

Determinamos el número de encuestas que vamos a realizar, en otras palabras, el número de usuarios a encuestar.

En resumen, la fórmula de la muestra es la siguiente:

$$n = (Z^2pqN) / (Ne^2 + Z^2pq)$$

Donde:

n: muestra: es el número representativo del grupo de personas que queremos estudiar (población).

N: población: es el grupo de personas que vamos a estudiar, nuestro público objetivo: la población de Consulta Externa y Terapias de rehabilitación.

z: nivel de confianza: mide la confiabilidad de los resultados. Mientras mayor sea el nivel de confianza, mayor confiabilidad tendrán los resultados, pero, por otro lado, mayor será el número de la muestra, es decir, mayores encuestas tendremos que realizar.

e: grado de error. Mide el porcentaje de error que puede haber en los resultados.

p: probabilidad de ocurrencia: probabilidad de que ocurra el evento. Para nuestro caso se considero el valor de 88% y 75%, lo que se obtuvo del resultado de una prueba piloto realizadas en el centro de atención.

q: probabilidad de no ocurrencia: probabilidad de que no ocurra el evento. La suma de “p” más “q” siempre debe dar 100%.

3.2.2.4.1 Muestra de Consulta Externa y Terapias de Rehabilitación

Valores:

N= 606

Z= 1.96

e⁸ = 5%

p=88%

q=12%

CALCULO:

$$n = (1.96^2(0.88)(0.12)(606)) / ((606 *0.05^2)+((1.96^2)0.88*0.12))$$

n=128.00

Aproximando:

n= 128 ENCUESTAS

3.2.2.4.2 Muestra de Unidad de Ortopedia Técnica

Valores:

N= 132

Z= 1.96

e= 5%

p=75%

q=25%

CALCULO:

$$n = (1.96^2(0.75)(0.25)(132)) / ((132 *0.05^2)+((1.96^2)0.75*0.25))$$

n=90.53

Aproximando:

n= 91 ENCUESTAS

3.2.2.4.3 Muestra de ULAM

La muestra en el caso de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM) serán todas las personas internas que estén facultadas para poder responder la encuesta de opinión hacia los servicios brindados en la ULAM, considerando que el número de usuarios de la unidad no

⁸ Ver ANEXO 2: Tabla de valores de “e” y “z”

implica la necesidad de determinar una muestra estadística ya que la población interna actualmente es de 27 personas.

3.2.3 DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Para realizar el diagnóstico del Centro del Aparato Locomotor (CAL) del ISRI, referente a la calidad de los servicios brindados se utilizarán las siguientes encuestas como herramientas de investigación:

- 1) **Encuesta para los usuarios de Consulta Externa y Servicios de Rehabilitación**
- 2) **Encuesta para los usuarios de Unidad de Ortopedia Técnica (UOT)**
- 3) **Encuesta para los usuarios de Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares**

3.2.3.1 Diseño del Cuestionario para Centro del Aparato Locomotor (CAL)

- 1) **Encuesta para los usuarios de Consulta Externa y Servicios de Rehabilitación**

El objetivo del cuestionario: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en las áreas de Servicios Médicos y de Apoyo y Servicios de Rehabilitación perciben de los servicios y atenciones brindados en dicho centro.

- 2) **Encuesta para los usuarios de Unidad de Ortopedia Técnica (UOT)**

El objetivo del cuestionario: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en la UOT perciben de los servicios y atenciones brindados en dicha unidad.

- 3) **Encuesta para los usuarios de Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares**

El objetivo del cuestionario: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en la ULAM perciben de los servicios y atenciones brindados en dicha unidad.

Estos cuestionarios se llenarán a través de una entrevista personal que se realizará a la muestra considerada para cada área del CAL.

3.2.3.2 Instrumento para el Consulta Externa y Servicios de Rehabilitación

Ver ANEXO 9.

3.2.3.3 Instrumento para la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT)

Ver ANEXO 10.

3.2.3.4 Instrumento para la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM)

Ver ANEXO 11.

E. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. Análisis de la Información referente a la Norma ISO 9001:2008

A. Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para la Administración Superior del ISRI⁹

Para mayor facilidad de comprensión del análisis de resultados, este análisis inicia desde el primer apartado de Requisitos de la Norma ISO 9001:2008, 4. Requisitos de la Gestión de la Calidad, se exponen los requisitos de cada apartado y la observación pertinente respecto a cada requisito, el cual nace en base a los resultados obtenidos en las entrevistas personales en las cuales se levantaron los procedimientos y se utilizó el cuestionario diagnóstico para verificar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008, el análisis de estos resultados están plasmados en la columna de observaciones, el número entre paréntesis en la columna de observaciones indica el número de pregunta en el Cuestionario Diagnóstico de Cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001: 2008, lo que se muestra a continuación:

Tabla 56: Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para la Administración Superior del ISRI

Apartado de la Norma ISO 9001: 2008	Observaciones
4.SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 4.2 Requisitos de la documentación 4.2.1 Generalidades	(1) Se tiene documentado los siguientes manuales: Manual de Organización, Manual de descripción de Puestos y el Manual de Procedimientos de trabajo. Para la administración Central no existe un manual de procedimientos de trabajo si no que cada unidad cuenta con Normas propias de cada unidad, donde se describe el objetivo de la unidad, las funciones y las normas o procedimientos propios de cada una de ellas. Para el CAL se cuenta con los lineamientos propios o instructivos de cada área como lo es para las aéreas: terapia, trabajo social, psicología etc. Los demás documentos Institucionales con los que cuenta el ISRI son los siguientes:

⁹ Análisis de la información en base a resultados obtenidos en la Tabulación de Censo 9001:2008 para la Administración Superior, realizada en Septiembre de 2011.

	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Técnica de Control Interno del ISRI <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento General del ISRI • Lineamientos de Control de Bienes <p>(2) De las 11 unidades entrevistadas, 5 de los Jefes de ellas conocían el año en que se había actualizado los 3 documentos principales: Manual de Organización (2010), Manual de descripción de Puestos (2011) y el Manual de Procedimientos de trabajo, pero solo 2 unidades contestaron correctamente el año de actualización del Manual de Organización y 5 unidades el Manual de descripción de Puestos.</p> <p>(3) Estos documentos se encuentran disponibles en cada Unidad de la Administración Central y en cada área del CAL.</p> <p>(4) En cuatro unidades se encuentran documentados los procesos completamente y en 4 parcialmente, en dos no se encuentran documentados, por esa razón en esta etapa del diagnostico se documentaron todos los procesos más importantes de todas las unidades de la Administración Central y del CAL.</p> <p>(5) En 6 unidades se trabaja de acuerdo a los procesos establecidos y en 5 no, esto se debe a que en la mayoría de Unidades de la Administración Central las Normas donde están descritos los procesos la ultima fecha de actualización fue en el año 2005 y 6 años después han cambiado muchas cosas de los procesos que se ejecutan.</p>
<p>4.2.3 Control de documentos</p> <p>4.2.4 Control de los registros</p>	<p>(6) De los Jefes entrevistados, 6 de ellos respondieron que existía un procedimiento de Control de documentos y los restantes que no (5), Institucionalmente no existe un procedimiento de Control de documentos ni de control de registros, pero en todas las Unidades se almacenan de diversas formas los documentos con los cuales se tiene contacto en cada unidad, además de contar con la Unidad de Archivo Institucional con el Centro de Documentos que se encarga del manejo Institucional de Documentos.</p> <p>(7) No existe un procedimiento Institucional de Control de los registros, ya que son diversos registros, de diferentes tipos, los que se manejan en las diferentes Unidades, lo que si se hace en cada unidad así como los demás documentos se almacenan de diversas maneras los diferentes registros, en el CAL si se lleva el registro de las diferentes atenciones brindadas en cada área, las cuales los reportes semanales de estas, son archivados por el área de archivo y estadísticas del CAL. Sin olvidar que el procedimiento control de registros tiene relación con el Sistema de Gestión de Calidad ya que se encarga de controlar los registros concernientes al Sistema de Gestión de Calidad, de los Jefes entrevistados, 6 de ellos respondieron que existía un procedimiento de Control de los registros y los restantes que no (5).</p>
<p>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</p>	<p>(8) De los Jefes de las Unidades entrevistados 10 de ellos respondieron que la Dirección General del ISRI interviene en el cumplimiento de la satisfacción del usuario, 1 Jefatura contesto que lo hace parcialmente; la forma en que la Dirección general lo hace es la siguiente:</p>

<p>5.2 ENFOQUE AL CLIENTE</p>	<p>Centros de Atención: se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios, se tienen buzones de sugerencias además de la ventana abierta al Director del Centro, la Gerencia Medica supervisa los centros a través de los informes de metas e indicadores.</p> <p>Se debe de mejorar la metodología para determinar los requisitos del usuario con el propósito de aumentar la satisfacción de este al recibir los servicios de rehabilitación.</p>
<p>5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD</p>	<p>(9) El ISRI ha establecido la Misión, Visión, Objetivos y Valores Institucionales, pero no así la política y objetivos de Calidad adecuados al propósito del ISRI.</p> <p>(10) La dirección General del ISRI se encarga de comunicar la Misión, Visión y valores Institucionales confirmados con su respuesta afirmativa por 10 Jefaturas entrevistadas y 1 de ellas contesto que parcialmente. La forma en que la Dirección General del ISRI comunica la misión, visión de la siguiente forma: Jornadas de Capacitación donde se comunican la Misión, Visión y Valores Institucionales. Se encuentran visibles en cada oficina del ISRI, para que todas las personas las puedan ver. En cada equipo informático está ambientado el escritorio con la Misión y Visión del ISRI. Se motiva a que las Jefaturas comuniquen a su equipo de trabajo la importancia de la Misión y Visión y la divulguen.</p> <p>(11) De las 11 jefaturas entrevistadas todos escogieron acertadamente las opciones que más se acercaban al concepto de la misión y visión de la Institución lo cual ayuda a verificar la efectividad de las medidas Institucionales de comunicación de la Misión y Visión, a si como de la comprensión de estas, y si las jefaturas manejan el concepto de la misión y visión institucionales.</p> <p>No se ha definido la política de Calidad en la Institución que contenga el compromiso de cumplir con los requisitos del Sistema de Calidad, además del compromiso de ser comunicada, revisada y entendida dentro de la organización.</p> <p>(12) Respecto a si existe alguna persona o Comité encargada de la Calidad en la Institución, 6 Jefes respondieron afirmativamente, 3 jefaturas que no y 2 contestaron que no sabían. Institucionalmente no existe ninguna Comité o persona que se encargue de velar por la Calidad en toda la Institución. Existe el Comité de Proyectos de Calidad que trabaja solo con los Centros de Atención a través de proyectos de mejora en todos los Centros de Atención, la encargada de ese Comité es la Dra. Patricia Tovar de Canizales que es la Gerente Medica de los Centros de Atención.</p> <p>Se debe de evaluar la efectividad de los métodos de comunicación en la Institución y si estos están estarán acorde al Sistema de Gestión de Calidad.</p>
<p>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</p>	<p>(13) El organigrama del ISRI se ha establecido oficialmente y por escrito según lo confirman 10 Jefes de las Unidades y una persona afirmo que parcialmente, este organigrama se encuentra a la disposición en la Pagina</p>

	<p>como muy buenas aun fueron superiores en cantidad que las buenas y regulares para el equipo de trabajo en buenas condiciones fue calificada por el 46% como muy bueno y las instalaciones adecuadas con el 37%.</p> <p>Acerca del equipo de servicio y de apoyo que proporciona el ISRI para el desempeño de sus trabajos, el porcentaje mínimo de la calificación muy bueno fue dada por 4 jefes dada al elemento instalaciones adecuadas, las demás calificaciones de muy bueno estuvieron arriba de ese número de jefaturas, solo una jefatura califico como malos la Disponibilidad de transporte y el Equipo de Trabajo suficiente que fueron los únicos elementos calificados como malos.</p> <p>En la Institución se proporcionan los recursos necesarios y se mantiene la infraestructura necesaria para brindar los servicios de rehabilitación.</p> <p>Hace falta determinar los recursos necesarios para: mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y así lograr aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.</p>
<p>6.2 Recursos humanos</p> <p>6.2.1 Generalidades</p> <p>6.2.1 Generalidades</p> <p>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</p>	<p>(18) Diez jefaturas consideran que se cuenta con la descripción de los perfiles de los puestos de acuerdo con el trabajo a desarrollar en el ISRI y solo una jefatura considera que no. Esta descripción de los perfiles de todos los puestos de la Institución se encuentra en el Manual de descripción de puestos.</p> <p>(19) De las 11 jefaturas entrevistadas 8 de ellas consideran que el personal cumple parcialmente con el perfil requerido para el puesto que desempeña, y 3 jefaturas consideran que si cumplen en su totalidad con el perfil. Una de las razones de mayor peso por la que consideran que el perfil se cumple parcialmente es la antigüedad de los trabajadores de laborar en la Institución y a lo largo del tiempo han avanzado de puesto en puesto y de unidad.</p> <p>(20) Si se brinda la inducción y capacitación adecuada, para el nuevo personal que laborara en la Institución, esta es una tarea que desarrolla la Unidad de Recursos Humanos.</p> <p>(21, 22) De 11 Jefaturas, 6 consideran que existen programas de capacitación del Personal, una jefatura considera que no existen y 4 que existen pero parcialmente. La Unidad de Recursos Humanos es la encargada de brindar los programas de capacitación, los que brinda son los siguientes: Programa de Capacitación de RH (para la selección del personal), Programa de ética gubernamental (se brinda a todo el personal), a la vez se lleva el registro de todas las capacitación brindadas, las cuales están a cargo del Jefe de la Unidad de Recursos Humanos.</p> <p>Se deben de mejorar los métodos para proporcionar la formación necesaria a los empleados de la Institución, en ruta a lograr la competencia necesaria de estos. No existe alguna metodología para evaluar la eficacia de las acciones tomadas. Así como se debe de mejorar la forma de asegurarse del personal es consciente de la importancia de sus actividades y de cómo las tareas que realizan contribuyen al logro de los objetivos</p>

	Institucionales y cuando se hayan establecido de los objetivos de Calidad de la Institución.
6.4 Ambiente de trabajo	<p>(23)¿La Dirección General del ISRI promueve el trabajo en equipo en un ambiente laboral adecuado dentro de la institución? Nueve jefes respondieron que si y 2 jefaturas respondieron que parcialmente. La forma en que se promueve el trabajo en equipo en un ambiente laboral adecuado es la siguiente: Presidencia realiza reuniones donde se promueve el trabajo en equipo con las jefaturas de las unidades. Se proporcionan lineamientos dados en reuniones con el Consejo técnico Consultivo. Se realizan Capacitaciones a las jefaturas donde se promueve el trabajo en equipo y estas tienen la responsabilidad de difundirlas en sus Áreas.</p> <p>(24)¿Cómo considera usted la coordinación de su Unidad, con las demás Unidades de la Administración Superior? Nueve jefaturas consideran que la coordinación de su Unidad con las demás es buena, y 2 jefaturas consideran que la coordinación es regular.</p> <p>(25) Las Unidades con las cuales 2 Jefaturas necesitan mejorar su coordinación, son las siguientes: La UACI, y Servicios Generales. En los aspectos que debe de mejorar son los siguientes: fomentar facilidad de trámites entre dependencias y mejorar los canales de comunicación y entendimiento.</p> <p>(26) Ocho Jefaturas consideran que la coordinación entre las diferentes dependencias de la Administración Superior son buenas, dos jefes consideran que es regular y una Jefatura sostiene que son malas.</p> <p>(27) Según la opinión de 3 Jefaturas la coordinación se debe de mejorar entre las siguientes dependencias: Control de Bienes-UACI, Planificación-UACI, Servicios Generales y Auditoría, Almacén Central-UACI, Servicios Generales, Gerencia Administrativa. La coordinación se debe mejorar en los siguientes aspectos: fomentar la facilidad de trámites entre dependencias y mejorar los canales de comunicación y entendimiento. Se deben de mejorar las actividades que se realizan con el objetivo de promover y gestionar el trabajo en equipo, y las que van encaminadas a mejorar el ambiente de trabajo para brindar eficientemente la prestación de los servicios. Así como desarrollar las metodologías adecuadas para mejorar la comunicación entre las diferentes unidades y promover y mejorar el trabajo en conjunto de cada una de ellas.</p>
7.4 COMPRAS 7.4.1 Proceso de compras	<p>(28) Todas las jefaturas confirman que se encuentran definidos por escrito los productos y los requisitos solicitados a los proveedores.</p> <p>(29) Cuando se efectúa la selección de los proveedores se encuentran definidos los criterios de selección parcialmente, ya que depende de la modalidad de contratación efectuada, si existe, en la modalidad de licitaciones, pero se realiza la selección de las diferentes ofertas, no se realiza la selección de los proveedores, estos pasos se realizan en la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales.</p>

<p>7.4.2 Información de las Compras</p> <p>7.4.3 Verificación de los Productos Comprados</p>	<p>(30, 31) Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación, estos se encuentran descritos en el Informe de recomendación de Adjudicación para las Licitaciones, además se guardan los registros de las evidencias del cumplimiento de los criterios, los cuales son las solicitudes de compra de cada una de las dependencias del ISRI.</p> <p>(32) Los criterios más importantes, para la selección de los proveedores son los siguientes: el precio ofertado, la Calidad de los productos y la fecha de caducidad de ellos, los cuales fueron seleccionados por las 11 Jefaturas entrevistadas.</p> <p>(33) Actualmente no existe una metodología adecuada para la realización de los pedidos de compra.</p> <p>(34) Los pedidos de compra que se realizan en la UACI ellos contienen toda la información sobre los requisitos deseados.</p> <p>(35, 36) Actualmente todo producto que ingresa al ISRI, ya sea comprado o donado es recibido en el Almacén Central, es ahí donde se realiza la inspección de lo recibido en el Almacén, esta es realizada por el personal del almacén o por el administrador de contrato si es por esa modalidad que ha ingresado el producto. la inspección es visual y la revisión de los detalles de las facturas o contratos para ver si se ha recibido lo descrito contenido en los contratos o las órdenes de compra. Eso es lo reflejado en los resultados de la pregunta 35, 3 personas contestaron que existía una adecuada metodología para la inspección de los productos y el restante 4 respondieron que no y 4 parcialmente. Con la pregunta 36, 6 personas respondieron que están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos terminados, 4 que no y 1 parcialmente. No existe una metodología definida para la inspección de los productos adquiridos solo se encuentran los lineamientos para la recepción de los productos donde el guarda almacén es el responsable de realizar la verificación, sin ser específico en la metodología a utilizar para llevar a cabo la tarea.</p> <p>(37) No existen registros de las inspecciones realizadas a los productos que ingresan a la Institución, ya que no existe ninguna metodología establecida, solo se realiza la inspección visual y revisión que lo recibido en el Almacén es lo contenido en la documentación recibida como órdenes de compra etc.</p> <p>Existen registros de lo que ingresa al almacén siguiendo el método de primeras entradas primeras salidas, en el cual se llenan los formularios con los datos de los productos que ingresan al Almacén Central. Solo 2 personas respondieron que si existen registros de las inspecciones, 6 respondieron que no y 3 que parcialmente.</p> <p>Se debe de establecer la metodología de inspección de los productos comprados, donados etc. Donde se definirán los registros de los productos recibidos en el Almacén Central para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados.</p>
--	---

B. Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para el Centro del Aparato Locomotor¹⁰

Para mayor facilidad de comprensión del análisis de resultados, la siguiente tabla indica el Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 que se analiza en el censo y la observación pertinente respecto a cada requisito, el cual nace en base a los resultados obtenidos en las entrevistas personales en las cuales se levantaron los procedimientos y los obtenidos con el cuestionario diagnóstico, el análisis de estos resultados están plasmados en la columna observaciones, el numero entre paréntesis en la columna de observaciones indica el numero de pregunta en el Cuestionario Diagnóstico de Cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 para el CAL:

Tabla 57: Análisis de Censo ISO 9001: 2008 para el Centro del Aparato Locomotor (CAL) del ISRI

APARTADO DE LA NORMA ISO 9001: 2008	ANÁLISIS
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
<p>5.1 Compromiso de la dirección</p>	<p>(1) Las autoridades del Cal reconocen que la alta dirección de ISRI conoce las necesidades principales de los usuarios del CAL, por lo que se puede considerar que existe un interés y responsabilidad de parte de las autoridades por brindar un buen servicio de rehabilitación.</p> <p>(2) Los medios utilizados por la alta dirección del ISRI para conocer las necesidades del usuario son: Encuestas y Buzón de Sugerencia con 35% de uso para cada uno de ellos y con un 25% las entrevistas personales y un mínimo de 5% por Informes de las diferentes actividades desarrolladas en las áreas del CAL. Con ello logran identificar las necesidades que son claves para brindar buenos servicios de rehabilitación.</p> <p>(3) El 100% de las autoridades del Cal reconocen que la alta dirección logra proveer los recursos para brindar los servicios parcialmente, esto se refiere a que se proveen los recursos necesarios pero con cierta limitación lo que influye en brindar los servicios exitosamente.</p> <p>(4) En base a la categorización realizada por las autoridades del CAL se identifica que ningún recurso logra una calificación de Excelente. Sin embargo Equipo y Materiales es el recurso mejor brindado con una puntuación de 6 en la categoría de regular seguido por los Procesos e instrucciones establecidas con 5</p>

¹⁰ Análisis de la información en base a resultados obtenidos en la Tabulación de Censo 9001:2008 para el centro del Aparato Locomotor (CAL), realizado en Septiembre del 2011.

	<p>puntos. Mientras que las Instalaciones Adecuadas logran una puntuación de 6 puntos en la categoría de Regular seguido del Recurso Humano con 5 puntos, la calificación anterior permite identificar que el centro recibe los recursos necesarios para brindar los servicios pero con ciertas limitaciones, lo que influye en la atención a brindar.</p>
7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO (SERVICIO)	
<p>7.1 Planificación de la realización del producto (servicio)</p>	<p>(5) El 43% de los encuestados considera que el CAL planifica y desarrolla los procesos necesarios para brindar los servicios de rehabilitación otro 43% considera que lo realiza en Parcialmente y un 14% ignora si el Centro lo realiza, con ello se identifica que el CAL cuenta con una planificación y desarrollo de los procesos. La planificación está a cargo de las diferentes Jefaturas y Coordinaciones de cada una de las áreas así como también de la Administradora y el Director del CAL.</p> <p>(6) La planificación de la prestación de los servicios de rehabilitación brindados en el CAL se realiza anualmente en cada una de las áreas a través de las jefaturas y coordinaciones estableciendo los programas a desarrollar, lo cual evidencia la existencia de una planificación que contribuye a brindar un atención satisfactoria de los servicios.</p> <p>(7) El 71% de los encuestados considera que el CAL planifica la prestación de los servicios en base a las necesidades que presenta el usuario y un 29% considera que Parcialmente, por ello se puede identificar que los servicios están definidos acorde a las necesidades del usuario contribuyendo a brindar una buena atención.</p>
<p>7.2 Procesos relacionados con el cliente</p> <p>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto (servicio)</p> <p>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto (servicio)</p> <p>7.2.3 Comunicación con el cliente</p>	<p>(8) El 43% de los encuestados considera que el CAL cuenta con una metodología definida para la determinación de los requisitos usuarios pero otro 43% considera que no cuenta con una metodología y finalmente un 14% ignora si existe, con lo anterior se puede identificar que una metodología definida al 100% no se encuentra dado que existe ausencia de conocimiento de una buena parte de los involucrados en el desarrollo de las actividades del CAL. Sin embargo la metodología utilizada actualmente consiste en la discusión de equipos interdisciplinarios.</p> <p>(9) El 43% de los encuestados considera que el CAL cuenta con una metodología definida para la determinación de los requisitos de los servicios de rehabilitación pero otro 43% considera que no cuenta con una metodología y finalmente un 14% ignora si existe, con lo anterior se puede identificar que una metodología definida al 100% no se encuentra dado que existe ausencia de conocimiento de una buena parte de los involucrados en el desarrollo de las actividades del CAL. Sin embargo la metodología utilizada actualmente consiste en la discusión de equipos interdisciplinarios.</p>

(10) El 75% de los encuestados considera que en el CAL se encuentran registrados los requisitos de los usuarios y de los servicios de rehabilitación determinados y el otro 25% ignora si están registrados, con lo anterior se puede identificar que existe un conocimiento del registro de los requisitos dado que los involucrados son parte en la realización de los informes relacionados a dichos requisitos.

(11) El 100% de los encuestados considera que el CAL tiene definido los elementos no especificados por el usuario pero que son complementarios para la prestación de servicios de rehabilitación, lo anterior es justificable dado que entre los servicios brindados por el CAL se encuentran Servicios de Apoyo como: Trabajo Social, Psicología, etc. elementos que contribuyen a satisfacer las necesidades del usuario incluso los no especificados.

(12) El 100% de los encuestados considera que el CAL brinda los **servicios de rehabilitación en base a lineamientos legales o reglamentarios**, lo anterior es justificable dado que los servicios brindados por el CAL se encuentran regulados por :

A. Lineamientos establecidos en por el Ministerio de Salud en el Código de Salud.

B. Lineamientos establecidos internamente en el ISRI: Guías, Reglamento, Normas, etc.

Lo que contribuyen a uniformizar los servicios y garantizar el cumplimiento de dicha normativa.

(13) y (14) El 75% de los encuestados considera que el CAL está preparado para atender usuarios con un diagnóstico fuera del estándar atendido en el centro y el otro 25% ignora si están preparados, con lo anterior se puede identificar que el CAL trabaja en una revisión y actualización de sus servicios y con ello se prepara para solventar casos de discapacidad física locomotora, excluyendo casos en el que el usuario presenta una discapacidad que incluya otros factores extra que no pertenecen a los límites de acción del CAL. Estos casos fuera del estándar presentados permiten al centro buscar soluciones tales como:

A. Buscar y consultar información de casos similares tratados en otras instituciones de salud, incluso considerar opiniones extranjeras.

B. Buscar y establecer alianzas con otras instituciones de salud que puedan apoyar el caso.

(15) El 75% de los encuestados considera que el CAL cuenta con la descripción de los pasos a seguir y las responsabilidades para realizar la revisión de los requisitos del usuario y el otro 25% ignora si existe una descripción, con lo anterior se puede identificar que el CAL trabaja en una comunicación interna que involucra a las diferentes áreas del centro a fin de lograr una mayor participación del personal.

	<p>(16) El 75% de los encuestados considera que el CAL cuenta con una evidencia de la realización de la revisión de dichos requisitos y el otro 25% ignora si existe evidencia, esto demuestra que el centro en las revisiones realizadas trabaja en la divulgación de los realizado a fin de involucrar a los responsables y lograr una mayor participación por parte de ellos.</p> <p>(17) y (18) El 71% de los encuestados considera que el CAL cuenta con un método para comunicarse eficazmente con el usuario y el 29% considera que parcialmente cuenta con un método. Esto permite identificar que el CAL si cuenta con un método pero que no ha logrado integrarlo totalmente a las actividades del centro. Los medios utilizados para comunicarse con los usuarios son: con un 27% de uso las notificaciones verbales, al igual los murales informativos con un 27% y con un 23% las Tarjetas de control de citas al igual las llamadas telefónicas con un 23%.</p> <p>(19) y (20) El 100% de los encuestados considera que el CAL cuenta con instrumentos para escuchar la opinión del usuario, esto indica que el centro trabaja por conocer la apreciación de los usuarios y buscar las inconformidades que se están presentando. Los medios utilizados para escuchar la opinión de los usuarios son: con un 47% de uso el Buzón de Sugerencias, con un 33% las Encuestas de Satisfacción, con un 13% la Entrevista personal y con un 7% Otros medios como o notas escritas por usuarios dirigidas a las autoridades del CAL.</p> <p>(21) y (22) El 86% de los encuestados considera que el CAL registra las opiniones del usuario acerca del servicio recibido, sus quejas o sugerencias referentes a los servicios de rehabilitación brindados y el 14% considera que lo realiza parcialmente, esto indica que el centro trabaja por conocer la apreciación de los usuarios y buscar las inconformidades que se están presentando. Estas opiniones se llevan en un “Record”, en el cual se registran las opiniones recolectadas y se realiza un análisis de los hallazgos encontrados y se comunican a los responsables correspondientes a fin de solventar dicha inconformidad. El centro trabaja en Lograr la mejora continua de los servicios brindados por el CAL, considerando a los responsables de brindarlos, ello a partir de la apreciación obtenida por el usuario de los servicios recibidos.</p>
<p>7.3 Diseño y desarrollo 7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</p>	<p>(23) y (24) El 86% de los encuestados considera que el CAL realiza una planificación de cómo se espera brindar los servicios y el 14% considera que lo realiza parcialmente, lo que evidencia que el centro si realiza una planificación de cómo brindar los servicios estableciendo de esta manera metas en cada una de las áreas, lo</p>

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	que permite brindar mejor los servicios y lograr un mejor desarrollo de los mismos. Los responsables de realizar esta planificación son las jefaturas y coordinaciones de cada área en conjunto con los empleados bajo su responsabilidad.
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo	(25) El 100% de los encuestados establece que la planificación de los servicios incluye una programación, supervisión y autorización, esto queda evidenciado en el Control de la Gestión en el Portafolio de servicios de cada una de las áreas del centro.
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo	(26) y (27) El 71% de los encuestados considera que se encuentran definidos los perfiles de los usuarios del centro y el 29% considera que encuentran definidos. Al considerar la definición de los perfiles se puede identificar que el CAL trabaja por adecuar los servicios a las necesidades de los usuarios a fin de brindar una mejor atención. Entre los requisitos considerados que deben cumplir los usuarios están: Pacientes con una discapacidad verificable, tratable y con un diagnóstico con 33% de importancia, Remisiones de Redes Nacionales, ISBM, CAL con 33% de importancia y Remisiones de Hospitales Privados con 33% de importancia.
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo	
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo	
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo	<p>(28) El 86% de los encuestados considera que existe algún registro asociado a esta identificación requisitos y el 14% considera que existen parcialmente. El registro relacionado a la identificación de los requisitos del usuario se maneja en el Expediente de cada uno de ellos, esto es verificable en la Hoja de Apertura de Expediente, en la cual se detallan los datos generales de los usuarios. Con dichos registros se logra un mejor control de los usuarios y sus necesidades.</p> <p>(29) El 43% de los encuestados considera que los resultados obtenidos son de acuerdo a lo planificado referente a los requisitos de los usuarios y el 57% considera que son parcialmente de acuerdo a lo planificado. Con lo anterior se puede identificar que el CAL en buena parte busca adaptar de la mejor manera los servicios a las necesidades de los usuarios.</p> <p>(30) El 86% de los encuestados considera que existe un proceso de revisión periódica de la planificación de las políticas y del desarrollo de los servicios de rehabilitación en base a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y el 14% ignora la existencia. Con lo anterior se puede identificar que el CAL en buena parte trabaja en adaptar de la mejor manera los servicios a las necesidades cambiantes de los usuarios.</p> <p>(31) El 100% de los encuestados considera que existe un control que determine que los servicios de rehabilitación se están realizando de acuerdo a los lineamientos establecidos, Con ello se puede identificar</p>

	<p>que el CAL trabaja en adaptar continuamente los servicios a las necesidades cambiantes de los usuarios.</p> <p>(32) El 100% de los encuestados considera que se realiza una verificación de los resultados obtenidos de la prestación de los servicios de acuerdo a lo planificado. Con ello se puede identificar que el CAL trabaja en la mejora continua de los servicios.</p> <p>(33) El 100% de los encuestados considera que existe un registro relacionado a la verificación de los resultados obtenidos de la planificación establecida de los servicios. Esto permite identificar que el centro trabaja por lograr una mejora continua de los servicios y respaldar cada una de las nuevas propuestas de planificación. Estas verificaciones se realizan y registran en el sistema ESDOMED y el de Control de la Gestión.</p> <p>(34) El 71% de los encuestados considera que existe un proceso que permite validar que se está cumpliendo lo planificado versus lo desarrollado para la prestación de los servicios de rehabilitación y el 29% ignora la existencia. Con ello se puede identificar que el centro trabaja continuamente por lograr una mejora de los servicios institucional por medio del cumplimiento de metas. La validación del cumplimiento de las metas propuestas se realiza a partir de informes mensuales desarrollados por cada una de las áreas para conocer el comportamiento del Centro y su nivel de cumplimiento.</p> <p>(35) y (36) El 86% de los encuestados considera que el CAL lleva un registro de los cambios realizados a la forma preestablecida y el 14% ignora la existencia de este registro. Con ello se puede identificar que el centro trabaja continuamente por lograr una mejora de los servicios institucionales adaptándolos a los cambios necesarios. Los cambios realizados se registran en el plan anual de trabajo del área correspondiente y se elabora un informe de los cambios a realizar, validándose por las autoridades correspondientes y notificando a Archivo y Estadística y finalmente su implementación. Es importante mencionar que el 100% de los encuestados reconoce que existe una revisión de los cambios realizados antes de ser aceptados en todos los procesos de servicios de rehabilitación que son brindados.</p>
<p>7.5 Producción y prestación del servicio 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</p>	<p>(37), (38) y (39) El 100% de los encuestados reconoce que existe una metodología definida para la prestación de servicios de rehabilitación. Esto se evidencia en los documentos utilizados para la prestación de los servicios, los cuales son: Guías de atención a usuarios y Lineamientos de atención para CAL. Estas instrucciones de trabajo se encuentran disponibles en los puestos donde se brindan los servicios según lo</p>

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	expuesto por los encuestados dado que el 14% considera que si y una 86% que se encuentra parcialmente, esto permite identificar la necesidad de acercar más estos a los responsables de brindar el servicio. Y a la vez actualizar acorde a las necesidades crecientes de los usuarios dado que 72% considera que están actualizadas 2009 y 2010 pero un 14% no sabe y un 14% considera que no están actualizadas.
7.5.3 Identificación y trazabilidad	(40) El 86% de los encuestados considera que se encuentran disponibles los equipos y materiales necesarios para la prestación de los servicios y el 14% considera que no se encuentran disponibles. Con ello se puede identificar que el centro trabaja por proporcionar los equipos y materiales necesarios para lograr brindar una atención adecuada a los usuarios, pero debe de trabajar aun más para lograr una mejor disposición de los recursos.
7.5.4 Propiedad del cliente	(41) El 100% de los encuestados reconoce que se realizan las inspecciones o supervisiones adecuadas durante el proceso de prestación de servicios de rehabilitación, con ello queda evidenciado que el centro se asegura de que las diferentes unidades cumplan con sus metas y objetivos propuestos de la mejor manera, logrando en conjunto una atención satisfactoria de los servicios. Las inspecciones o supervisiones se realizan de forma presencial observando el proceso y por medio de formatos que son guías de verificación diseñados por el área correspondiente, es importante mencionar cada área tiene su estrategia de inspección. Las inspecciones o supervisiones son realizadas por las jefaturas y coordinaciones de cada una de las áreas del CAL.
	(42) y (43) El 72% de los encuestados considera que se han definido los pasos o lineamientos de los procesos que se realizan para la prestación de los servicios, el 14% considera que se encuentran definidos parcialmente y el 14% restante considera que no se encuentran definidos. Con lo anterior se puede identificar que el CAL debe de trabajar en definir los procesos o lineamientos que le permitan realizar adecuadamente la prestación de los servicios. En base a los encuestados el 100% considera que se realiza una revisión de los pasos o lineamientos de los procesos establecidos, ello contribuye a una mejora continua al adaptar de una mejor manera los procesos a las necesidades de los usuarios.
	(44) El 100% de los encuestados consideran que existen registros relacionados a la revisión de los procesos para la prestación de los servicios y que estos registros de las revisiones de los procesos de prestación de los servicios son informes realizados por los Círculos de Calidad, el cual genera en cada uno de los proyectos que realizan a fin de lograr una mejora de los servicios brindados por el CAL. Por ello podemos concluir que el CAL

trabaja por una mejora continua al adaptar de una mejor manera los procesos a las necesidades de los usuarios.

(45) El 86% de los encuestados considera que se encuentran identificados los servicios de rehabilitación a brindar a lo largo de todo el proceso de rehabilitación del paciente y el 14% restante considera que parcialmente se encuentran identificados. Por lo que es posible aseverar que los servicios brindados por el CAL están identificados durante el proceso de rehabilitación, permitiendo brindar los servicios de una manera más efectiva.

Los servicios de rehabilitación que se brindan son:

- Atención de Trabajo Social
- Atención medica familiar
- Atención medica especial
- Atención psicológica
- Terapias de rehabilitación
- Toma de rayos X (Imagenología)
- Y en caso de requerir ortésis y/o prótesis atención técnica de la UOT.

(46) El 86% de los encuestados considera que se encuentran identificadas las diferentes etapas de todo el proceso de rehabilitación del paciente y el 14% restante considera que parcialmente se encuentran identificados. Por lo que es posible aseverar que las etapas del proceso de rehabilitación están identificadas, permitiendo brindar los servicios de una manera más efectiva.

Las etapas del proceso de rehabilitación:

1. Pre-evaluación de trabajo social
2. Pre-evaluación médica
3. Apertura de expediente clínico del usuario
4. Evaluación médica
5. Atención de servicios de rehabilitación y servicios de apoyo: Terapias, psicología, etc.

(47) El 86% de los encuestados considera que se encuentran identificados los responsables de las diferentes etapas de todo el proceso de rehabilitación del paciente y el 14% restante considera que parcialmente se encuentran identificados. Por lo que es posible aseverar que los responsables del proceso de rehabilitación están identificados, permitiendo brindar los servicios de una manera más efectiva.

Los responsables de las etapas del proceso de rehabilitación son:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre-evaluación de trabajo social: Trabajadora Social 2. Pre-evaluación por médica: Médico de familia 3. Apertura de expediente clínico del usuario: Archivo y Estadística 4. Evaluación por médica: Médico especialista 5. Atención de servicios de rehabilitación y servicios de apoyo: Terapistas, psicóloga, Técnicos, etc. <p>(48) El 43% de los encuestados considera que se poseen los medios que hacen comfortable brindar los servicios de rehabilitación a los pacientes y el 57% restante considera que se encuentran parcialmente. Por lo que es posible identificar que el CAL se preocupa por complementar la atención de los servicio con medios que contribuyen a la satisfacción de los usuarios.</p> <p>Los medios que permiten brindar servicios confortables son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Áreas de espera adecuadas y con entretenimiento • Personal capacitado para brindar los servicios • Equipo de apoyo para las terapias de rehabilitación adecuado <p>(49) El 100% de los encuestados considera que la información y los datos proporcionados por el usuario son manejados con discreción y cuidado. Con ello se puede identificar que el CAL cuenta con un manejo adecuado de la información de los usuarios demostrando de esta manera el profesionalismo del Centro. El manejo de la información de los usuarios es exclusivo de los responsables de archivo y estadística, a dicha información solo tienen acceso los médicos, terapeutas y técnicos encargados del caso del usuario.</p>
<p>7.6 control de los equipos de seguimiento y de medición</p>	<p>(50) El 71% de los encuestados considera que se cuenta con un plan de seguimiento y medición para los equipos de apoyo utilizados para brindar los servicios de rehabilitación y el 29% restante ignora si se cuenta con un plan. Con lo anterior se identifica que el CAL cuenta con un plan de seguimiento para los equipo de apoyo utilizados pero este plan es manejado por ciertos empleados lo que evidencia el desconociendo por parte de ciertas áreas.</p> <p>(51) El proceso de seguimiento y medición de los equipos de apoyo se realiza trimestral, semestral o anual dependiendo del equipo biomédico, estos seguimientos son realizados por el CAL a través del área de mantenimiento del ISRI, o por alianza con otras instituciones con la Universidad Don Bosco, o por medio de las garantías que presentan los diferentes equipos.</p> <p>(52) El 71% de los encuestados considera que se cuenta con instrumentos y/o procesos (encuestas de</p>

	<p>satisfacción u otros) que permiten verificar y/o dar seguimiento a los servicios de rehabilitación brindados y el 29% restante considera que parcialmente se cuenta con instrumentos. Con lo anterior se puede identificar que el CAL cuenta con instrumentos y/o procesos que permiten verificar y/o dar seguimiento a los servicios brindados a fin de garantizando así una correcta y satisfactoria prestación de servicio de rehabilitación.</p> <p>(53) El 86% de los encuestados considera que se encuentran identificados los instrumentos y/o procesos que se utilizan para la verificación y seguimiento de los servicios de rehabilitación brindados y el 14% restante considera que parcialmente se encuentran identificados. Con lo anterior se puede identificar que el CAL cuenta con instrumentos y/o procesos que permiten verificar y/o dar seguimiento a los servicios brindados a fin de garantizando así una correcta y satisfactoria prestación de servicio de rehabilitación en cada una de las áreas de atención. Los Instrumentos para verificación y seguimiento de los servicios son formatos elaborados por cada área respectiva.</p> <p>(54) El 100% de los encuestados considera que se conocen cuáles son los procedimientos a seguir (abarcando todo el proceso) cuando los resultados brindados por los instrumentos de seguimiento han sido no favorables. Lo anterior permite identificar que el CAL trabaja por una mejora continua estableciendo las responsabilidades al personal correspondiente, ajustando de manera más satisfactoria los servicios a los usuarios.</p>
8. MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA	
<p>8.2 Seguimiento y medición 8.2.1 Satisfacción del cliente 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos 8.2.4 Seguimiento y medición del producto</p>	<p>(55) y (56) El 100% de los encuestados considera que se cuentan con un instrumento para medir la satisfacción del cliente. Con ello se puede identificar que el centro trabaja por conocer la opinión de los usuarios y el nivel de satisfacción que ellos presentan. Los medios utilizados son: Encuestas de Satisfacción con un 28% de utilización, Entrevista Personal con un 33% y Buzón de Sugerencias con un 39%.</p> <p>(57) El 100% de los encuestados considera que existen registros del análisis de la satisfacción del cliente en base a los instrumentos. Con ello se puede identificar que el centro trabaja por conocer la opinión de los usuarios y el nivel de satisfacción que ellos presentan y documentar los resultados y acciones de mejora a realizar, generando así una record histórico que puede ser utilizado posteriormente. Los registros del análisis de satisfacción del usuario se llevan en las estadísticas que son registradas a fin de documentar las investigaciones del CAL.</p> <p>(58) Las acciones a tomar posterior a la medición de la satisfacción del cliente son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Priorizar las insatisfacciones encontradas y definir las

2. Incluir las insatisfacciones en las necesidades de mejora del centro
3. Establecer el plan de trabajo e incluirla las que apliquen en la planificación anual.
4. Implementar las acciones de mejora de acuerdo a lo establecido en el plan anual de trabajo.

(59) y (60) El 57% de los encuestados considera que se cuentan con una metodología para medir la eficiencia de los procesos en cada unidad y el 43% restante considera que no se cuentan con una metodología. Por lo anterior se puede establecer el centro parcialmente trabaja con metodologías para medir la eficiencia y que esta depende de cada unidad, es importante mencionar que el CAL debe de trabajar esto y uniformizar este control para garantizar un mejor desempeño.

Una de las metodologías consiste en realizar evaluaciones del rendimiento de la unidad a partir de los trabajos realizados por cada uno de los técnicos.

Otra metodología consiste en el control de las altas realizadas por rehabilitación y el control de las metas establecidas y esperadas por la unidad.

(61) A partir de las unidades que cuentan con una metodología se establecen los procesos más eficientes y los menos eficientes.

Unidad	Proceso más Eficiente:	Proceso menos Eficiente:
UOT	Toma de medidas	Entrega de producto
Terapias	Atención de terapia física	Atención de terapia física adaptada
Trabajo Social	Entrevista inicial	Visita de campo
ULAM	Gestión de Transporte	Gestión de medicamentos

(62) El 28% de los encuestados considera que se encuentran definidas las pautas del seguimiento y supervisión de la prestación de servicios de rehabilitación, el 14% considera que no se encuentran definidas, el 29% considera que se encuentran definidas parcialmente y el restante 29% ignora si se encuentran definidas. Con lo anterior se puede establecer que el centro no maneja de manera uniforme pautas de seguimiento y supervisión de la prestación de servicios y que debe de trabajar en mejorarlo, a fin de lograr el correcto control de los servicios que le garantice una prestación satisfactoria de los servicios.

(63) El 50% de los encuestados considera que existen registros de los seguimientos y supervisiones realizadas,

	<p>el 25% considera que no existen registros, y el 25% restante considera que se existen registros parcialmente. Con ello podemos identificar que las supervisiones que se realizan se registran a fin de documentar los hallazgos encontrados y realizar las consideraciones necesarias.</p> <p>Los registros de los seguimientos y supervisiones se llevan en los <i>Informes de Control</i> de cada una las áreas del centro.</p>
<p>8.3 Control de producto no conforme</p>	<p>(64) El 57% de los encuestados considera que se cuentan con una metodología para determinar la no conformidad en los productos o servicios brindados y el 43% restante considera que no se cuentan con una metodología. Con ello podemos identificar que el centro debe de trabajar por uniformizar en todas sus áreas una metodología que garantice la determinación de las inconformidades de los usuarios, a fin de lograr un mejor desempeño del centro.</p> <p>La metodología utilizada actualmente para determinar las no conformidades de los productos o servicios son las encuestas dirigidas a los usuarios y la Ventana del Director la cual permite que un usuario pueda comunicarse con el director y exponer su apreciación de la situación.</p> <p>(65) El 50% de los encuestados considera que las no conformidades encontradas son solventadas y el 50% que son solventadas parcialmente. Estos resultados demuestran que el centro se preocupa porque lo usuarios reciban un servicio satisfactorio que eleve el desempeño del centro.</p> <p>Las acciones para solventar las inconformidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización del personal hacia la discapacidad y hacia las responsabilidades asignadas a fin de mejorar la atención hacia los usuarios. - En la medida de lo posible las inconformidades que requieren una inversión se tratan de incluir en el plan anual de trabajo para solventarlas.

2. Análisis de la Información referente a la Satisfacción del cliente externo

2.1 Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa¹¹
Ver Anexo 12, Literal A.

2.2 Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM)¹²
Ver Anexo 12, Literal B.

2.3 Análisis de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica¹³
Ver Anexo 12, Literal C.

2.4 VALIDACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO:

2.4.1 Comparación de resultados obtenidos en la investigación de campo versus estudio realizado por la Unidad de Planificación al Centro del Aparato Locomotor en el año 2009.

A continuación se presenta la comparación de los resultados obtenidos en el estudio realizado en Septiembre de 2011 y el estudio realizado en el año 2009, ambos para el centro del Aparato Locomotor, referentes al nivel de satisfacción percibido por los usuarios de los servicios brindados por el CAL.

Tabla 58: Validación de Resultados de investigación de campo versus estudio de satisfacción de usuarios 2009 del ISRI

RESULTADOS OBTENIDOS 2011 CAL (CONSULTA EXTERNA, ULAM, UOT)	RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO POR LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN EN EL 2009 AL CAL	COMPARACIÓN DE RESULTADOS
1) La población encuestada de Consulta Externa fue de 128 personas de las cuales 71 fueron hombres y 57 fueron mujeres. En	La población encuestada en el centro del aparato locomotor fueron 67 personas.	Según los datos globales del estudio realizado se identifica que versus el estudio

¹¹ Análisis de la información en base a resultados obtenidos en la Tabulación de la encuesta de satisfacción del usuario del centro de Aparato Locomotor: Consulta Externa, en Septiembre del 2011.

¹² Análisis de la información en base a resultados obtenidos en la Tabulación de la encuesta de satisfacción del usuario del centro de Aparato Locomotor: Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM), en Septiembre del 2011.

¹³ Análisis de la información en base a resultados obtenidos en la Tabulación de la encuesta de satisfacción del usuario del centro de Aparato Locomotor: Unidad Ortopedia Técnica (UOT), realizada en Septiembre del 2011.

<p>los resultados la mayoría de la población encuestada con 51 personas se encuentra en el rango de 36 a 45 años.</p> <p>2) La población Encuestada en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares fue de 17 personas dentro de las cuales están distribuidas de la siguiente manera: 11 hombres y 6 mujeres. El rango de edad predominante fue personas con edades mayores de 45 años con una frecuencia de 5 personas.</p> <p>3) En la unidad de Ortopedia Técnica se encuestaron 91 personas de las cuales 51 fueron hombres y 40 fueron mujeres, el rango de edad predominante fue personas con más de 45 años con una frecuencia de 40 personas.</p>	<p>Los resultados obtenidos en el 2009 la población femenina predomino ante la masculina (42 mujeres, 25 hombres)</p> <p>El rango de edad de los usuarios que representó la mayoría fueron adultos mayores de 41 años.</p>	<p>del 2009 ha incrementado la población de usuarios masculinos por los servicios de brindados por el CAL y coinciden en que el rango de edad predominante es adultos mayores de 45 años.</p>
<p>CONSULTA EXTERNA Según los resultados la totalidad de la población considera que los servicios de Consulta Externa del CAL son servicios de calidad relacionando lo manifestado por los usuarios sobre lo que significa para ellos servicios de calidad se puede decir que dichos servicios son prestados de manera puntual, rápida y agradable por parte del personal</p> <p>ULAM Según los resultados estadísticos obtenidos el 94% de la población encuestada considera que los servicios brindados por la ULAM son servicios de Calidad, y solamente un 6% manifiesta estar en desacuerdo, por lo que en relación a lo manifestado por la población en lo que ellos consideran como servicios de calidad se identifica que la ULAM proporciona servicios de manera rápida y agradable por parte del personal, además de que los tramites se realizan con rapidez.</p>	<p>Los usuarios encuestados consideraron como los aspectos más importantes en el servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amabilidad del personal (con un 55%) • puntualidad (con un 40%) • La rapidez con que le atienden (5%). 	<p>En ambos estudios se identifica que los usuarios consideran como factores importantes a la hora de prestar un servicio que este sea realizado con amabilidad por parte del personal y que sea realizado de manera puntual.</p>

<p>UOT El 75% (68 personas) de la población manifestó que los servicios recibidos en la UOT son servicios de Calidad y el restante 25% considero que no. Considerando lo manifestado por los usuarios estos consideran que los productos realizados por son de buena calidad y la atención del personal es rápida y amable.</p>		
<p>CONSULTA EXTERNA Según los datos obtenidos del estudio el 76% de la población considera que el personal de consulta externa brinda los servicios con amabilidad.</p> <p>ULAM El 71% de la población considera que el personal de la ULAM presta los servicios de atención con amabilidad.</p> <p>UOT El 75 % de la población encuestada considera que el personal de la Unidad de Ortopedia Técnica proporciona servicios con amabilidad.</p>	<p>El 78% de los usuarios encuestados consideraron como bueno la amabilidad en los servicios brindados por el CAL.</p>	<p>Según los resultados se identifica que los más del 70% de los usuarios considera que los servicios brindados en el CAL son brindados con amabilidad por el personal que labora en las distintas áreas que componen dicho centro.</p>
<p>CONSULTA EXTERNA: El 75 % de la población encuestada manifestó que reciben información clara y sencilla a la hora de recibir los servicios de atención.</p> <p>ULAM: El 70% de la población manifestó que recibe información clara y sencilla cuando reciben los servicios de atención.</p> <p>UOT: El 75% de la población encuestada considera que siempre recibe información clara y sencilla cuando recibe los servicios brindados en la Unidad de Ortopedia Técnica.</p>	<p>El 94 % de los encuestados manifestó que se encuentran informados de su estado de salud y un 96 % afirma que obtiene adecuada y suficiente información de las personas que los atienden brindando instrucciones para seguir con su rehabilitación en casa.</p>	<p>Según los resultados se identifica que más del 73% considera que siempre recibe información clara y sencilla por parte del personal a la hora de recibir los servicios de atención, lo que genera una diferencia versus datos del 2009 de 21% mas personas dijeron en el 2009 que se les proporcionaba información sobre su salud.</p>

<p>CONSULTA EXTERNA: Según los resultados obtenidos 105 personas representando el 82% como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de rehabilitación es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesarios para cada uno de los diferentes atenciones especializadas brindadas en el CAL.</p> <p>ULAM: Según los resultados obtenidos 13 personas representando al 76% como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de terapias de rehabilitación es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios.</p>	<p>El 90% de los encuestados considera que el tiempo de las terapias es suficiente y que este es utilizado eficientemente.</p>	<p>Según los resultados se identifica que 79% de la población coincide que el tiempo de atención en servicios de rehabilitación es el adecuado observando una mínima diferencia del 11% versus el estudio realizado en el 2009.</p>
<p>CONSULTA EXTERNA: El 70% de la población califica la atención brindada en Consulta Externa como excelente.</p> <p>ULAM: El 66% de la población encuestada califica como excelente la atención brindada por las diferentes áreas del la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares.</p> <p>UOT: El 51% de la población encuestada en la UOT califica como excelente la atención brindada en dicho en centro.</p>	<p>Un 63% de la población encuestada considera como bueno el Interés y Trato personal recibido por el personal del CAL.</p>	<p>Se puede identificar que los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en el estudio realizado en el 2009 ya que en promedio de los resultados se obtiene que el 62% de la población califico como excelente el servicio teniendo una mínima diferencia del 1% con lo obtenido en el año 2009.</p>
<p>CONSULTA EXTERNA: Según los datos obtenidos de la encuesta el 55% de la población califica como excelente las condiciones de las instalaciones, mientras que el 30% de la población califica como buena las condiciones de las instalaciones.</p>	<p>Algunos aspectos valorados por los usuarios fueron que las instalaciones cumplen con los requisitos para la fácil movilización de sus pacientes, además de una buena iluminación y cómodas salas de</p>	<p>Según los resultados obtenidos y la información expresada por los usuarios en el 2009 se relaciona que las instalaciones del</p>

<p>ULAM: El 47 % de la población encuestada en la ULAM califica las condiciones de las instalaciones como excelentes para recibir los servicios de rehabilitación, mientras que un 35 % la califico como buena y solo un 18% la califico como regular.</p> <p>UOT: Según los resultados en la Unidad de Ortopedia Técnica el 51% de la población califico como Excelente las condiciones de las instalaciones, mientras que el 49% las califico como regulares.</p>	<p>espera.</p>	<p>Centro del Aparato Locomotor son adecuadas para la prestación de los servicios con amplio espacio para la movilización y la estadía de los usuarios.</p>
<p>CONSULTA EXTERNA: El 70% de la población encuestada califico como excelente el nivel de satisfacción logrado en el área de Consulta Externa del CAL.</p> <p>ULAM: El 65% de la población encuestada califica como Excelente el nivel de Satisfacción logrado por los servicios de atención especializados.</p> <p>UOT: El 60% de la población califica como regular el nivel de satisfacción logrado esto debido al largo periodo de tiempo de espera para recibir sus producto (ayudas ortopédicas, sillas, calzado), mientras que el 20% lo considera como bueno y el otro 20% lo considera como excelente.</p>	<p>El 69 % de los encuestados se encuentra satisfecho con los servicios brindados en el CAL.</p>	<p>Se puede identificar que el porcentaje de nivel de satisfacción en relación al estudio realizado en el 2009 ha disminuido esto debido principalmente al atraso en la Unidad de Ortopedia Técnica en la entrega de los productos a los usuarios.</p>

F. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ISRI

1. ANALISIS DE HALLAZGOS ENCONTRADOS EN ENCUESTAS DE SATISFACCION DE USUARIOS EXTERNOS

Con los hallazgos identificados a través de la observación directa y las encuestas a la población de Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM) y la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT), se presenta a continuación el análisis de los hallazgos por unidades del CAL.

El análisis de los resultados es a través de 3 elementos claves, los cuales son:

- ✓ El rendimiento recibido
- ✓ Las expectativas del usuario y
- ✓ La satisfacción.

1.1 CONSULTA EXTERNA Y TERAPIAS DE REHABILITACIÓN

Tabla 59: Análisis de Hallazgos de las encuestas de satisfacción de usuario de Consulta Externa y Terapias De Rehabilitación

HALLAZGOS ENCONTRADOS	CONCLUSION
<p>⊕ EXPECTATIVAS</p> <p>Considerando lo manifestado por los usuarios sobre los términos que mejor describen lo que es servicios de calidad, 72 personas siendo esta la mayoría coinciden en que servicios de calidad significa que dichos servicios sean brindados de manera rápida y agradable por parte del personal así mismo 60 personas manifiestan que los servicios deben realizarse de manera puntual por lo que se identifica que las personas prefieren y esperan recibir los servicios cuando estos son requeridos y por personal que los atienda de una manera amable y cortés.</p> <p>⊕ RENDIMIENTO</p> <p>Servicios Médicos: Según los datos obtenidos 119 personas de las 128 encuestadas manifiestan que su salud ha mejorado a partir del uso de los servicios de médicos, además que 112 personas consideran que los servicios son prestados con prontitud y 83 personas considerándose como mayoría manifiestan que el tiempo de atención es el adecuado.</p> <p>Servicios de Apoyo: Según los datos obtenidos 76 personas de las 88 encuestadas manifiestan que los servicios son prestados con prontitud y 72 personas consideran que el tiempo de atención es el adecuado.</p> <p>Servicios de Rehabilitación: Según los datos obtenidos 119 personas de las 128 encuestadas manifiestan que su salud ha mejorado a partir del uso de los servicios de rehabilitación, además que 104 personas consideran que los servicios son prestados con prontitud y 105 personas considerándose como mayoría manifiestan que el tiempo de atención es el adecuado.</p> <p>⊕ SATISFACCIÓN</p> <p>Servicios Médicos: De las 128 personas encuestadas 119 manifiestan que sus expectativas fueron cumplidas, además de que 95 personas considerándose esta como la mayoría califican el nivel de satisfacción como excelente.</p> <p>Servicios de Apoyo: De las 88 personas encuestadas 71 manifiestan que sus expectativas fueron cumplidas, además de que 52 personas siendo la mayoría califican el nivel de satisfacción como excelente.</p> <p>Servicios de Rehabilitación: De las 128 personas encuestadas 118 manifiestan que sus expectativas fueron cumplidas, además de que 92 personas considerándose esta como la mayoría califican el nivel de satisfacción como excelente.</p>	<p>Se logró identificar que el área de Consulta Externa está desarrollando un buen trabajo para con los usuarios brindando atención especializada y de calidad, considerando que una población de 95 personas manifiesta estar satisfecha con los servicios y sumado a esto que 119 personas de las 128 encuestadas afirman que sus expectativas fueron cumplidas al hacer uso de los servicios que brinda Consulta Externa. Por lo que se determina que el nivel de satisfacción en el área de Consulta Externa es aceptable.</p>

1.2 UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES (ULAM)

Tabla 60: Análisis de Hallazgos de las encuestas de satisfacción de usuario de la Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM)

HALLAZGOS ENCONTRADOS	CONCLUSION
<p>⊕ EXPECTATIVAS</p> <p>Según lo manifestado por los usuarios la mayoría de personas encuestadas con un total de 8 de 17 coinciden en que servicios de calidad significa que las atenciones sean brindadas de manera rápida y agradable por parte del personal así mismo otras 4 personas que los tramites deben realizarse con rapidez por lo que se interpreta que las personas prefieren recibir los servicios sin esperar mucho tiempo por ellos y que las personas que brindan dicha atención sea personal amable además que a la hora de realizar los trámites estos no sean engorrosos.</p> <p>⊕ RENDIMIENTO</p> <p>Según los datos obtenidos de las 17 personas encuestadas todas manifiestan que su salud ha mejorado a partir del uso de los servicios brindados en la ULAM.</p> <p>Servicios Médicos: De la población encuestada 6 personas manifestaron que los servicios médicos siempre son brindados con prontitud, otras 6 personas dijeron que la mayoría de veces, además 11 de 17 personas consideran que el tiempo para la prestación de los servicios es el adecuado.</p> <p>Terapias de Rehabilitación: Según los resultados 11 personas manifestaron que las terapias de rehabilitación siempre son brindadas con prontitud, además de que 13 de 17 personas consideran que el tiempo para la prestación de los servicios es el adecuado.</p> <p>Trabajo Social: Según los resultados 13 personas manifestaron que los servicios de trabajo social siempre son brindados con prontitud, sumando a esto que 14 personas consideran que el tiempo para la prestación de los servicios es el adecuado.</p> <p>Psicología: 14 personas manifestaron que los servicios de psicología siempre son brindados con prontitud, además que 11 personas consideran que el tiempo para la prestación de los servicios es el adecuado.</p> <p>Enfermería: Según los resultados 11 personas manifestaron que los servicios de enfermería siempre son brindados con prontitud, y además que 8 personas siendo esta la mayoría de la población consideran que el tiempo para la prestación de los servicios es el adecuado.</p> <p>⊕ SATISFACCIÓN</p> <p>Según los resultados obtenidos por la población encuestada en la ULAM 13 personas de las 17 consideran que los servicios brindados cumplieron con sus expectativas totalmente mientras que 4 manifiestan que fueron cumplidas parcialmente, además 11 personas considerándose esta como mayoría califican el nivel de satisfacción obtenida como Excelente mientras que 4 la califican como Buena.</p>	<p>La ULAM está realizando un buen trabajo en la rehabilitación de pacientes que padecen de lesiones o afecciones medulares al brindar atenciones especializadas de calidad logrando así que 11 personas manifiestan haber alcanzado un excelente nivel de satisfacción al recibir los servicios brindados, además que 13 de las 17 personas encuestadas consideran que sus expectativas en relación a los servicios fueron cumplidas en su totalidad, lo que refleja el cumplimiento del objetivo del ISRI que es proporcionar servicios de rehabilitación integrales y de calidad.</p>

1.3 UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)

Tabla 61: Análisis de Hallazgos de las encuestas de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT)

HALLAZGOS ENCONTRADOS	CONCLUSION
<p>⊕ EXPECTATIVAS:</p> <p>Tomando en cuenta la definición de servicios de calidad manifestada por 69 usuarios considerándose esta la mayoría de la población, consideran que un servicio de calidad significa que la atención es puntual en los servicios y los trámites se realicen de manera rápida.</p> <p>⊕ RENDIMIENTO:</p> <p>De la población encuestada la mayoría con una cantidad de 58 personas consideran que su salud ha mejorado a partir del uso de los servicios brindados en la UOT mientras que 33 personas manifiestan que su salud sigue igual.</p> <p>Según lo manifestado por los usuarios estos esperan un largo periodo para poder obtener su aparato, la mayoría de personas con la cantidad de 39 personas esperan alrededor de 6 meses para su respectiva entrega, mientras que 21 personas manifiestan que el tiempo es de 5 meses lo que genera una nivel de satisfacción bajo ya que no pueden tener mayor progreso en su rehabilitación sin poseer el aparato que es parte del proceso</p> <p>⊕ SATISFACCIÓN:</p> <p>Según los resultados obtenidos de la población encuestada 55 personas representando a la mayoría calificaron el nivel de satisfacción como regular, mientras que 18 personas calificaron la el nivel de satisfacción como excelente y buena, según lo manifestado por los usuarios 53 personas dijeron que sus expectativas fueron cumplidas parcialmente mientras que 35 dijeron que se cumplieron a totalidad y solamente 3 personas manifestaron que no se cumplieron sus expectativas ante el servicio.</p>	<p>Se debe someter a revisión los procesos de toma de medidas de los aparatos (ortésis y prótesis) así como la elaboración de los mismos pues se identificó que la 55 personas de la población encuestada manifiesta un bajo nivel de satisfacción debido al largo periodo que incurre desde la toma de medidas hasta la entrega de la aparato por lo que las personas no pueden tener un mayor progreso en el proceso de su rehabilitación por no poseer el aparato necesario para evolucionar en la mejora de su condición.</p>

2. PROPUESTA DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA EN LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)

A partir de la problemática presentada en la Unidad de Ortopedia Técnica referente al nivel de satisfacción de la demanda de los productos, la cual fue identificada en el levantamiento de la situación actual de la unidad y respaldada con el análisis de las encuestas de satisfacción de los clientes externos del CAL, se presenta en el Anexo 13 un análisis, el cual retoma información de la problemática de la UOT además de considerar otra información recolectada directamente de los registros de control que lleva la Unidad. Dicho análisis tiene como objetivo presentar una propuesta a la problemática, a fin de solventarla y permitir de esta manera continuar con la Propuesta del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI basado en la Norma ISO 9001:2008.

3. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001: 2008 EN EL ISRI

El análisis del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 se muestra en el ANEXO 14. En el cual presentan dos tablas que reflejan el porcentaje de cumplimiento del ISRI con respecto a dichos requisitos, la primera tabla muestra los resultados del primer cuestionario con el cual se entrevistaron a las Jefaturas de la Administración Superior y al Director del CAL, luego se presenta la otra tabla en la cual se analizan los requisitos considerado en el cuestionario ISO 9001:2008 para el Centro del Aparato Locomotor. Finalmente se presenta el análisis de las exclusiones de los requisitos considerados en la investigación. Con el análisis de estos se determina el cumplimiento los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008 por el ISRI.

3.1 Tabla Resumen de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 del ISRI

La tabla que se muestra a continuación contiene el porcentaje de cumplimiento del ISRI con respecto a cada uno de los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001:2008, la cual nace de los hallazgos visualizados a través del análisis de los resultados obtenidos a través con los cuestionarios basados en la Norma ISO 9001:2008 y la observación directa de las exclusiones.

Tabla 62: Resumen de calificación de requisitos de la Norma ISO 9001:2008

REQUISITO NORMA ISO 9001:2008	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	TOTAL NIVEL DE CUMPLIMIENTO
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			56.36%
4.1. Requisitos generales		70.00%	
4.2. Requisitos de la documentación		42.73%	
4.2.1.Generalidades	61.82%		
4.2.2.Manual de la calidad	0.00%		
4.2.3.Control de los documentos	54.55%		
4.2.4. Control de los registros	54.55%		

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN			
5.1. Compromiso de la dirección		75.00%	
5.2. Enfoque al cliente		95.45%	
5.3. Política de la calidad		86.36%	
5.4. Planificación			
5.4.1. Objetivos de la calidad	0.00%		0.00%
5.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad	0.00%		
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación			62.22%
5.5.1. Responsabilidad y autoridad	90.91%	63.64%	
5.5.2. Representante de la dirección	40.00%		
5.5.3. Comunicación interna	60.00%		
5.6. Revisión por la dirección			
5.6.1. Generalidades	40.00%		52.86%
5.6.2. Información de entrada para la revisión	38.57%		
5.6.3. Resultados de la revisión	80.00%		
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS			
6.1. Provisión de recursos		65.00%	
6.2. Recursos humanos			80.00%
6.2.1. Generalidades	77.27%	84.09%	
6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia	90.91%		
6.3. Infraestructura		80.00%	
6.4. Ambiente de trabajo		90.91%	
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS			
7.1. Planificación de la realización de los servicios		75.00%	
7.2. Procesos relacionados con el cliente			78.86%
7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con los servicios	71.43%	76.79%	
7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con los servicios	66.07%		
7.2.3. Comunicación con el cliente	92.86%		
7.3. Diseño y desarrollo			
7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo	96.43%	87.76%	
7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	89.29%		
7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo	71.43%		
7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo	92.86%		
7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo	100.00%		

7.3.6.Validación del diseño y desarrollo	71.43%		
7.3.7.Control de los cambios del diseño y desarrollo	92.86%		
7.4. Compras			
7.4.1.Proceso de compras	87.50%		
7.4.2.Información de las compras	50.00%		60.98%
7.4.3.Verificación de los productos comprados	45.45%		
7.5. Producción y Prestación de los servicios			
7.5.1. Control de la prestación de los servicios	82.86%		
7.5.2.Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios	92.86%		86.93%
7.5.3.Identificación y trazabilidad	83.93%		
7.5.4.Propiedad del cliente	100.00%		
7.5.5.Preservación del producto	75.00%		
7.6. Control de los equipos de seguimiento y de medición			85.71%
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			
8.1. Generalidades			50.00%
8.2. Seguimiento y medición			
8.2.1.Satisfacción del cliente	100.00%		
8.2.2.Auditoría interna	70.00%		
8.2.3.Seguimiento y medición de los procesos	57.14%		69.96%
8.2.4. Seguimiento y medición de los servicios	52.68%		58.49%
8.3. Control del servicio no conforme			66.07%
8.4. Análisis de datos			66.67%
8.5. Mejora			
8.5.1.Mejora continua	51.00%		
8.5.2.Acción correctiva	46.67%		39.78%
8.5.3.Acción preventiva	21.67%		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO			67.19%

3.2 Nivel de cumplimiento del ISRI con respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008

En base a los datos presentados en los puntos anteriores se presenta en la tabla siguiente el conglomerado de porcentajes, y el porcentaje global de cumplimiento de la Institución con respecto a los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008, además de presentar la brecha que existe entre la situación actual del ISRI y la deseada que es la Institución con un Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008. La observación realizada a cada requisito y a su nivel de cumplimiento es en base a los resultados de los cuestionarios y al levantamiento de la información realizada a cada una de las unidades de la Administración Superior y a las Unidades del CAL, información que permite validar el nivel de cumplimiento logrado por cada requisito de la norma.

Tabla 63: Determinación de Brecha de la Situación Actual del ISRI en base a requisitos de la Norma ISO 9001:2008

REQUISITO NORMA ISO 9001:2008	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
	%	Observación
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	56%	El porcentaje de 56% se debe a que los requisitos como: el establecimiento del Manual de calidad que contiene el alcance del Sistema y los procedimientos de este, además de los procedimientos de control de los registros y de los documentos son propios del Sistema de Gestión de Calidad, el cual no se ha implementado en el ISRI, pero se tiene avanzado el trabajo respecto al establecimiento de los procesos de toda la Institución como paso inicial para cumplir los demás requisitos de este punto
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	62%	Como parte fundamental del Sistema de Gestión de Calidad es establecer la política de Calidad para así poder plantear los objetivos de calidad, lo cual es la base para poder realizar la planificación del Sistema de Gestión de Calidad en ruta a cumplir los objetivos de calidad además de documentar el procedimiento revisión por la dirección fundamental para mejorar la eficacia del Sistema, todo esto es propio del Sistema de Gestión de Calidad debido a eso se da este porcentaje del 62% ya que también el ISRI planifica la Gestión de todos los procesos rumbo a brindar servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	80%	Este requisito presenta el mayor valor de porcentaje de cumplimiento (80%) siendo el requisito de infraestructura el que se debe de mejorar, con lo cual la Institución gestiona los recursos necesarios para la prestación de los servicios de rehabilitación con calidad.

7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	79%	El ISRI gestiona de manera adecuada la realización de los servicios de rehabilitación planificando, diseñando y desarrollando la prestación de los servicios de rehabilitación para cumplir con los requisitos de las personas con discapacidad que buscan los servicios de rehabilitación integral. Lo que Para el requisito de compras, Lo que se debe de mejorar es la metodología de planificación de los servicios así como también la verificación de los productos comprados y lo concerniente a la información de las compras realizadas.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	58%	Este requisito exige que en la Institución se desarrollen los siguientes elementos: auditorias de Calidad, mejora continua del sistema de Gestión de Calidad, procedimientos de acción preventiva y correctiva, seguimiento y medición de los procesos y servicios etc. Todos estos requisitos buscan demostrar la idoneidad del Sistema de Gestión de Calidad y eficacia de este, y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad. No se cumplen rigurosamente como lo exige la Norma pero el ISRI desarrolla los procesos necesarios para poder realizar la medición, análisis y mejoras de las actividades realizadas, mejorando la gestión actual de estos en ruta a brindar servicios de rehabilitación integral de calidad, de ahí nace el 58%.
NIVEL DE CUMPLIMIENTO:	67%	
BRECHA	33%	

El ISRI como Institución pública busca modernizar su administración a fin de cumplir con los requerimientos establecidos por el actual gobierno, por ello trabaja por lograr el ideal de Brindar Servicios de Calidad, a partir del establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008, pero actualmente el ISRI no cuenta con un Sistema directamente, sin embargo trabaja con ciertos elementos que pueden conformar el Sistema.

Por ello el objetivo del análisis anterior era identificar cuáles son los elementos que pueden conformar el Sistema de Gestión de Calidad con los que cuenta el ISRI. Estos elementos son valorados en base a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

A partir de su análisis se califico cada uno de los requisitos, obteniendo así el nivel de cumplimiento de 67% y la brecha del 33% que representa la diferencia entre la situación actual y la ideal del ISRI de establecer un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para cumplir con las exigencias de Modernización del Gobierno, garantizando una mayor satisfacción de los usuarios internos y externos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ISRI.

Con lo mencionado anteriormente y lo obtenido en el levantamiento de la información de cada unidad del ISRI y del CAL y de la investigación de la opinión de los usuarios tanto internos como externos se puede validar la problemática identificada en el Instituto:

“Procesos administrativos y servicios de atención especializados que brinda el ISRI desactualizados, generando no conformidad con las exigencias de Modernización que promueve el Gobierno de El Salvador detalladas en la principal apuesta estratégica del Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, de constituir un Sector Público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de calidad”.

Es importante resaltar que de la problemática presentada se validan de forma específica los puntos:

Tabla 64: Validación de puntos de la problemática de la Situación Actual del ISRI

PUNTO	VALIDACIÓN DEL PUNTO
<i>Procesos desactualizados</i>	Levantamiento de 95 de 128 (82 de la Administración Superior y 46 del CAL) procesos que se realizan en el ISRI durante la investigación de esta etapa, además de considerar que los manuales de procesos y de organización utilizados corresponden al año 2001 y 2005 respectivamente, presentando una desactualización de 10 y 6 años.
<i>Generando no conformidad con las exigencias de Modernización</i>	El ISRI no cuenta con Sistema de Gestión que garantice la Calidad en los servicios brindados, lo cual se representa con el 33% (brecha) de incumplimiento del ideal de la Norma ISO 9001:2008.
<i>Constituir Sector Público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de calidad</i>	Lograr este objetivo será posible con la reducción de la brecha. Lo cual será posible con el trabajo y fortalecimiento de los requisitos de la Norma que generan dicha brecha, logrando con ello, el desempeño eficaz de dichos requisitos de la Norma ISO 9001:2008 que garantizaran la calidad en los servicios brindados del ISRI.

Con lo anterior podemos concluir que con el 67% de Nivel de cumplimiento se puede identificar que el ISRI trabaja por la calidad en los Servicios de Rehabilitación que brinda, sin embargo la brecha de 33% indica que aun debe de trabajar en fortalecer ciertas áreas que permitirán lograr un mayor nivel de cumplimiento. Esto se lograra al considerar los requisitos que obtuvieron menor nivel de cumplimiento y trabajar en líneas de acción que garanticen el diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008. Lo cual se presentara de forma más detallada en la Conceptualización del Sistema de Gestión de Calidad.

CAPITULO III: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

A. PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

1. DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD: MISIÓN, VISIÓN, VALORES INSTITUCIONALES, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

1.1 Metodología para el desarrollo de la Gestión Estratégica de la Calidad

Al considerar como base la norma ISO 9001:2008 para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI, resulta importante cada uno de sus requisitos, razón por la cual es necesario el establecimiento de la *política de calidad* y *los objetivos de calidad*.

Para su definición es importante considerar a la vez la razón de ser del Instituto, es decir su Misión, Visión y Valores, ya que todos estos elementos en conjunto, definidos como **la Gestión Estratégica de la Calidad**, buscaran contribuir al desempeño de una eficaz prestación de los servicios a las personas discapacitadas, a fin de lograr su satisfacción a través de su rehabilitación y plena inclusión social.

Para ello se realizará una Revisión de la Misión, Visión y Valores del ISRI, dado que la institución ya tiene establecida un Misión, Visión y Valores por la cual trabaja día a día. Y se realizará la definición de la Política de calidad y los Objetivos de calidad dado que la institución no cuenta con ello. Para lo cual es necesaria la participación de las autoridades del ISRI, quienes están involucrados directamente en la planificación de las actividades del Instituto. Lo anterior se desarrollara en base al *método Delphy*.

1.1.1 Método Delphi¹⁴

El método Delphi es una metodología de investigación multidisciplinaria para la realización de pronósticos y predicciones.

Su objetivo es la *consecución de un consenso basado en la discusión entre expertos*. Es un proceso repetitivo. Su funcionamiento se basa en la elaboración de un cuestionario que ha de ser contestado por los expertos. Una vez recibida la información, se analiza y obtienen resultados y se vuelve a realizar otro cuestionario basado en el anterior para ser contestado de nuevo.

Finalmente el responsable del estudio elaborará sus conclusiones a partir de la explotación estadística de los datos obtenidos.

Delphi se basa en:

- Anonimato de los intervinientes o participantes
- Repetitividad y realimentación controlada
- Respuesta del grupo en forma estadística

¹⁴ **Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones** - Hernán Acuña e Irene Konow / Mideplan / 1990/ Santiago, Chile

Antes de iniciar un Delphi se realizan una serie de tareas previas, como son:

- Delimitar el contexto y el horizonte temporal en el que se desea realizar la investigación.
- Seleccionar el panel de expertos y conseguir su compromiso de colaboración. Las personas que sean elegidas no sólo deben ser grandes conocedores del tema sobre el que se realiza el estudio, sino que deben presentar una pluralidad en sus planteamientos. Esta pluralidad debe evitar la aparición de sesgos en la información disponible en el panel.
- Explicar al panel en qué consiste el método. Con esto se pretende conseguir la respuestas fiables, pues los expertos van a conocer en todo momento cuál es el objetivo de cada una de los procesos que requiere la metodología.

Es importante mencionar que el Método Delphi contempla una amplia variedad de áreas de aplicación, aunque algunos autores definan el método Delphi como un método de proyección, dado su uso significativo en esa área. Entre las áreas de amplia aplicación ya desarrolladas se cuenta:

- Exámenes de la significación de eventos históricos
- Evaluación de posibles asignaciones de presupuesto
- *Exploración de las opciones de planeación regionales y urbanas*
- *Delineación de ventajas y desventajas asociados con opciones potenciales de política*
- Desarrollo de relaciones causales en fenómenos complejos, tanto económicos como sociales
- Exposición de prioridades de valores personales y nietas sociales

1.1.2 Desarrollo de la Gestión Estratégica de la Calidad

Con base a lo anterior se realizará la definición de la Gestión Estratégica de la Calidad a partir de la selección de los participantes en la Metodología como Expertos y el diseño de un cuestionario en el cual se abordan elementos referentes a la MISIÓN, VISIÓN, VALORES INSTITUCIONALES, POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD, el cual se desarrollara en entrevistas personales a los participantes considerados.

Los resultados obtenidos de las entrevistas se analizarán y a partir de ellos se generarán resultados estadísticos de las respuestas, los cuales se presentarán a los participantes para que estos puedan observar la orientación de la investigación y comparar con sus opiniones a fin de presentar una conclusión de los resultados observados y su opinión, esto con el objetivo de lograr una integración de las ideas que contribuyan a la investigación. Con ello se generarán los resultados finales. Los resultados finales serán el insumo base para generar las propuestas de la Gestión Estratégica de la Calidad.

Es importante mencionar que las propuestas de la Gestión Estratégica de la Calidad serán desarrolladas y presentadas por la Coordinación de la metodología y para la validación de dichas propuestas participaran:

- La Gerencia Medica del ISRI
- La Gerencia Administrativa del ISRI

- El Asesor de Calidad del ISRI delegado por parte de la Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización de Estado, de la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia.

Los participantes seleccionados para la Metodología como Expertos serán las autoridades del ISRI, ya que son los principales conocedores del desarrollo de las actividades de la Institución y de los resultados que su funcionamiento generan en la prestación de los servicios de rehabilitación. Por tanto los expertos serán las diferentes jefaturas de las unidades de la Administración Superior del ISRI y la dirección del CAL.

Participantes:

12. Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
13. Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica
14. Jefe de la Unidad de Comunicaciones
15. Jefe de la Unidad de Auditoría Interna
16. Jefe de la Unidad Financiera Institucional(UFI)
17. Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional(UACI)
18. Jefe de la Unidad de Recursos Humanos
19. Jefe de la Unidad de Control de Bienes
20. Jefe de la Servicios Generales
21. Jefe de la Almacén Central
22. Director del Centro del Aparato Locomotor (CAL)

Obteniendo un total de 11 participantes.

En el siguiente esquema se presenta el desarrollo de la metodología:

Esquema 1. Metodología Delphy



Donde:

- La Coordinación esta representada por los diseñadores del Sistema de gestión de Calidad (Proyecto UES con apoyo de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI).
- El Panel de Expertos esta representado por las diferentes jefaturas de las unidades de la Administración Superior y la dirección del CAL.

Para desarrollar la metodología es necesario el diseño del cuestionario a utilizar, el cual se presenta a continuación:

1.1.1 Cuestionario para la propuesta de Misión, Visión, Política de Calidad y Objetivos de Calidad y Análisis de resultados de la Gestión Estratégica de la Calidad

Ver Anexo 16.

1.1.2 Propuesta de la Gestión Estratégica de la Calidad

Con los resultados presentados anteriormente y el análisis de los mismos se realiza el establecimiento de la Misión, Visión, Valores Institucionales, Política y Objetivos de calidad para el ISRI. Para ello se consideran los resultados de cada bloque de preguntas y en base a ello se presentan las propuestas de la Gestión Estratégica de la Calidad.

Es importante mencionar que para realizar las propuestas de la Misión, Visión y Valores Institucionales se realiza una revisión de los que están definidas actualmente y se consideran los hallazgos encontrados en las opiniones de los expertos relacionados a ellos. Mientras que para la Política y Objetivos de Calidad solo se consideran los resultados obtenidos en el cuestionario. A la vez cabe destacar que las propuestas presentadas han sido revisadas y validadas por las autoridades correspondientes definidas anteriormente.

1.1.2.1 REVISIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL ISRI

1.1.2.1.1 Misión del ISRI

A continuación se presentan la Misión Actual del ISRI y la Misión Propuesta:

⊕ MISIÓN ACTUAL

Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con facultades especiales, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

Al considerar los elementos que permiten definir la razón de ser actual del ISRI establecida en su Misión y la opinión respectiva de los participantes en esta metodología, es posible determinar que la Misión definida actualmente en el ISRI es muy completa, y cubre los elementos identificados en la opinión de los panelistas, lo que permite determinar que esta Misión definida se mantendrá. Es importante mencionar que la Misión fue revisada de manera detallada a inicios del año 2011 por las jefaturas del ISRI.

1.1.2.1.2 Visión del ISRI

A continuación se presentan la Visión Actual del ISRI y la Visión Propuesta:

⊕ VISIÓN ACTUAL

Ser una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.

Con un análisis similar al presentado para la Misión del ISRI, se realiza el análisis de la Visión, obteniendo como resultado la siguiente propuesta:

⊕ VISIÓN PROPUESTA

Ser una institución pionera a nivel nacional y regional, en la prestación de servicios de rehabilitación integral, reconocida por su excelencia y compromiso de calidad en la rehabilitación de las personas con facultades especiales.

1.1.2.1.3 Valores del ISRI

A continuación se presentan los Valores del ISRI y sus Propuestas:

⊕ VALORES INSTITUCIONALES ACTUALES DEL ISRI:

- **CALIDEZ:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **COMPETENCIA:** mantenemos la actitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.
- **COMPROMISO:** estamos identificados con el quehacer de la Institución y concientizados que el ISRI es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención.
- **CONFIDENCIALIDAD:** somos reservados en el uso de la información institucional.
- **EQUIDAD:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de rehabilitación.
- **LEALTAD:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **RESPONSABILIDAD:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **TRANSPARENCIA:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **UNIDAD:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.

Con un análisis similar al presentado para la Misión y Visión del ISRI, se realiza el análisis de la Valores Institucionales, obteniendo como resultado la siguiente propuesta:

⊕ VALORES INSTITUCIONALES PROPUESTOS DEL ISRI:

- **CALIDEZ:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **COMPETENCIA:** mantenemos la actitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.
- **COMPROMISO:** estamos identificados con el quehacer de la Institución y concientizados que el ISRI es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención.
- **CONFIDENCIALIDAD:** somos reservados en el uso de la información institucional.

- **EQUIDAD:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de rehabilitación.
- **LEALTAD:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **RESPONSABILIDAD:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **TRANSPARENCIA:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **UNIDAD:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.
- **LIDERAZGO:** Buscamos el mejoramiento continuo, para constituirmos en el mejor referente nacional en el servicio de rehabilitación de personas con facultades especiales.
- **ESPÍRITU DE SERVICIO:** Nos preocupamos por una permanente actitud de respeto y preocupación ante los requerimientos de nuestros usuarios; así como una constante investigación de sus necesidades.

1.1.2.2 DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

1.1.2.2.1 Propuestas de la Política de Calidad

A continuación se presentan la Política de Calidad Propuesta en base a los resultados de la opinión de los expertos y la validación de las autoridades correspondientes:

⊕ POLÍTICA DE CALIDAD PROPUESTA

El ISRI es una institución dedicada a brindar servicios de rehabilitación especializados a personas con capacidades especiales de forma integral. Comprometida como Institución pública en prestar servicios con calidad, en un ambiente agradable, con responsabilidad, profesionalismo, y oportunamente a fin de contribuir en el proceso de rehabilitación y lograr la máxima satisfacción de los usuarios.

1.1.2.2.2 Propuestas de los Objetivos de Calidad

A continuación se presentan los Objetivos de Calidad Propuestos:

⊕ OBJETIVOS DE CALIDAD PROPUESTOS

1. Elevar el nivel de satisfacción de los usuarios del ISRI a un 85%¹⁵ en Consulta Externa, un 80% en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y un 60% en la Unidad de Ortopedia Técnica, a partir

¹⁵ Porcentaje establecido en base a los resultados presentados en la Etapa de Diagnóstico, referentes a los niveles de satisfacción determinados en las encuestas realizadas a los Usuarios externos del CAL en cada una de sus tres unidades de atención. Ver ANEXO 17: Objetivos de Calidad del ISRI.

de la planificación, supervisión y control de los servicios de rehabilitación brindados en el Centro del Aparato Locomotor (CAL).

2. Orientar los procesos de los Servicios de Rehabilitación de la Institución hacia la mejora continua y contribuir al desarrollo eficaz y eficiente del ISRI.
3. Ampliar la cobertura de atención del Centro del Aparato Locomotor en un 5%, a partir de la expansión de cobertura geográfica de los servicios de rehabilitación en la zona occidental y oriental del país.

2. DETERMINACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN Y DEL COMITÉ DE CALIDAD

En concordancia con lo presentado por la Norma ISO 9001:2008 la Alta Dirección de la institución debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, para cumplir con este propósito se hace necesaria la designación de un representante de la Alta Dirección encargado del control de la implementación y funcionamiento del SGC. A continuación se cita lo que el requisito de la norma establece acerca del Representante de la Alta Dirección:

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

5.5.2 Representante de la dirección

La alta dirección debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:

- a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad,
- b) informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y
- c) asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Consideraciones para la determinación del Comité de Calidad:

Si bien es cierto, la Norma ISO 9001:2008 no exige la formación de un Comité de Calidad pero este puede adoptar un papel muy importante en el funcionamiento del SGC, ya que tendrá como función principal apoyar al representante de la Alta dirección en la solución de problemas identificados que interfieren con el logro de los objetivos de calidad.

Para el número de miembros del comité se recomienda que no debe exceder de 12 personas debido a que un número mayor de miembros dificulta la coordinación del trabajo mismo, esto según lo recomendado por el Asesor de Calidad del ISRI por parte del Gobierno: Lic. Carlos Pineda, quien a la vez es miembro del comité de calidad del Banco Central de Reserva.

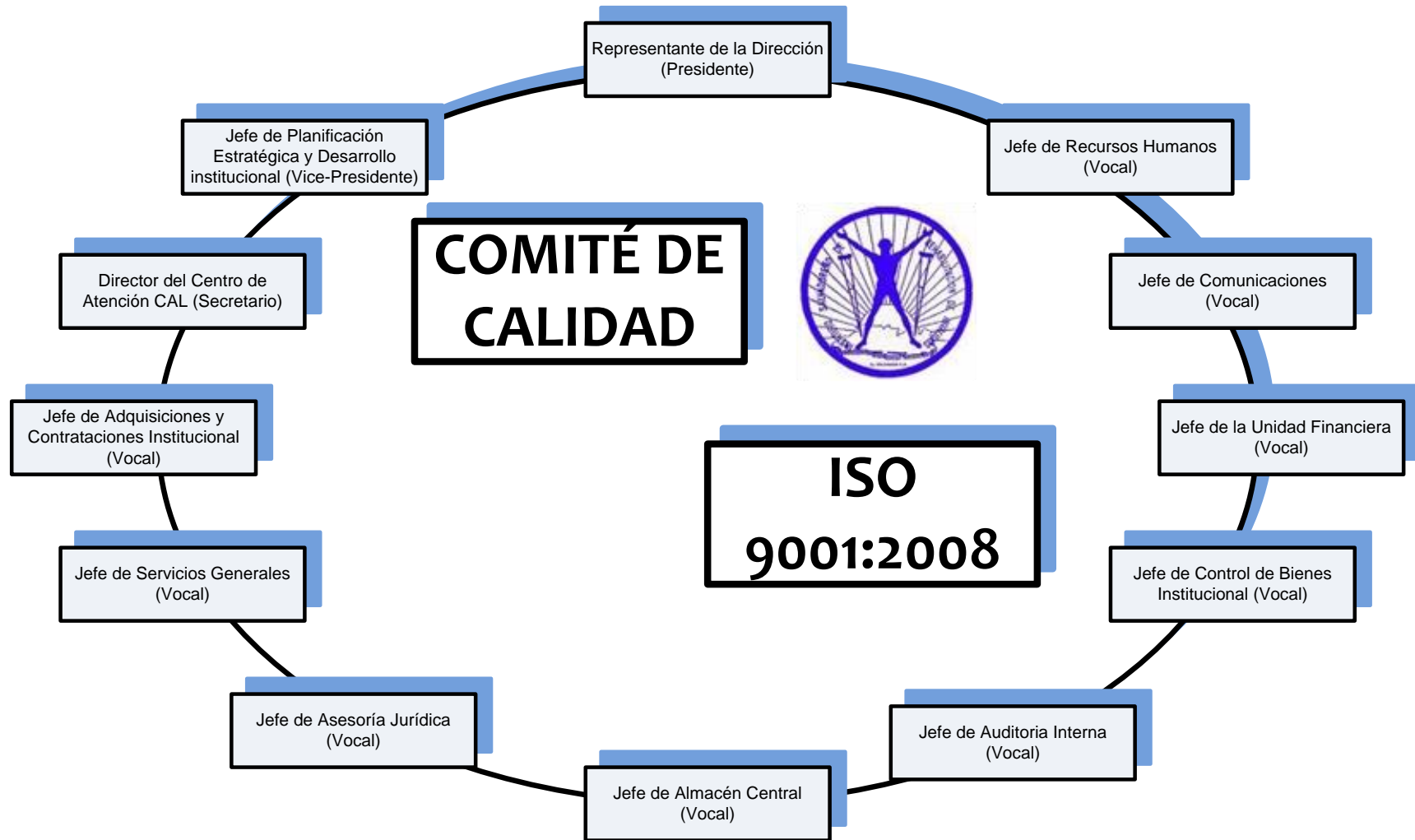
Considerando la información anterior y la referida en los antecedentes del BCR¹⁶, para la formación del comité de Calidad del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral se propone que los miembros que lo integren sean los siguientes:

- ⊕ **Cargo de Presidente del Comité:** Representante de la Alta Dirección
- ⊕ **Miembros del Comité**
 - **Vicepresidente:** Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
 - **Secretario:** Director del CAL
 - **Vocales:** 9 Jefaturas de la Administración Superior

De manera esquemática se muestra los 12 miembros que conformaran el Comité de Calidad en la siguiente página:

¹⁶ Ver ANTECEDENTES DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD RELACIONADOS A INSTITUCIONES PÚBLICAS, Pág. 37

Esquema 2: Esquema de la Propuesta de Formación del Comité de Calidad



2.1 Propuesta de Perfiles de miembros integrantes del Comité de Calidad

El comité de calidad es un grupo de personas que brinda su apoyo para el establecimiento, documentación, implementación, mantenimiento y la mejora continua del sistema de gestión de calidad en todas las unidades de la Administración Superior del ISRI y del Centro del Aparto Locomotor (CAL). Por ello se definen las funciones que deben de realizar los miembros que lo componen para cumplir con este propósito. A continuación se presentan los perfiles del Representante de la Alta Dirección y demás miembros del comité de Calidad del ISRI.

2.1.1 Perfil del Representante de la Alta Dirección (Presidente del Comité)

a) Funciones del Representante de la Dirección para la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

1. Planificación de actividades relacionadas con la Concientización y Capacitación del personal involucrado con los procesos que formarán parte del Sistema.
2. Revisión de la documentación necesaria para el Sistema de Gestión de Calidad.
3. Aprobaciones previas para solicitud de recursos materiales para el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
4. Dirigir la implementación, evaluación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.

b) Funciones del Representante de la alta Dirección para el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad:

1. Asegurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Sistema de Gestión de la Calidad. Así mismo procurar la difusión y comprensión de la política de la calidad en todos los niveles de la organización.
2. Asegurar que se desarrollan y se utilizan los registros requeridos para evidenciar el funcionamiento eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad, además de monitorear la aplicación de los documentos necesarios del SGC.
3. Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos y procedimientos necesarios para el SGC.
4. Asegurar que se cumple la realización de los programas de capacitación y auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad.
5. Solicitar a los responsables los informes del cumplimiento de: Objetivos de la calidad, Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
6. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la capacitación y el entrenamiento del personal así como para las reuniones del Comité de Calidad.
7. Verificar que los documentos y registros establecidos están y son utilizados por los responsables. Verificar la disponibilidad y actualización de las listas de documentos y registros.

c) Funciones del Representante de la alta Dirección como presidente del comité de Calidad:

1. Presidir las sesiones del Comité y hacer cumplir las resoluciones y acuerdos del mismo.
2. Aprobar los puntos a tratar en las reuniones.
3. Presentar trimestralmente a la alta Dirección, el informe de avances y resultados en la implantación y el funcionamiento del SGC
4. Elaborar el plan de actividades anuales a desarrollar por el comité.
5. Designar o en su caso, ratificar a los integrantes del Comité de Calidad cada año, dentro de los 15 primeros días del mes diciembre.

d) Aptitudes y Habilidades

El representante de la dirección debe poseer como características personales las siguientes aptitudes y habilidades:

Aptitudes:

- ⊕ Poseer aptitud de liderazgo y proactividad.
- ⊕ Poseer espíritu de trabajo en equipo.
- ⊕ Capacidad para establecer relaciones interpersonales dentro de la organización.
- ⊕ Alto interés y compromiso por la mejora continua de la calidad en los servicios.
- ⊕ Capacidad para aceptar sugerencias por parte del personal y usuarios de la Institución.

Habilidades:

- ⊕ Conocimiento sobre sistemas de gestión de calidad particularmente la familia de normas ISO 9001: 2008.
- ⊕ Conocimiento sobre los procesos y servicios que presta la Institución.
- ⊕ Capacidad para analizar datos a través de herramientas estadísticas.
- ⊕ Sólidos conocimientos de la normativa y reglamentos que rigen el ISRI.

2.1.2 Perfil de Miembros del Comité de Calidad

a) Funciones de Miembros del Comité de Calidad

Vice-presidente

1. Coordinar y Asegurar junto con el Presidente del comité que se establezcan, implementen y mantengan los procesos y procedimientos del SGC.
2. Presidir las reuniones del Comité de Calidad en ausencia del Presidente.
3. Informar al Presidente del comité sobre el funcionamiento del sistema de gestión de calidad de la unidad a su cargo.
4. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios

5. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
6. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
7. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por la Alta Dirección

Secretario

1. Llevar a cabo la logística necesaria para el adecuado funcionamiento del Comité de Calidad.
2. Convocar a la celebración de las sesiones ordinarias o extraordinarias que se realicen.
3. Vigilar la elaboración correcta de la convocatoria, orden del día y el listado de asuntos que se tratarán en cada sesión, incluyendo los documentos necesarios.
4. Levantar acta de cada una de las sesiones y remitirla a los miembros para su firma.
5. Firmar el acta de la sesión a realizarse.
6. Integrar con el presidente del comité el informe de actividades anuales del comité de calidad
7. Informar al representante de la Alta Dirección (Presidente del Comité) sobre el funcionamiento del sistema de gestión de calidad de la unidad a su cargo.
8. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios
9. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
10. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
11. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por la Alta Dirección

Vocales

1. Asistir a las sesiones ordinarias o extraordinarias que se convoquen;
2. Informar al representante de la Alta Dirección (Presidente del Comité) sobre el funcionamiento del sistema de gestión de calidad de la unidad a su cargo.
3. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios
4. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
5. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
6. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por la Alta Dirección.
7. Gestionar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.
8. Crear y mantener un ambiente interno adecuado de trabajo.
9. Difundir los programas de trabajo, actividades y las acciones desarrolladas por el Comité en vías de lograr la mejora continua del sistema de Gestión de Calidad.

b) Aptitudes y Habilidades

Los miembros del comité deben poseer como características personales las siguientes aptitudes y habilidades:

Aptitudes:

- ⊕ Poseer aptitud proactiva.
- ⊕ Poseer espíritu de trabajo en equipo.
- ⊕ Capacidad para establecer relaciones interpersonales dentro de la organización.

- ⊕ Alto interés y compromiso por la mejora continua de la calidad en los servicios.
- ⊕ Capacidad para aceptar sugerencias por parte del personal y usuarios de la Institución.

Habilidades:

- ⊕ Conocimientos sobre calidad en los servicios.
- ⊕ Conocimiento sobre los procesos y servicios que presta la Institución.
- ⊕ Capacidad para analizar datos a través de herramientas estadísticas.
- ⊕ Conocimientos sobre el funcionamiento de las diferentes Unidades de la Administración Superior y del Centro del Aparato Locomotor (CAL)

2.2 Guía para la formación del Comité de Calidad

Para la formación del Comité de Calidad se debe considerar la propuesta anteriormente citada para la conformación de sus miembros, tomando en cuenta los siguientes pasos:

- Identificar quienes serán los miembros que conformaran el comité
- Convocar a una reunión informativa a los miembros seleccionados
- Presentar ante los miembros del comité de Calidad al representante de la Alta Dirección seleccionado que fungirá como presidente del comité, designar también a los miembros que desarrollaran el papel de vicepresidente y secretario respectivamente.
- Presentar a cada miembro las funciones que desempeñaran en el funcionamiento del SGC.
- Integrar el comité mediante la firma del acta de constitución.
- Informar a los miembros del Comité de Calidad que se realizaran 24 sesiones al año repartidas en 2 sesiones al mes a las cuales sus miembros deberán asistir puntualmente, designadas estas como oficiales para tratar asuntos sobre el funcionamiento del SGC del ISRI, recalando que se podrán realizar sesiones extraordinarias según sea la urgencia de los temas a tratar por el comité, a fin de lograr el funcionamiento eficaz del sistema.

3. Lineamientos de Integración de los Centros de Atención del ISRI en el Comité de Calidad

El alcance del SGC está determinado para la Administración Superior compuesta por 10 unidades administrativas y el Centro del Aparato Locomotor en el cual se incluyen una serie de procesos y procedimientos necesarios para el funcionamiento de la institución y esta pueda realizar su objetivo principal el cual es brindar servicios de rehabilitación a personas con capacidades especiales. En un futuro pronto el ISRI tiene en consideración el implementar el SGC en los demás centros de atención especializada para lo cual será necesario identificar como será el papel de cada uno de los directores de los centros en el Comité de Calidad para lo cual se tiene contemplado que se realice una reestructuración de la organización del comité en la cual se incluyan a los directores de los centros como miembros activos del comité dada la importancia que estos tienen como medio de enlace con el usuario de los servicios de rehabilitación permitiendo identificar sus requisitos y necesidades, para lo cual se propone la creación de un sub-comité de Calidad. A continuación se presenta la conformación de miembros del Comité y Sub-Comité:

Comité de Calidad:

- Representante de la alta Dirección (Presidente)
- Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional (Vice-Presidente)
- Director del CAL (Secretario)
- Directores de los 8 Centros de Atención (Vocales)
- Jefe de Auditoría Interna (Vocal)
- Jefe de Asesoría Jurídica (Vocal)

Sub-Comité de Calidad:

- Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional (Presidente)
- Jefe de Unidad Financiera (Vocal)
- Jefe de Recursos Humanos (Vocal)
- Jefe de Comunicaciones (Vocal)
- Jefe de Servicios Generales (Vocal)
- Jefe de Almacén Central (Vocal)
- Jefe de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (Vocal)
- Jefe de Control de Bienes (Vocal)

Dentro del Sub-Comité de Calidad tendrá participación el Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, el cual desempeñara el papel de presidente del mismo, cuyo objetivo primordial será llevar al pleno del comité los resultados del funcionamiento de las áreas administrativas que componen a este grupo, se programaran reuniones previas a las reuniones del Comité de Calidad para que el Presidente del Sub-Comité presente los resultados del desempeño de las áreas administrativas del Sub-Comité.

El Comité de Calidad programará las reuniones que sean necesarias para verificar el funcionamiento del SGC en los diferentes Centros de Atención Especializada, así como en las unidades de Asesoría Jurídica y Auditoría Interna y demás áreas Administrativas a través del Presidente del Sub-Comité de Calidad, de manera que se logre el ciclo de la mejora continua a través del monitoreo constante de las áreas que componen el sistema. Esta estructura organizativa del comité se propone a fin de que el trabajo a realizar se desarrolle y coordine efectivamente, ya que reuniones de este carácter en donde se ve involucrado un gran número de personas resultan ser poco eficientes principalmente a la hora de un consenso o en toma de decisiones.

B. DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

1. DEFINICIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

1.1. Identificación de los procedimientos para el SGC

Para identificar estos procedimientos, se toma como insumo los procedimientos que han sido identificados por medio de la investigación de Campo realizada en la etapa de Diagnóstico, los cuales fueron representados por medio de la metodología PEPSU Y DIAGRAMAS DE FLUJOS. La evaluación de este listado de procedimientos, se realiza con la colaboración de los Jefes de las Unidades de la Administración Superior del ISRI y el Director del Centro del Aparato Locomotor.

1.1.1. Metodología para la evaluación de los procedimientos

Con la identificación de los procedimientos para el Sistema de Gestión de Calidad se busca hacer una priorización de entre el universo de procedimientos recolectados, determinando así cuales se relacionan directamente en la prestación de los servicios de la Institución, lo cual se realiza considerando el criterio de las personas involucradas en dichos procedimientos, como lo son los Jefes de las distintas unidades de la Administración Superior y el Director del Centro del Aparato Locomotor (CAL).

La metodología a utilizar para la determinación de los procedimientos es la siguiente:

A. Universo de procedimientos del ISRI

Se considera el listado de procedimientos que fueron levantados en la investigación de campo de la etapa de Diagnóstico, en la cual se presentan los procedimientos que realizan cada una de las diferentes unidades de la Administración Superior y el Centro del Aparato Locomotor. La evaluación se ha de realizar por los Jefes de cada unidad evaluando los procedimientos que se relacionan a su propia Unidad o Centro, mediante una serie de criterios que permiten la priorización de los mismos. A continuación se presenta el listado de 130 procedimientos a considerar para la priorización:

Listado de procedimientos del ISRI:

Administración Superior

1. Auditoría Interna

1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo
2. Arqueo de fondos
3. Elaboración de Exámenes Especiales
4. Seguimiento de exámenes especiales

2. Asesoría Jurídica

1. Asesorías
2. Diligencias Extrajudiciales

3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios
4. Elaboración de Contratos
5. Evaluación de Ofertas
6. Imposición de Multas
7. Capacitaciones
8. Representación Judicial y Extrajudicial
9. Manejo de Convenios
10. Trámite Aduanero
11. Revisión Normativa

3. Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI
2. Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo
3. Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención
4. Control de gestión técnica en centro de atención
5. Auditoria del expediente clínico, basados en la norma ESDOMED
6. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED
7. Informe Epidemiológico Trimestral
8. Supervisión de uso del sistema de Epidemiología.
9. Certificación de discapacidades
10. Elaboración de Memoria de labores
11. Valoración de riesgos
12. Elaboración del plan estratégico institucional
13. Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión
14. Elaboración de Programas de Pre Inversión
15. Seguimiento de Ejecución de Proyectos
16. Estudios de investigación
17. Manejo de Convenios
18. Gestión de colaboración externa
19. Revisión de normativa
20. Soporte técnico a equipo y redes
21. Revisión de equipo
22. Soporte a pagina web
23. Prestamos de equipo

4. Recursos Humanos

1. Reclutamiento y Selección de Personal
2. Elaboración de acuerdos
3. Capacitación del Recurso Humano
4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados
5. Sistema de incentivos por merito personal

6. Manejo de Expediente
7. Control de Marcación

5. Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra
2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato
3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación
4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa

6. Unidad Financiera institucional (UFI)

1. Formulación del Proyecto del Presupuesto
2. Registro, control y pago de bienes y servicios
3. Pagos de salarios al personal
4. Registro de inventarios y donaciones
5. Control y registros de convenios
6. Seguimiento y ejecución Presupuestaria
7. Elaboración de modificación Presupuestaria
8. Cierre contable Mensual
9. Cierre contable Anual

7. Comunicaciones

1. Desarrollo de eventos
2. Consolidación de la información de diferentes áreas de la institución
3. Elaboración de material de difusión interna y externa
4. Medios de comunicación

8. Control de Bienes Institucionales

1. Conciliación de datos de activos fijos
2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI
3. Descarga de bienes
4. Subasta de bienes
5. Asignación de códigos de inventario
6. Valuó de bienes inmuebles

9. Servicios Generales

Sección de Reproducción de Documentos

1. Reproducción de documentos

Sección de Transporte

1. Transporte de Usuarios del ISRI
2. Transporte de Personal del ISRI programado

3. Transporte de Personal del ISRI no programado
4. Mantenimiento de Vehículos
5. Suministro de Combustible

Sección Vigilancia

1. Seguridad y Vigilancia a la Institución
2. Retiro e Ingreso de Equipo o Material
3. Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales

Sección Mantenimiento

1. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo
2. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo

10. Almacén Central

1. Ingreso de bienes al almacén central
2. Egreso de bienes del almacén central
3. Almacenamiento de bienes en almacén central
4. Gestión de donativos

11. Centro del Aparato Locomotor CAL

1. Elaboración del plan Anual de Trabajo

1. Administración del CAL

1. Control de usuario del ISBM
2. Control de usuarios del ISSS
3. Control y seguimiento del inventario
4. Ubicación de equipo
5. Manejo de caja chica
6. Control y seguimiento de presupuesto anual de adquisiciones
7. Requisición de mantenimiento
8. Solicitud a almacén
9. Gestión de tardías y permisos de RRHH
10. Control de tardías y permisos de RRHH

2. Estadística y Documentos Médicos

1. Registro de atenciones brindadas
2. Control de gestión del CAL
3. Control de asistencia
4. Apertura de expediente
5. Administración de expediente

3. Consulta Externa

1. **Servicios Médicos y de Apoyo**
 - 1.1 **Servicios Médicos**

1. Atención de servicios médicos especializados

1.2 Psicología

1.2.1 Psicología Consulta Externa

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

1.2.2 Psicología ULAM

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

1.3 Trabajo Social

1. Visitas de campo
2. Charlas del ISRI
3. Contacto inicial
4. Evaluación de casos

1.4 Imagenología

1. Toma de radiografía

2. Servicios de Rehabilitación

1. Ingreso
2. Atención
3. Egreso
4. Control de metas
5. Control de Expediente
6. Remisión de usuario

4. Unida de Lesiones y Afecciones Medulares

1. Ingreso y atención en la ULAM
2. Egreso de la ULAM
3. Gestión de transporte programado
4. Gestión de transporte no programado
5. Gestión de alimentación y dieta
6. Gestión de medicamentos
7. Gestión de insumos

5. Unidad de Ortopedia Técnica

1. Gestión de ortésis y/o prótesis
2. Elaboración de ortésis y prótesis
3. Reparación de ortésis y prótesis
4. Elaboración de sillas de rueda de madera
5. Elaboración de calzado ortopédico
6. Elaboración de componentes
7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico
8. Control estadístico de la producción

B. Establecimiento de Criterios de Evaluación

Los criterios de evaluación se establecieron con la ayuda de la Gerente Medica Dra. Patricia de Canizales los cuales son presentados a los participantes para la evaluación de los procedimientos, dichos criterios se citan a continuación:

- ✓ **Beneficio al usuario:** todos aquellos procedimientos que brindan satisfacción a los usuarios, a través del cumplimiento de las expectativas presentes y futuras de los mismos.
- ✓ **Aporte directo a la misión:** Procedimientos vinculados directamente con la razón de ser del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral y que competen a la unidad del evaluador.
- ✓ **Disponibilidad de recursos:** la existencia de todas aquellas condiciones mínimas necesarias de recursos humanos, físicos y monetarios para mejorar la eficacia de los procedimientos.
- ✓ **Oportunidad de mejora del servicio:** la disposición que tienen los procedimientos (considerando su naturaleza actual), para aplicación y adaptación del Sistema de Gestión de Calidad.

C. Responsables de la Selección de los procedimientos para el Sistema de Gestión de Calidad

Las personas que se encargaran de la determinación de los procedimientos para el Sistema de Gestión de Calidad son los Jefes de las diferentes unidades de la Administración Superior y el Director del Centro del Aparato Locomotor (CAL) ya que conocen directamente el funcionamiento de las áreas en la que laboran.

Jefes de Unidades de la Administración Superior y CAL

- ✓ Jefe de Auditoría Interna
- ✓ Jefe de Asesoría Jurídica
- ✓ Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
- ✓ Jefe de Recursos Humanos
- ✓ Jefe de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)
- ✓ Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI)
- ✓ Jefe de Comunicaciones
- ✓ Jefe de Control de Bienes Institucionales
- ✓ Jefe de Servicios Generales
- ✓ Jefe de Almacén Central
- ✓ Director del Centro del Aparato Locomotor (CAL)

D. Elaboración de Guía para la evaluación de los procedimientos

La guía para la evaluación de los procedimientos contiene los siguientes aspectos:

- **Presentación:** breve descripción del tema en estudio.
- **Objetivo:** define la necesidad y la importancia de llevar a cabo la evaluación
- **Indicaciones:** determina los pasos que deben de realizar cada uno de los participantes para evaluar los procedimientos
- **Hoja de evaluación de procedimientos:** lista criterios a considerar para la evaluación y los procedimientos que se realizan en las Unidades o Centro al que pertenezcan.

E. Evaluación de los procedimientos:

Para la evaluación de los procedimientos, se presenta a cada participante la hoja de evaluación de los procedimientos que contiene los criterios a considerar, con una tabla en la cual deben ponderar cada uno de los procedimientos relacionados a la unidad o centro en la que laboran aplicando la siguiente ponderación según el grado de importancia que consideren para cada procedimiento:

Tabla 1: Valores de ponderación para evaluación

Grado de Importancia	Ponderación
Muy Importante	3
Importante	2
Poco Importante	1

A continuación se presenta a manera de ejemplo el formato de la hoja de Evaluación de procedimientos de Auditoría Interna de la misma manera se presentara a las demás unidades de la Administración Superior y del Centro del Aparato Locomotor con los procedimientos relacionadas a cada área específica:



HOJA DE EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL
INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN
INTEGRAL



Objetivo: Priorizar los procedimientos que se realizan en las diferentes unidades de la Administración Superior y del Centro del Aparato Locomotor a ser considerados para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad.

1. Criterios a Considerar para la Evaluación de los Procedimientos

A continuación se presentan los criterios que deberá considerar para evaluar posteriormente los procedimientos que corresponden a la unidad en la que labora:

- ✓ **Beneficio al usuario:** todos aquellos procedimientos que brindan satisfacción de los usuarios, a través del cumplimiento de las expectativas presentes y futuras de los mismos.
- ✓ **Aporte directo a la misión:** Procedimientos vinculados directamente con la razón de ser del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral y que competen a la unidad del evaluador.
- ✓ **Disponibilidad de recursos:** la existencia de todas aquellas condiciones mínimas necesarias de recursos humanos, físicos y monetarios para mejorar la eficacia de los procedimientos.
- ✓ **Oportunidad de mejora del servicio:** la disposición que tienen los procedimientos (considerando su naturaleza actual), para aplicación y adaptación del Sistema de Gestión de Calidad.

2. Indicaciones para la Evaluación de los Procedimientos

Deberá ponderar cada uno de los procedimientos según el grado de importancia, tomando en cuenta los criterios anteriormente citados y calificando según lo siguiente:

Grado de Importancia	Ponderación
Muy Importante	3
Importante	2
Poco Importante	1

3. Cuadro de Procedimientos a Evaluar:

DEPARTAMENTO: AUDITORIA INTERNA	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración de Plan Anual de Trabajo	
Arqueo de fondos	
Elaboración de Exámenes Especiales	
Seguimiento de exámenes especiales	

F. Resultados Obtenidos:

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de los procedimientos realizados por los Jefes de Unidades Administrativas y el Director del Centro del Aparato Locomotor.

Tabla 2: Ponderaciones de procedimientos por Unidad Organizativa

Fuente: Encuesta de evaluación de procedimientos

DEPARTAMENTO: AUDITORIA INTERNA	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración de Plan Anual de Trabajo	3
Arqueo de fondos	3
Elaboración de Exámenes Especiales	3
Seguimiento de exámenes especiales	2

DEPARTAMENTO: ASESORIA JURIDICA	
Procedimientos	Ponderación
Asesorías	3
Diligencias Extrajudiciales	2
Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios	3
Elaboración de Contratos	2
Evaluación de Ofertas	1
Imposición de Multas	1
Capacitaciones	1
Representación Judicial y Extrajudicial	3
Manejo de Convenios	1
Trámite Aduanero	1
Revisión Normativa	1

DEPARTAMENTO: PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI	3
Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo	3
Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención	3
Control de gestión técnica en centro de atención	1
Auditoria del expediente clínico, basados en la norma ESDOMED	1
Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED	2
Informe Epidemiológico Trimestral	1
Supervisión de uso del sistema de Epidemiología	2

Certificación de discapacidades	1
Elaboración de Memoria de labores	1
Valoración de riesgos	3
Elaboración del plan estratégico institucional	3
Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión	2
Elaboración de Programas de Pre Inversión	3
Seguimiento de Ejecución de Proyectos	2
Estudios de investigación	2
Manejo de Convenios	1
Gestión de colaboración externa	1
Revisión de normativa	2
Soporte técnico a equipo y redes	2
Revisión de equipo	1
Soporte a pagina web	1
Prestamos de equipo	1

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS	
Procedimientos	Ponderación
Reclutamiento y Selección de Personal	3
Elaboración de acuerdos	3
Capacitación del Recurso Humano	2
Elaboración de planillas de Sueldos a empleados	3
Sistema de incentivos por merito personal	2
Manejo de Expediente	1
Control de Marcación	1

DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
Procedimientos	Ponderación
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra	3
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato	2
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación	3
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa	2

DEPARTAMENTO: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	
Procedimientos	Ponderación
Formulación del Proyecto del Presupuesto	3
Registro, control y pago de bienes y servicios	3

Pagos de salarios al personal	2
Registro de inventarios y donaciones	3
Control y registros de convenios	3
Seguimiento y ejecución Presupuestaria	3
Elaboración de modificación Presupuestaria	3
Cierre contable Mensual	2
Cierre contable Anual	2

DEPARTAMENTO: COMUNICACIONES	
Procedimientos	Ponderación
Desarrollo de eventos	1
Consolidación de la información de diferentes áreas de la institución	1
Elaboración de material de difusión interna y externa	3
Medios de comunicación	1

DEPARTAMENTO: CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	
Procedimientos	Ponderación
Conciliación de datos de activos fijos	3
Verificación física de inventario a dependencias del ISRI	3
Descarga de bienes	1
Subasta de bienes	1
Asignación de códigos de inventario	2
Valuó de bienes inmuebles	1

DEPARTAMENTO: SERVICIOS GENERALES	
Procedimientos	Ponderación
Sección de Reproducción de Documentos	
Reproducción de documentos	1
Sección de Transporte	
Transporte de Usuarios del ISRI	3
Transporte de Personal del ISRI programado	1
Transporte de Personal del ISRI no programado	1
Mantenimiento de Vehículos	2
Suministro de Combustible	1
Sección Vigilancia	
Seguridad y Vigilancia a la Institución	3
Retiro e Ingreso de Equipo o Material	1
Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales	1
Sección Mantenimiento	

Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo	3
Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo	2

DEPARTAMENTO: ALMACÉN CENTRAL	
Procedimientos	Ponderación
Ingreso de bienes al almacén central	3
Egreso de bienes del almacén central	3
Almacenamiento de bienes en almacén central	1
Gestión de donativos	1

DEPARTAMENTO: CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración del Plan Anual de Trabajo	3
Administración del CAL	
Control de usuario del ISBM	3
Control de usuarios del ISSS	3
Control y seguimiento del inventario	2
Ubicación de equipo	2
Manejo de caja chica	3
Control y seguimiento de presupuesto anual de Adquisiciones	3
Requisición de mantenimiento	3
Solicitud a almacén	2
Gestión de tardías y permisos de RRHH	2
Control de tardías y permisos de RRHH	2
Estadística y Documentos Médicos	
Registro de atenciones brindadas	3
Control de gestión del CAL	3
Control de asistencia	2
Apertura de expediente	3
Administración de expediente	2
Consulta Externa	
Servicios Médicos	
Atención de servicios médicos especializados	3
Psicología	
Psicología Consulta Externa	
Atenciones Individuales	2
Atenciones Grupales	2
Psicología ULAM	
Atenciones Individuales	2
Atenciones Grupales	2

Trabajo Social	
Visitas de campo	2
Charlas del ISRI	3
Contacto inicial	3
Evaluación de casos	2
Imagenología	
Toma de radiografía	2
Servicios de Rehabilitación	
Ingreso	3
Atención	3
Egreso	2
Control de metas	3
Control de Expediente	2
Remisión de usuario	2
Procedimientos de la ULAM	
Ingreso y atención en la ULAM	3
Egreso de la ULAM	2
Gestión de transporte programado	2
Gestión de transporte no programado	2
Gestión de alimentación y dieta	2
Gestión de medicamentos	3
Gestión de insumos	3
Procedimientos de la UOT	
Gestión de ortésis y/o prótesis	3
Elaboración de ortésis y prótesis	3
Reparación de ortésis y prótesis	2
Elaboración de sillas de rueda de madera	3
Elaboración de calzado ortopédico	2
Elaboración de componentes	3
Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico	2
Control estadístico de la producción	2

1.1.2. Selección de los procedimientos necesarios para el SGC

Para la selección de procedimientos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad se consideraron todos aquellos procedimientos que hayan obtenido ponderaciones de 3 y 2 correspondientes a los grados de muy importante e importante respectivamente, por lo que los procedimientos a incluir en el Sistema por cada unidad y Centro del Aparato Locomotor son los siguientes:

Tabla 3: Procedimientos seleccionados por Unidad Organizativa.

Fuente: Encuesta de evaluación de procedimientos

DEPARTAMENTO: AUDITORIA INTERNA	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración de Plan Anual de Trabajo	3
Arqueo de fondos	3
Elaboración de Exámenes Especiales	3
Seguimiento de exámenes especiales	2

DEPARTAMENTO: ASESORIA JURIDICA	
Procedimientos	Ponderación
Asesorías	3
Diligencias Extrajudiciales	2
Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios	3
Elaboración de Contratos	2
Representación Judicial y Extrajudicial	3

DEPARTAMENTO: PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI	3
Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo	3
Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención	3
Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED	2
Supervisión de uso del sistema de Epidemiología	2
Valoración de riesgos	3
Elaboración del plan estratégico institucional	3
Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión	2
Elaboración de Programas de Pre Inversión	3
Seguimiento de Ejecución de Proyectos	2
Estudios de investigación	2
Revisión de normativa	2
Soporte técnico a equipo y redes	2

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS	
Procedimientos	Ponderación
Reclutamiento y Selección de Personal	3
Elaboración de acuerdos	3
Capacitación del Recurso Humano	2
Elaboración de planillas de Sueldos a empleados	3
Sistema de incentivos por merito personal	2

DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
Procedimientos	Ponderación
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra	3
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato	2
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación	3
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa	2

DEPARTAMENTO: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	
Procedimientos	Ponderación
Formulación del Proyecto del Presupuesto	3
Registro, control y pago de bienes y servicios	3
Pagos de salarios al personal	2
Registro de inventarios y donaciones	3
Control y registros de convenios	3
Seguimiento y ejecución Presupuestaria	3
Elaboración de modificación Presupuestaria	3
Cierre contable Mensual	2
Cierre contable Anual	2

DEPARTAMENTO: COMUNICACIONES	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración de material de difusión interna y externa	3

DEPARTAMENTO: CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	
Procedimientos	Ponderación
Conciliación de datos de activos fijos	3
Verificación física de inventario a dependencias del ISRI	3
Asignación de códigos de inventario	2

DEPARTAMENTO: SERVICIOS GENERALES	
Procedimientos	Ponderación
Sección de Transporte	
Transporte de Usuarios del ISRI	3
Mantenimiento de Vehículos	2
Sección Vigilancia	
Seguridad y Vigilancia a la Institución	3
Sección Mantenimiento	
Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo	3
Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo	2

DEPARTAMENTO: ALMACÉN CENTRAL	
Procedimientos	Ponderación
Ingreso de bienes al almacén central	3
Egreso de bienes del almacén central	3

DEPARTAMENTO: CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR	
Procedimientos	Ponderación
Elaboración del Plan Anual de Trabajo	3
Administración del CAL	
Control de usuario del ISBM	3
Control de usuarios del ISSS	3
Control y seguimiento del inventario	2
Ubicación de equipo	2
Manejo de caja chica	3
Control y seguimiento de presupuesto anual de Adquisiciones	3
Requisición de mantenimiento	3
Solicitud a almacén	2
Gestión de tardías y permisos de RRHH	2
Control de tardías y permisos de RRHH	2
Estadística y Documentos Médicos	
Registro de atenciones brindadas	3
Control de gestión del CAL	3
Control de asistencia	2
Apertura de expediente	3
Administración de expediente	2
Consulta Externa	
Servicios Médicos	
Atención de servicios médicos especializados	3

Psicología	
Psicología Consulta Externa	
Atenciones Individuales	2
Atenciones Grupales	2
Psicología ULAM	
Atenciones Individuales	2
Atenciones Grupales	2
Trabajo Social	
Visitas de campo	2
Charlas del ISRI	3
Contacto inicial	3
Evaluación de casos	2
Imagenología	
Toma de radiografía	2
Servicios de Rehabilitación	
Ingreso	3
Atención	3
Egreso	2
Control de metas	3
Control de Expediente	2
Remisión de usuario	2
Procedimientos de la ULAM	
Ingreso y atención en la ULAM	3
Egreso de la ULAM	2
Gestión de transporte programado	2
Gestión de transporte no programado	2
Gestión de alimentación y dieta	2
Gestión de medicamentos	3
Gestión de insumos	3
Procedimientos de la UOT	
Gestión de ortésis y/o prótesis	3
Elaboración de ortésis y prótesis	3
Reparación de ortésis y prótesis	2
Elaboración de sillas de rueda de madera	3
Elaboración de calzado ortopédico	2
Elaboración de componentes	3
Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico	2
Control estadístico de la producción	2

PROCEDIMIENTOS CREADOS SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008

Según la Norma ISO 9001:2008 dentro del Sistema de Gestión de Calidad deben estar establecidos y documentados todos los procedimientos relacionados a la realización del servicio, comprendiendo desde las etapas de planificación hasta el diseño y desarrollo, considerando los requisitos de los usuarios. También se deben incluir en el SGC los procedimientos correspondientes a la mejora y medición fundamentales para controlar y coordinar los esfuerzos del instituto en brindar servicios de calidad y así lograr la satisfacción de los usuarios, por lo que es necesaria la creación de ciertos procedimientos con los cuales no cuentan actualmente, como lo son:

PROCEDIMIENTOS EXIGIDOS POR LA NORMA:

1. Control de los Documentos
2. Control de los registros
3. Auditoria del Sistema de gestión de Calidad
4. Acciones preventivas
5. Acciones correctivas
6. Control de servicio no conforme

PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA LOS REQUISITOS LA NORMA:

1. Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación
2. Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación
3. Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
4. Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
5. Control y revisión de los instrumentos de medición
6. Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación
7. Medición de la satisfacción de los usuarios

1.1.3. Alcance del Sistema de Gestión de Calidad

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad está determinado por todos los procedimientos seleccionados por las jefaturas de la Administración Superior y el Centro del Aparato Locomotor que se identificaron como de mayor prioridad para la prestación de los servicios de rehabilitación, además se consideran dentro del alcance los procedimientos de calidad creados que son propios del Sistema de Calidad y necesarios según los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, a continuación se presenta un cuadro resumen del total de procedimientos a incluir por cada área:

Tabla 4: Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI

ÁREA	Nº DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR	51
<p>AUDITORIA INTERNA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo 2. Arqueo de fondos 3. Elaboración de Exámenes Especiales 4. Seguimiento de exámenes especiales <p>ASESORIA JURIDICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorías 2. Diligencias Extrajudiciales 3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios 4. Elaboración de Contratos 5. Representación Judicial y Extrajudicial <p>PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI 2. Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo 3. Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención 4. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED 5. Supervisión de uso del sistema de Epidemiología 6. Valoración de riesgos 7. Elaboración del plan estratégico institucional 8. Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión 9. Elaboración de Programas de Pre Inversión 10. Seguimiento de Ejecución de Proyectos 11. Estudios de investigación 12. Revisión de normativa 13. Soporte técnico a equipo y redes <p>RECURSOS HUMANOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reclutamiento y Selección de Personal 2. Elaboración de acuerdos 3. Capacitación del Recurso Humano 4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados 5. Sistema de incentivos por merito personal <p>UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra 2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato 	

3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación
4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa

UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

1. Formulación del Proyecto del Presupuesto
2. Registro, control y pago de bienes y servicios
3. Pagos de salarios al personal
4. Registro de inventarios y donaciones
5. Control y registros de convenios
6. Seguimiento y ejecución Presupuestaria
7. Elaboración de modificación Presupuestaria
8. Cierre contable Mensual
9. Cierre contable Anual

COMUNICACIONES

1. Elaboración de material de difusión interna y externa

CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES

1. Asignación de códigos de inventario
2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI
3. Conciliación de datos de activos fijos

SERVICIOS GENERALES

Sección de Transporte

1. Transporte de Usuarios del ISRI
2. Mantenimiento de Vehículos

Sección Vigilancia

1. Seguridad y Vigilancia a la Institución

Sección Mantenimiento

1. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo
2. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo

ALMACÉN CENTRAL

1. Ingreso de bienes al almacén central
2. Egreso de bienes del almacén central

PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)

51

CAL

1. Elaboración del plan Anual de Trabajo
2. Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación
3. Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación
4. Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
5. Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación

Administración del CAL

1. Control de usuario del ISBM
2. Control de usuarios del ISSS
3. Control y seguimiento del inventario
4. Ubicación de equipo
5. Manejo de caja chica
6. Control y seguimiento de presupuesto anual de Adquisiciones
7. Requisición de mantenimiento
8. Solicitud a almacén
9. Gestión de tardías y permisos de RRHH
10. Control de tardías y permisos de RRHH

Estadística y Documentos Médicos

1. Registro de atenciones brindadas
2. Control de gestión del CAL
3. Control de asistencia
4. Apertura de expediente
5. Administración de expediente

Consulta Externa

Servicios Médicos y de Apoyo

Servicios Médicos

1. Atención de servicios médicos especializados

Psicología

Psicología Consulta Externa

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

Psicología ULAM

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

Trabajo Social

1. Visitas de campo
2. Charlas del ISRI
3. Contacto inicial
4. Evaluación de casos

Imagenología

1. **Toma de radiografía**

Servicios de Rehabilitación

1. Ingreso
2. Atención
3. Egreso
4. Control de metas
5. Control de Expediente
6. Remisión de usuario

Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares

1. Ingreso y atención en la ULAM
2. Egreso de la ULAM
3. Gestión de transporte programado
4. Gestión de transporte no programado
5. Gestión de alimentación y dieta
6. Gestión de medicamentos
7. Gestión de insumos

Unidad de Ortopedia Técnica

1. Gestión de ortésis y/o prótesis
2. Elaboración de ortésis y prótesis
3. Reparación de ortésis y prótesis
4. Elaboración de sillas de rueda de madera
5. Elaboración de calzado ortopédico
6. Elaboración de componentes
7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico
8. Control estadístico de la producción

PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD DEL SISTEMA

9

Comité de Calidad:

1. Control de los Documentos
2. Control de los registros
3. Auditoria del Sistema de gestión de Calidad

CAL y Comité de Calidad:

1. Acciones preventivas
2. Acciones correctivas
3. Control de servicio no conforme
4. Control y revisión de los instrumentos de medición
5. Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación
6. Medición de la satisfacción de los usuarios

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SGC

111

1.1.4. MEJORA EN LOS PROCESOS DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL CON EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

En la etapa del diagnóstico se determinó la brecha existente en Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) en cuanto al cumplimiento de los requisitos que exige la norma ISO 9001:2008, en la cual se obtuvo un valor de 33%.

A continuación se presentan los resultados del nivel de cumplimiento y la observación correspondiente del porque cada uno de ellos, así como el resultado de la brecha.

Tabla 5: Brecha de la Situación Actual del ISRI en base a requisitos de la Norma ISO 9001:2008

Fuente: Etapa de Diagnostico del ISRI

REQUISITO NORMA ISO 9001:2008	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
	%	Observación
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	56%	El porcentaje de 56% se debe a que los requisitos como: el establecimiento del Manual de calidad que contiene el alcance del Sistema y los procedimientos de este, además de los procedimientos de control de los registros y de los documentos son propios del Sistema de Gestión de Calidad, el cual no se ha implementado en el ISRI, pero se tiene avanzado el trabajo respecto al establecimiento de los procesos de toda la Institución como paso inicial para cumplir los demás requisitos de este punto
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	62%	Como parte fundamental del Sistema de Gestión de Calidad es establecer la política de Calidad para así poder plantear los objetivos de calidad, lo cual es la base para poder realizar la planificación del Sistema de Gestión de Calidad en ruta a cumplir los objetivos de calidad además de documentar el procedimiento revisión por la dirección fundamental para mejorar la eficacia del Sistema, todo esto es propio del Sistema de Gestión de Calidad debido a eso se da este porcentaje del 62% ya que también el ISRI planifica la Gestión de todos los procesos rumbo a brindar servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	80%	Este requisito presenta el mayor valor de porcentaje de cumplimiento (80%) siendo el requisito de infraestructura el que se debe de mejorar, además se considera que la Institución gestiona los recursos necesarios para la prestación de los servicios de rehabilitación con calidad.
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	79%	El ISRI gestiona de manera adecuada la realización de los servicios de rehabilitación planificando, diseñando y desarrollando la prestación de los servicios de rehabilitación para cumplir con los requisitos de las personas con discapacidad que buscan los servicios de rehabilitación integral. Lo que Para el requisito de compras, Lo que se debe de mejorar es la metodología de planificación de los servicios así como también la verificación de los productos comprados y lo concerniente a la información de las compras realizadas.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	58%	Este requisito exige que en la Institución se desarrollen los siguientes elementos: auditorias de Calidad, mejora continua del sistema de Gestión de Calidad, procedimientos de acción

		preventiva y correctiva, seguimiento y medición de los procesos y servicios etc. Todos estos requisitos buscan demostrar la idoneidad del Sistema de Gestión de Calidad y eficacia de este, y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad. No se cumplen rigurosamente como lo exige la Norma pero el ISRI desarrolla los procesos necesarios para poder realizar la medición, análisis y mejoras de las actividades realizadas, mejorando la gestión actual de estos en ruta a brindar servicios de rehabilitación integral de calidad, de ahí nace el 58%.
NIVEL DE CUMPLIMIENTO:	67%	
BRECHA	33%	

De lo anterior se pueden identificar los requisitos con menor puntuación y considerarlos como la oportunidad de mejora. A continuación se presentan los requisitos en orden de menor nivel de cumplimiento:

- SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: **56%**
- MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA: **58%**
- RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN: **62%**
- REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS: **79%**
- GESTIÓN DE LOS RECURSOS: **80%**

De ello se puede determinar que los requisitos que demandan mayor atención para el diseño del Sistema, es el requisito 4. Sistema de Gestión de da Calidad y el 8. Medición, Análisis y Mejora.

A la vez, con la determinación de la brecha también se identificaron una serie de factores de que impiden el desempeño exitoso en la gestión del ISRI, es decir del desempeño de los procesos que lo conforman.

Considerando a la vez el objetivo principal del Diseño del Sistema de *lograr la mejora en los procesos y con ello la satisfacción del usuario*, se presentan como parte para el cumplimiento de este objetivo todos los procedimientos incorporados al sistema que en la actualidad no se realizan, y que por ende su aplicación ayudara a mejorar la situación actual y disminuir considerablemente la brecha existente en relación a los requisitos de la norma.

Como parte de la mejora de los procesos se tiene el establecimiento de los procedimientos que conforman a los diferentes procesos, es decir la descripción, la secuencia, los responsables y las actividades a realizar, lo cual es presentado en el manual de procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad. Es importante mencionar que para el establecimiento del procedimiento se realizo una revisión con el jefe de la unidad y el o los responsables correspondientes de cada uno de los procedimientos, esto a partir del análisis de valor agregado realizado a cada una de las actividades que conforman los diferentes procedimientos. Además se establecieron los tiempos a considerar para el seguimiento, medición y análisis de cada uno de ellos a partir de los indicadores de calidad, la secuencia correcta y los responsables involucrados. La mejora de

los tiempos de estos procedimientos se aprecia en la determinación de cada indicador de eficiencia el cual brinda el tiempo estándar para realizar el procedimiento así como el tiempo máximo permisible, lo cual contribuye a la mejora de los procesos, ya que anteriormente no se tenían registrados estos tiempos y mucho menos un indicador que les permitiera conocer el desempeño de los mismos.

Para una mejor comprensión del análisis realizado a cada uno de los procedimientos a fin de lograr su mejora, se presenta a continuación la metodología realizada:

1.1.4.1 METODOLOGÍA DE MEJORA DE PROCESOS

La gestión y mejora de procesos es uno de los pilares sobre los que descansa la gestión según los principios de Calidad Total.

La mejora de los procesos se presenta a partir del análisis de cada uno de los procedimientos que lo conforman. Lo cual se realiza en base al análisis de cada una de las actividades que integran a los diferentes procedimientos. Para la mejora de los procedimientos se utilizara la herramienta Matriz de Valor Agregado, la cual nos permitirá revisar cada una de las actividades del procedimiento y evaluar si esta agrega valor y si resulta necesaria para el desarrollo del procedimiento.

A continuación se presenta la metodología para el desarrollo de la Matriz de Valor Agregado.

1.1.4.1.1 Matriz de Valor Agregado¹⁷

Es una herramienta que permite analizar cada una de las actividades a partir de dos dimensiones:

- Agrega o no valor al proceso
- Es o no necesaria en el proceso

Las combinaciones de estas dos dimensiones son:

- Sí agrega valor y Sí es necesaria.
- No agrega valor pero Sí es necesaria.
- Sí agrega valor pero No es necesaria.
- No agrega valor y No es necesaria.

Tabla 6: Tabla de Valor Agregado

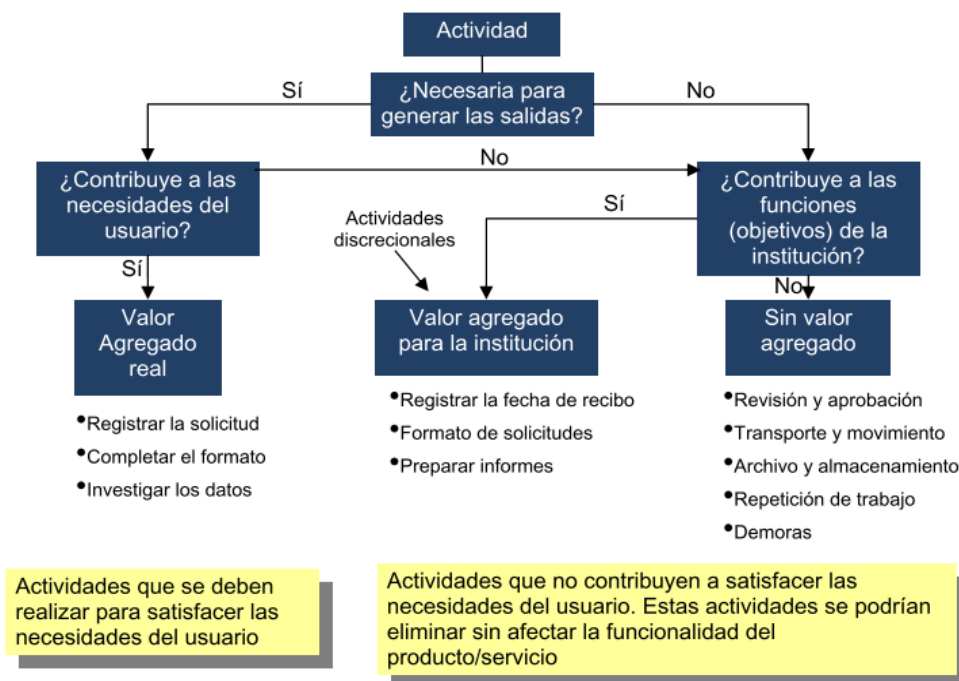
		AGREGA VALOR	
		SI	NO
NECESARIAS	SI	Mejorar	Optimizar
	NO	Transferir	Eliminar

Para determinar si una actividad agrega valor al proceso se utiliza el siguiente esquema, considerando que no todas las actividades que no proveen valor agregado han de ser

¹⁷HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS, Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración pública Federal 2008-2012, México, Septiembre de 2008.

innecesarias; éstas pueden ser actividades de apoyo, y ser requeridas para hacer más eficaces las funciones de dirección y control, por razones de seguridad o por motivos normativos y de legislación; sin embargo, se deben reducir al mínimo el número de estas actividades.

Esquema 3: Metodología de Análisis de Actividades en base a Matriz de Valor Agregado



Considerando lo anterior, se realiza un cuestionamiento de cada una de las actividades que conforman a los diferentes procedimientos a evaluar.

El análisis de la mejora de los procedimientos se realiza con la participación de los responsables de cada procedimiento y la jefatura correspondiente, quien valida las consideraciones realizadas para cada actividad.

1.1.4.2 Análisis de las actividades a partir de la Matriz de Valor Agregado

El análisis de los procedimientos se realizó en base a la metodología de análisis de actividades de la matriz de valor agregado. Con dicha metodología se analizó cada actividad a fin de determinar si:

- Genera Valor Agregado Real:** el cual corresponde al valor agregado para y percibido por el usuario.
- Genera Valor Agregado para la Institución:** el cual corresponde al valor generado por aquellas actividades que resultan necesarias para el ISRI y sus objetivos.
- Sin Generar Valor Agregado:** el cual consiste en aquel valor nulo que generan las actividades tanto para el usuario como para el ISRI.

Con los resultados obtenidos de cada uno de los procedimientos y sus actividades se determina la cantidad de actividades agregadas y eliminadas en total y la diferencia entre estas, lo cual es presentado en la tabla siguiente:

Tabla 7: Cantidad de Actividades Agregadas y Eliminadas de los procedimientos evaluados para mejora

Fuente: Análisis de resultados de la matriz de Valor Agregado

#	NOMBRE del Procedimiento	Cantidad de Actividades Agregadas	%	Cantidad de Actividades Reducidas	%
1	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	0	0%	0	0%
2	PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO	2	5%	0	0%
3	PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	1	2%	1	5%
4	PLANIFICACIÓN FINANCIERA	1	2%	0	0%
5	PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	0	0%	0	0%
6	SERVICIOS MÉDICOS	2	5%	0	0%
7	SERVICIOS DE APOYO	2	5%	2	10%
8	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)	0	0%	0	0%
9	SERVICIOS DE LA UOT	1	2%	0	0%
10	SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	3	7%	0	0%
11	CONTROL INTERNO	5	12%	0	0%
12	ASERORIA JURIDICA	7	17%	1	5%
13	GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL	2	5%	1	5%
14	RECURSO HUMANO	2	5%	2	10%
15	GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	0	0%	7	33%
16	ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	1	2%	5	24%
17	COMUNICACIÓN	0	0%	0	0%
18	CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	0	0%	1	5%
19	SERVICIOS GENERALES	3	7%	1	5%
20	CONTROL DE INSUMOS	1	2%	0	0%
21	CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN	1	2%	0	0%
22	ADMINISTRACIÓN DEL CAL	8	19%	0	0%
23	CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)	0	0%	0	0%
24	CONTROL DE SERVICIOS UOT	0	0%	0	0%
25	GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	0	0%	0	0%
26	SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	0	0%	0	0%
TOTAL DE ACTIVIDADES		42	100%	21	100%
TOTAL DE ACTIVIDADES AGREGADAS		21			

Con los resultados presentados, se observa que a partir del análisis se obtuvo como resultado final que 21 actividades agregadas, lo cual es justificable a partir de la consideración de cada una de estas actividades y el valor agregado que generan en los procedimientos al desempeño del Sistema de Gestión de Calidad.

Para comprender como se realizó el análisis y demostrar la justificación de las actividades agregadas, se presenta una muestra representativa de procedimientos y sus actividades analizadas. Para determinar que procedimientos resultan representativos para la demostración, se considera como base la cantidad de actividades agregadas y en relación a dicha cantidad se determina que proceso con sus procedimientos genera mayor impacto en la cantidad considerada.

En base a la tabla anterior se puede observar que el proceso que más representación de actividades agregadas presenta, es: **ADMINISTRACIÓN DEL CAL** con un **19%**, en relación al total de actividades agregadas. Por lo cual este proceso con cada uno de los procedimientos que lo conforman y cada una de sus actividades se utilizara para representar el análisis de valor agregado realizado para los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

A continuación se presenta el análisis de Valor Agregado para el Proceso: ADMINISTRACIÓN DEL CAL.

La metodología de análisis se desarrolló considerando cada procedimiento, al cual se le analizo en su versión actual y propuesta a partir de cada una de las actividades que lo conforman. Para cada actividad se consideraba su resultado, ya sea que: Genere Valor Agregado Real, Genere Valor Agregado para la Institución o Sin Generar Valor Agregado. Y dependiendo de tipo der resultado de la actividad así se realizaban las consideraciones pertinentes, teniendo en cuenta que:

- a) **Actividad que Genera Valor Agregado Real:** debe de ser optimizada o mejorada o rediseñada.
- b) **Genera Valor Agregado para la Institución:** debe de ser optimizada, mejorada, rediseñada o transferida o sustituida.
- c) **Sin Generar Valor Agregado:** debe de ser eliminada.

En base a lo anterior se presenta cada procedimiento del proceso ADMINISTRACIÓN DEL CAL, primero se hace referencia a la Situación Actual y el análisis de cada una de sus actividades y posteriormente se prestan las actividades modificadas referentes a las Situación Propuesta en base a las consideraciones anteriores, es importante mencionar que para la situación propuesta las actividades que no presentan cambio alguno con la situación actual no son presentadas ya que se presentan en la situación actual.

Tabla 8: Análisis de Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Actual

Fuente: Análisis de resultados de la matriz de Valor Agregado

Procedimiento 1: CONTROL DE USUARIO DEL ISBM											
Situación Actual											
Act. 1:Recepcion de referencia de Médico de familia del ISBM									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No		X		No					
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene					
Act. 2: Revisión de la documentación de referencia y asignación de la tarjeta de citas									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No		X		No					
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene					
Act. 3: Remisión a Medicina especializada o terapias									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor Agregado Real			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		X		No		X					
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Sustituida					
Act. 4: Recepción de Hoja de Control de Usuario									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No		X		No					
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Sustituida					
Act. 5: Elaboración de Informe y acta por cada usuario del ISBM									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No		X		No					
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene					

Act. 6: Revisión del Informe y actas						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 7: Autorización del Informe						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Sustituída
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Procedimiento 2: CONTROL DE USUARIO DEL ISSS						
Situación Actual						
Act. 1:Recepcion de referencia del Director de la Unidad médica del ISSS						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Sustituída
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 2: Remisión a la UOT o a Terapias						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor Agregado Real
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Sustituída
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 3: Recepción de Hoja de Control de terapias y del trabajo realizado en la UOT						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Sustituída
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 4: Elaboración de Informe de servicios brindados						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						

Valor Agregado Real	Si		X		No	
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agregado	
Act. 5: Revisión de Informe de servicios brindados						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
		No	X			
Si	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?					
Valor Agregado Real	Si		X		No	
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agregado	
Act. 6: Visto Bueno y firma de informe						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
		No	X			
Si	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?					
Valor Agregado Real	Si		X		No	
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agregado	
Procedimiento 3: CONTROL Y SEGUIMIENTO DE INVENTARIO						
Situación Actual						
Act. 1:Recepcion de solicitud de cambio de bien de ambiente						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
		No	X			
Si	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?					
Valor Agregado Real	Si		X		No	
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agregado	
Act. 2: Autorización de Traslado						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
		No	X			
Si	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?					
Valor Agregado Real	Si		X		No	
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agregado	
Act. 3: Elaboración del formulario de traslado de bienes						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
		No	X			
Si	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?					
Valor Agregado Real	Si		X		No	
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agregado	

Act. 4: Elaboración de Viñeta de inventario							Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?							Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X					
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							Valor Agregado Real
Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				Se Mantiene
Act. 5: Colocación del bien en el nuevo ambiente							Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?							Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X					
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							Valor Agregado Real
Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				Se Mantiene
Act. 6: Verificación de la ubicación del bien							Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?							Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X					
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							Valor Agregado Real
Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				Se Mantiene
Procedimiento 4: UBICACIÓN DE EQUIPO							
Situación Actual							
Act. 1: Recepción del bien de ingreso							Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?							Valor Agregado Real
Si		X					
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							Valor Agregado Real
Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				Se Mantiene
Act. 2: Ingreso de los datos del bien al Sistema de control de bienes							Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?							Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X					
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							Valor Agregado Real
Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				Se Mantiene

Act. 3: Generación del código de asignación						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 4: Solicitar asignación de código de bien a la unidad de Control de Bienes						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 5: Introducción de código asignado al Sistema de Control de Bienes						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 6: Colocación del Bien en el Ambiente						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si				No	X	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 7: Verificación de la Ubicación del Bien en el Ambiente						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 8: Elaboración y Colocación de la viñeta del Bien						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		

Procedimiento 5: MANEJO DE CAJA CHICA									
Situación Actual									
Act. 1: Recepción de solicitud de compras de las áreas del CAL									Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X							
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
		No		X					
Si									
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?									
		Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo			
Se Mantiene									
Act. 2: Realización de Valoración y autorización de las necesidades de compra									Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X							
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
		No		X					
Si		X							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?									
		Si				No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo			
Se Mantiene									
Act. 3: Elaboración de vales de fondos de caja chica									Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X							
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
		No		X					
Si		X							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?									
		Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo			
Se Mantiene									
Act. 4: Autorización de los vales de compras a las áreas del CAL									Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X							
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
		No		X					
Si		X							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?									
		Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo			
Se Mantiene									
Act. 5: Entregar vales de compras a la áreas del CAL									Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X							
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
		No		X					
Si		X							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?									
		Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo			
Se Mantiene									
Act. 6: Recepción de Facturas de Compra									Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X							
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
		No		X					
Si		X							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?									
		Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo			
Se Mantiene									

Act. 7: Elaboración de pólizas de reintegro de fondos de caja chica						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 8: Realización de reprogramación de caja chica						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 9: Envío a UFI la póliza de reintegro						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Procedimiento 6: CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES (PAA)						
Situación Actual						
Act. 1: Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones en base al plan de trabajo del CAL						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor Agregado Real
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 2: Elaboración de solicitud de compra en base al PAA						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 3: Revisión y firma de solicitud de compra						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		

Act. 4: Autorización de Solicitud de compra						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 5: Envío de Solicitud de compra a la UACI						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		x		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		x		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 6: Seguimiento a solicitud de compra por la UACI y recepción de copia de solicitud de la orden de compra de adquirido el bien						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 7: Recepción del listado de existencias de bienes del CAL por parte de Almacén Central a fin de mes						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 8: Elaboración del listado de necesidades del CAL en base a listado de existencias y envío a Gerencia Administrativa						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 9: Recepción y firma de la requisición de bienes por parte de Almacén Central						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		

Act. 10: Revisión de la requisición de bienes por parte de Almacén Central						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real			Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo	
Act. 11: Recepción de los bienes solicitados para el CAL						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real			Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo	
Procedimiento 7: REQUISICIÓN DE MANTENIMIENTO						
Situación Actual						
Act. 1: Recepción de solicitud de mantenimiento interno del CAL						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real			Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo	
Act. 2: Revisión de la solicitud y notificar la solicitud al encargado de mantenimiento del CAL						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real			Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo	
Act. 3: Inspección del Bien que requiere mantenimiento						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real			Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo	
Act. 4: Evaluación del trabajo de mantenimiento solicitado						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						

Valor Agregado Real	Si		X		No			
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene	
Act. 5: Realización del Trabajo de mantenimiento solicitado								Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?								Valor Agregado Real
Si		X		No				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?								
Si	X	No		¿Contribuye a los objetivos del ISRI?				
Valor Agregado Real	Si		X		No			
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene	
Act. 6: Solicita Apoyo al área de Mantenimiento Institucional por medio de orden de trabajo								Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?								Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?								
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?				
Valor Agregado Real	Si		X		No			
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene	
Act. 7: Visto bueno de la solicitud de orden de trabajo								Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?								Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?								
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?				
Valor Agregado Real	Si		X		No			
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene	
Act. 8: Remisión de la orden de trabajo a Servicios Generales								Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?								Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?								
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?				
Valor Agregado Real	Si		X		No			
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene	
Act. 9: Recibimiento del Trabajo realizado y firma de recibido								Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?								Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No				
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?								
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?				
Valor Agregado Real	Si		X		No			
	Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Se Mantiene	

Procedimiento 8: SOLICITUD A ALMACÉN									
Situación Actual									
Act. 1: Recepción de órdenes de requisiciones de dependencias del CAL								Resultado	
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
Si		No		X		¿Contribuye a los objetivos del ISRI?			
Valor Agregado Real		Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)						Sin Valor Agregado		Se Mantiene	
Act. 2: Revisión de órdenes de requisición								Resultado	
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
Si		No		X		¿Contribuye a los objetivos del ISRI?			
Valor Agregado Real		Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)						Sin Valor Agregado		Se Mantiene	
Act. 3: Elaboración de consolidados de órdenes de requisición de bienes								Resultado	
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
Si		No		X		¿Contribuye a los objetivos del ISRI?			
Valor Agregado Real		Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)						Sin Valor Agregado		Se Mantiene	
Act. 4: Autorización de solicitud como solicitante de almacén								Resultado	
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
Si		No		X		¿Contribuye a los objetivos del ISRI?			
Valor Agregado Real		Si		X		No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)						Sin Valor Agregado		Se Mantiene	
Act. 5: Envío de solicitud a Almacén Central								Resultado	
¿Necesaria para generar las salidas?									
Si				No		X		Sin Valor agregado	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?									
Si		No		X		¿Contribuye a los objetivos del ISRI?			
Valor Agregado Real		Si				No			
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)						Sin Valor Agregado		Eliminada	

Act. 6: Requisición de Almacén y firma como solicitante						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Sin Valor agregado
Si				No	X	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No				
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Eliminada
Si		No		X		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agregado	
Act. 7: Envío a Gerencia Administrativa para autorización						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agregado	
Act. 8: Recibimiento de bienes y firmar requisición de recibido						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agregado	
Act. 9: Distribución de los bienes a los coordinadores de áreas						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado Real
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agregado	
Procedimiento 9: GESTIÓN DE TARDÍAS Y PERMISOS DE RR.HH.						
Situación Actual						
Act. 1: Recepción de solicitud de licencia de control interno						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agregado	
Act. 2: Revisión de la solicitud de licencia y disponibilidad de permiso						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agregado	

Act. 3: Autorización de la solicitud de permiso						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 4: Recepción y registro de permiso en base de datos						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Procedimiento 10: CONTROL DE TARDÍAS Y PERMISOS DE RR.HH.						
Situación Actual						
Act. 1: Procesamiento del registro de marcación en el Sistema ITR						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 2: Supervisión y control de los permisos y/o licencias						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 3: Elaboración de reporte mensual de marcación y permisos						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		
Act. 4: Revisión de reporte						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						Se Mantiene
Si		X		No		
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		

Act. 5: Envío de reporte a RRHH						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor Agregado Real
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						
Valor Agregado Real		Si		X		No
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Se Mantiene
Act. 6: Elaboración de informe de disponibilidad de permisos y tardías del recurso humano de cada unidad						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						
Valor Agregado Real		Si		X		No
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Se Mantiene
Act. 7: Revisión de informe						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						
Valor Agregado Real		Si		X		No
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Se Mantiene
Act. 8: Envío de reporte de marcación y permisos a cada una de las Jefaturas de las áreas del CAL						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No		X		
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?						
Valor Agregado Real		Si		X		No
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Se Mantiene

Tabla 9: Análisis de Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Propuesta

Fuente: Análisis de resultados de la matriz de Valor Agregado

Procedimiento 1: CONTROL DE USUARIO DEL ISBM											
Situación Propuesta											
Act. 3: Remisión al departamento de citas								Resultado			
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor Agregado Real			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		X		No							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				
Act. 4: Recepción de Hoja de Control Mensual de fisioterapia y/o atenciones de médicos especialistas a usuario								Resultado			
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		X		No							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				
Act. 7: Verificación y visto bueno del Informe								Resultado			
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		X		No							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				
Procedimiento 2: CONTROL DE USUARIO DEL ISSS											
Situación Propuesta											
Act. 1:Recepcion y Revisión de la referencia del Director de la Unidad médica del ISSS y documentos varios del usuario								Resultado			
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		X		No							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				
Act. 2: Envío a usuario a apertura de expediente a Estadística y Documentos Médicos para asignación de unidad de atención								Resultado			
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor Agregado Real			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		X		No							
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?											
Valor Agregado Real		Si		X		No					
				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			Sin Valor Agredo				

Act. 3: Recepción y Revisión de Hoja de Control Mensual de terapia y/o del trabajo realizado en la UOT						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?		
Valor Agregado Real		Si	X	No		
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Rediseñada
Procedimiento 3: CONTROL Y SEGUIMIENTO DE INVENTARIO						
Situación Actual						
Act. 2: Elaboración de formulario de traslado del bien entre ambientes y Registro en el Sistema de Control de bienes de larga duración						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?		
Valor Agregado Real		Si	X	No		
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Rediseñada
Act. 3: Obtención de firma del nuevo responsable y antiguo responsable del bien a trasladar						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?		
Valor Agregado Real		Si	X	No		
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Agregada
Act. 4: Entrega de formulario de traslado realizado a nuevo responsable y antiguo responsable del bien						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?		
Valor Agregado Real		Si	X	No		
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Agregada
Procedimiento 5: MANEJO DE CAJA CHICA						
Situación Actual						
Act. 9: Firma de Visto Bueno de la reprogramación de caja chica						Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?						Valor agregado al ISRI (Es necesaria)
Si		X		No		
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?						
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?		
Valor Agregado Real		Si	X	No		
		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agredo		Agregada

Procedimiento 6: CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES (PAA)											
Situación Actual											
Act. 7: Seguimiento y control de los bienes solicitados y aprobados por la UACI en copia de orden de compra con base al PAA									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Agregada					
Act. 12: Remisión de requisición a Gerencia Administrativa para autorización											
Resultado											
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Agregada					
Procedimiento 7: REQUISICIÓN DE MANTENIMIENTO											
Situación Actual											
Act. 3: Inspección del Bien que requiere mantenimiento									Resultado		
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Agregada					
Act. 5: Verificación de la Evaluación del trabajo de mantenimiento solicitado											
Resultado											
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Agregada					
Act. 7: Autorización del Trabajo de Mantenimiento											
Resultado											
¿Necesaria para generar las salidas?											
Si		X		No				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)			
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?											
Si		No	X	¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Valor Agregado Real		Si		X		No					
Valor agregado al ISRI (Es necesaria)				Sin Valor Agredo		Agregada					

Procedimiento 8: SOLICITUD A ALMACÉN							
Situación Actual							
Act. 1: Comunicación del listado de bienes en existencia disponibles en Almacén Central a cada área del CAL						Resultado	
¿Necesaria para generar las salidas?							
Si		X				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agregado		Agregada	
Act. 8: Preparación de Paquetes de bienes en base al listado de cada área del CAL							Resultado
¿Necesaria para generar las salidas?							
Si		X				Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	
¿Contribuye a las necesidades del Usuario?							
Si		No		X			
¿Contribuye a los objetivos del ISRI?							
Si		X		No			
Valor Agregado Real		Valor agregado al ISRI (Es necesaria)		Sin Valor Agregado		Agregada	

1.1.4.2.1 Resultado de Análisis de las actividades a partir de la Matriz de Valor Agregado

A partir del análisis realizado para el proceso Administración del CAL, se presenta a continuación una tabla resumen donde se coloca la cantidad de actividades de cada uno de los procedimientos y la clasificación de esa cantidad de actividades en base al tipo de valor agregado, esto tanto para la Situación Actual como para la Situación Propuesta. Con el objetivo de presentar la mejora a nivel de valor agregado que se presenta de cada procedimiento en situación Propuesta que se puede comparar con la Actual.

Tabla 10: Actividades según Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Actual

Fuente: Análisis de resultados de la matriz de Valor Agregado

NOMBRE Procedimiento	Cantidad de Actividades del procedimiento	Cantidad de Actividades con Valor Agregado Real	Cantidad de Actividades con Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	Cantidad de Actividades Sin Valor Agregado
ADMINISTRACIÓN DEL CAL				
Control de usuario del ISBM	7	1	6	0
Control de usuarios del ISSS	6	1	5	0
Control y seguimiento del inventario	6	0	6	0

Ubicación de equipo	6	1	5	0
Manejo de caja chica	9	2	7	0
Control y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA)	11	1	10	0
Requisición de mantenimiento	9	1	8	0
Solicitud a almacén	9	1	6	2
Gestión de tardías y permisos de RR.HH.	4	0	4	0
Control de tardías y permisos de RR.HH.	8	1	7	0
TOTAL	75	9	64	2
TOTAL DE ACTIVIDADES			75	

Tabla 11: Actividades según Valor Agregado para el Proceso Administración del CAL: Situación Propuesta

Fuente: Análisis de resultados de la matriz de Valor Agregado

NOMBRE Procedimiento	Cantidad de Actividades del procedimiento	Cantidad de Actividades con Valor Agregado Real	Cantidad de Actividades con Valor agregado al ISRI (Es necesaria)	Cantidad de Actividades Sin Valor Agregado
ADMINISTRACIÓN DEL CAL				
Control de usuario del ISBM	7	1	6	0
Control de usuarios del ISSS	6	1	5	0
Control y seguimiento del inventario	8	0	8	0
Ubicación de equipo	6	1	5	0
Manejo de caja chica	10	2	8	0
Control y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA)	13	1	12	0
Requisición de mantenimiento	12	1	11	0
Solicitud a almacén	9	1	8	0
Gestión de tardías y permisos de RR.HH.	4	0	4	0
Control de tardías y permisos de RR.HH.	8	1	7	0
TOTAL	83	9	74	0
TOTAL DE ACTIVIDADES			83	

Así, se puede observar que la situación propuesta presenta 83 actividades en total de las cuales 9 generan Valor Agregado Real y 74 Valor Agregado al ISRI, lo cual justifica que las actividades anexadas a la situación propuesta en relación a la actual, son necesarias para el desempeño de los procedimientos considerados. Por lo cual contribuyen a la vez al desempeño exitoso del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

Considerando el ejemplo anterior de cómo se realizó el análisis de Valor Agregado para cada procedimiento y sus actividades, se presenta una tabla resumen, la cual contiene la cantidad de actividades que se realizaban anteriormente en el procedimiento, la cantidad de actividades que se realizarán con la revisión y mejora de los procedimientos propuestos y la diferencia de actividades resultante de la revisión y mejora.

Es importante mencionar que las actividades que conforman cada uno de los procedimientos, la secuencia y los responsables de estos, se presentan en el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, para los procedimientos propuestos, y para los procedimientos de la situación actual se presentan en la descripción de cada una de las unidades organizativas del ISRI en el numeral de Procedimientos en el Capítulo de Diagnóstico.

Tabla 12: Cantidad de Actividades de los procedimientos evaluados para mejora

Fuente: Análisis de resultados de la matriz de Valor Agregado

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Cantidad de Actividades Actual	Cantidad de Actividades Propuesta	Diferencia de Cantidad de Actividades
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			
Control de los Documentos	Nuevo	Nuevo	0
Control de los registros	Nuevo	Nuevo	0
Auditoria del Sistema de gestión de Calidad	Nuevo	Nuevo	0
PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO			
Elaboración de Plan Anual de Trabajo	9	11	-2
PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL			
Elaboración del plan anual de trabajo del ISRI	7	8	-1
Elaboración del plan estratégico institucional	10	9	1
Elaboración de programas de pre inversión	7	7	0
PLANIFICACIÓN FINANCIERA			
Formulación del Proyecto del Presupuesto	9	10	-1
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN			
Elaboración del Plan Anual de Trabajo	8	8	0
Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación	Nuevo	Nuevo	0
Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación	Nuevo	Nuevo	0

Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	Nuevo	Nuevo	0
Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	Nuevo	Nuevo	0
SERVICIOS MÉDICOS			
Atención de servicios médicos especializados	7	9	-2
SERVICIOS DE APOYO			
Charlas del ISRI	6	6	0
Contacto inicial	4	5	-1
Visitas de campo	8	8	0
Evaluación de casos	11	11	0
Atenciones individuales	7	8	-1
Atenciones grupales	6	4	2
Atenciones individuales- ULAM	6	6	0
Atenciones grupales-ULAM	5	5	0
Toma de radiografía	7	7	0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)			
Ingreso	4	4	0
Atención	4	4	0
Egreso	4	4	0
SERVICIOS DE LA UOT			
Gestión de ortésis y/o prótesis	17	18	-1
Elaboración de ortésis y prótesis	6	6	0
Reparación de ortésis y prótesis	7	7	0
Elaboración de sillas de rueda de madera	14	14	0
Elaboración de calzado ortopédico	15	15	0
Elaboración de componentes	6	6	0
Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico	5	5	0
SERVICIOS DE INTERNAMIENTO			
Ingreso y atención en la ULAM	11	13	-2
Egreso de la ULAM	5	6	-1
CONTROL INTERNO			
Arqueo de fondos	11	12	-1
Elaboración de Exámenes Especiales	13	15	-2
Seguimiento a Exámenes Especiales	13	15	-2
ASERORIA JURIDICA			
Asesorías	5	4	1
Diligencias Extrajudiciales	4	6	-2
Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios	7	9	-2

Elaboración de Contratos	5	6	-1
Representación Judicial y Extrajudicial	8	10	-2
GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL			
Seguimiento y evaluación del plan de trabajo	7	7	0
Supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención	8	8	0
Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED	11	11	0
Supervisión de uso del Sistema de Epidemiología	6	6	0
Valoración de riesgos	6	7	-1
Formulación y evaluación de proyectos de inversión	9	9	0
Seguimiento de ejecución de proyectos	8	9	-1
Estudios de investigación	7	7	0
Revisión de normativa	5	5	0
Soporte técnico al equipo y redes	8	7	1
RECURSO HUMANO			
Reclutamiento y Selección de Personal	8	8	0
Elaboración de acuerdos	6	4	2
Capacitación del Recurso Humano	8	8	0
Elaboración de planillas de Sueldos a empleados	8	10	-2
Sistema de incentivos por merito personal	7	7	0
GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES			
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra	16	16	0
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato	29	25	4
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación	29	27	2
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa	29	28	1
ADMINISTRACIÓN FINANCIERA			
Registro, control y pago de bienes y servicios	21	21	0
Pagos de salarios al personal	16	11	5
Registro de inventarios y donaciones	4	4	0
Control y registros de convenios	13	14	-1
Seguimiento y ejecución Presupuestaria	5	5	0
Elaboración de modificación Presupuestaria	5	5	0
Cierre contable Mensual	12	12	0

Cierre contable Anual	5	5	0
COMUNICACIÓN			
Elaboración de material de difusión interna y externa	4	4	0
CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES			
Conciliación de datos de activos fijos	10	9	1
Verificación física de inventario a dependencias del ISRI	8	8	0
Asignación de códigos de inventario	4	4	0
SERVICIOS GENERALES			
Transporte de Usuarios del ISRI	8	8	0
Mantenimiento de Vehículos	12	13	-1
Seguridad y Vigilancia a la Institución	9	9	0
Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo	17	16	1
Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo: consiste en realizar trabajo	14	16	-2
CONTROL DE INSUMOS			
Ingreso de bienes al almacén central	12	12	0
Egreso de bienes del almacén central	5	6	-1
CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN			
Registro de atenciones brindadas	7	7	0
Control de gestión del CAL	8	9	-1
Control de asistencia	5	5	0
Apertura de expediente	4	4	0
Administración de expedientes	7	7	0
ADMINISTRACIÓN DEL CAL			
Control de usuario del ISBM	7	7	0
Control de usuarios del ISSS	6	6	0
Control y seguimiento del inventario	6	8	-2
Ubicación de equipo	6	6	0
Manejo de caja chica	9	10	-1
Control y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA)	11	13	-2
Requisición de mantenimiento	9	12	-3
Solicitud a almacén	9	9	0
Gestión de tardías y permisos de RR.HH.	4	4	0
Control de tardías y permisos de RR.HH.	8	8	0
CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)			
Control de metas	7	7	0

Control de expediente	7	7	0
Remisión de usuario	5	5	0
CONTROL DE SERVICIOS UOT			
Control estadístico de la producción	7	7	0
GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO			
Gestión de transporte programado	4	4	0
Gestión de transporte no programado	4	4	0
Gestión de alimentación y dieta	6	6	0
Gestión de medicamentos	9	9	0
Gestión de insumos	4	4	0
SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA			
Acciones preventivas	Nuevo	Nuevo	0
Acciones correctivas	Nuevo	Nuevo	0
Control de servicio no conforme	Nuevo	Nuevo	0
Control y revisión de los instrumentos de medición	Nuevo	Nuevo	0
Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación	Nuevo	Nuevo	0
Medición de la satisfacción de los usuarios	Nuevo	Nuevo	0
TOTAL DE ACTIVIDADES	839	860	-21

1.1.4.2.1.1 Interpretación de Resultados

La tabla anterior como ya se mencionó, contiene la Cantidad de Actividades Actuales, Cantidad de Actividades Propuestas y la Diferencia de Cantidad de Actividades para cada uno de los procedimientos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

Los valores de los resultados para cada procedimiento son los siguientes:

la Diferencia de Cantidad de Actividades sea:

- a) Positiva:** lo que se interpreta que ha existido una reducción de la cantidad de actividades que conforman el procedimiento en análisis.

Esto permite considerar que se ha reducido el tiempo para realizar el procedimientos dado que se han eliminado o combinado actividades, lo que contribuye a ser más eficientes en el desarrollo de los procedimientos.

- b) Cero:** Lo que se interpreta que no ha existido algún cambio en la cantidad de actividades que conforman el procedimiento en análisis.

Esto permite interpretar que los procedimientos se mantienen en cantidad de actividades y posiblemente en los tiempos de ejecución ya que esto se debe a que el procedimiento se mantiene igual o que se ha remplazado una actividad por otra.

- c) **Negativa:** lo que se interpreta que ha existido un aumento de la cantidad de actividades que conforman el procedimiento en análisis.

Esto permite interpretar que los procedimientos con este resultado, presentan un aumento de actividades, ello por la consideración que el procedimiento actual no contenía las actividades que son necesarias y que generen el valor agregado que busca el procedimiento, y que por tanto se hace necesario la incorporación de las actividades que generen esos resultados y contribuyan al desempeño exitoso del Sistema.

1.1.4.2.1.2 Consideraciones Finales del Análisis de Valor Agregado

En base al análisis realizado para la mejora de los procedimientos del Sistema, podemos concluir:

1. Que las 42 Actividades Agregadas son necesarias para el desempeño de los procedimientos, lo cual queda ejemplificado en el análisis presentado para el Proceso ADMINISTRACIÓN DEL CAL, donde se puede observar que las actividades agregadas generan un Valor Agregado al ISRI, lo que se considera como una actividad necesaria e importante para los procedimientos del ISRI.

Además, considerando el concepto que **Valor** se interpreta como algo que es **útil**, y que por tanto, **agregar valor** significa hacer que algo sea **más útil**, se puede decir que los procesos propuesto para el sistema de Gestión de Calidad del ISRI permitirán obtener mejores resultados, con mayor valor agregado en la atención de los servicios de rehabilitación, ya que al trabajar bajo los lineamientos propuestos se conducirá a la institución al éxito de sus objetivos finales.

2. Que para optimizar el desempeño de los procedimientos fue necesaria la eliminación de 21 actividades de las que conformaban los procedimientos, esto con el objetivo de eliminar aquellas actividades que no contribuyen al desempeño de los procedimientos porque No Genera ningún tipo de Valor Agregado.

Considerando la información obtenida anteriormente se presenta a continuación de forma general los diferentes Factores que impiden el desempeño exitoso de los procesos del ISRI así como las soluciones de mejora diseñadas para garantizar la disminución de la brecha y la mejora continua del sistema, a través de la mejora de sus procesos y procedimientos que lo conforman y el diseño de los no existentes.

Tabla 13: Soluciones de Mejora Diseñadas

*Fuente: Etapa de Diagnostico del ISRI

Requisito Norma ISO 9001:2008	Factores de que impiden el desempeño exitoso	Soluciones de mejora Diseñadas
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA	- Ausencia del Manual de calidad que contiene el	- Diseño del Manual de calidad - Diseño de los procedimientos:

CALIDAD	<p>alcance del Sistema y los procedimientos de este.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inexistencia de los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Control de los documentos • Control de los registros 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los documentos • Control de los registros
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	<p>Ausencia de la política de Calidad y los objetivos de calidad.</p> <p>No existe un responsable de la Gestión de la Calidad en el ISRI que garantice el trabajo adecuado por la calidad en los servicios de rehabilitación.</p>	<p>Establecimiento de la política de Calidad y los objetivos de calidad y su plan de acción.</p> <p>Determinación del perfil y funciones del representante de la dirección y del comité de calidad que garantizaran el desempeño existo del sistema.</p>
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	<p>Infraestructura no contribuye lo suficiente para el desarrollo de los servicios de rehabilitación.</p>	<p>Presentación de resultados obtenidos referentes a la Infraestructura a las autoridades del CAL a fin de considerarlo en sus proyectos de desarrollo.</p> <p>Establecimiento y verificación de los procesos relacionados a: Recursos Humanos, UACI, UFI, Servicios Generales, Almacén Central y Administración del CAL, unidades que intervienen el proceso de Gestión de los Recursos.</p>
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	<p>No existe metodología para la planificación y verificación de los servicios así como para la determinación de los requisitos de los servicios de rehabilitación.</p>	<p>Diseño de los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación • Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación • Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación • Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	<p>Inexistencia de los procedimientos exigidos por la norma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditorias del Sistema de Gestión de Calidad • Acción preventiva • Acción correctiva 	<p>Diseño de los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditorias del Sistema de Gestión de Calidad • Acción preventiva • Acción correctiva • Control del servicio no conforme • Control y revisión de los

	<ul style="list-style-type: none"> Control del servicio no conforme <p>Además de los relacionados al seguimiento y medición de los procesos y servicios y el Plan de mejora continua.</p>	<p>instrumentos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación Medición de la satisfacción de los usuarios <p>Diseño del Plan de Mejora Continua y la Guía de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad.</p>
--	--	--

Con los elementos considerados en el diseño del sistema se presenta el análisis realizado para cada uno de los requisitos de la norma, y su impacto en la brecha del ISRI. Lo cual es presentado en la Evaluación de Calidad del Proyecto, la cual contiene la Estimación del Nivel de Cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI y su relación con la Carta Iberoamericana de la Calidad.

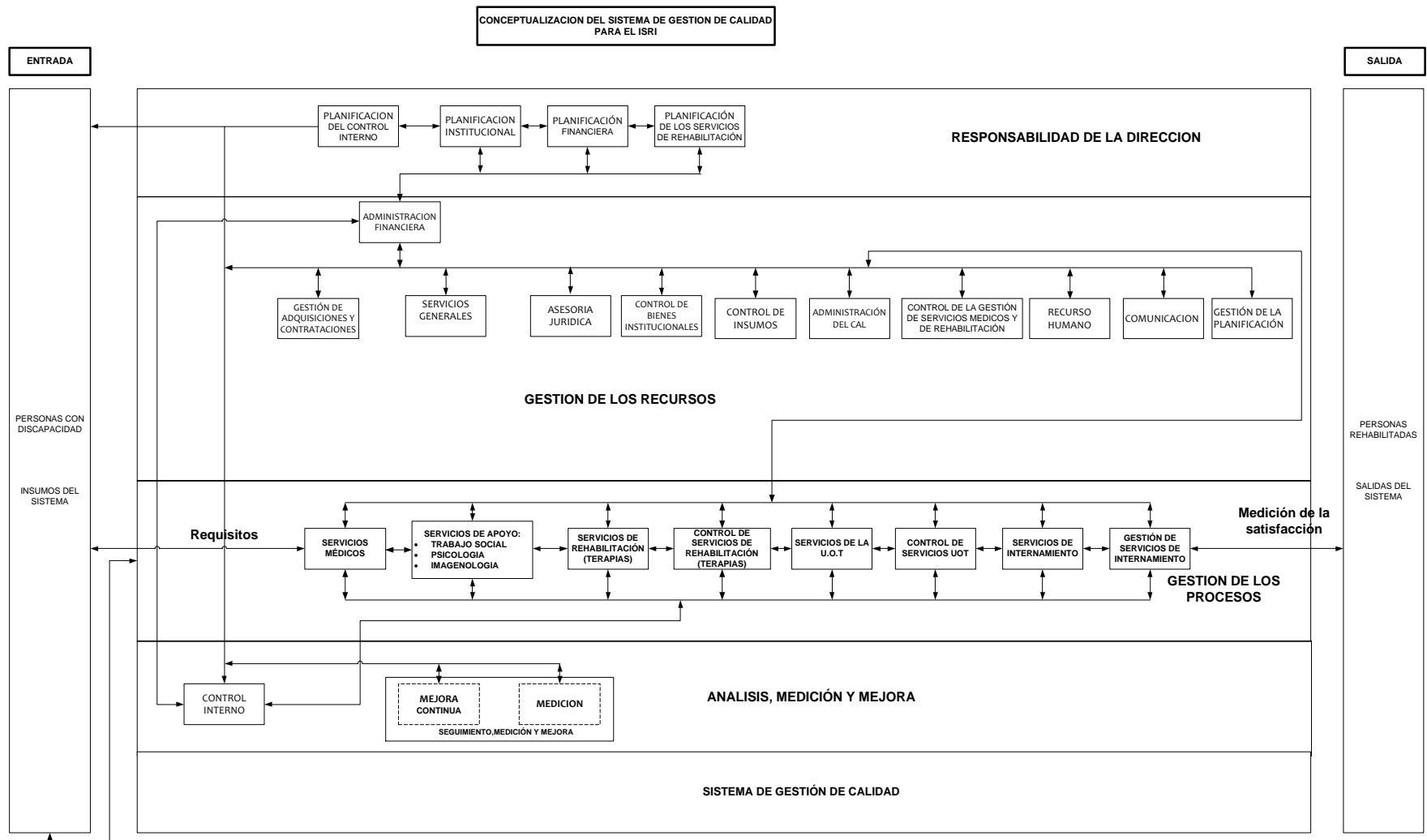
2. DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El modelo de un sistema de Gestión de Calidad¹⁸ basado en procesos representa de forma esquemática los vínculos que existen entre los requisitos que exige la norma ISO 9001:2008, para que un SGC funcione de forma adecuada se debe determinar y coordinar una serie de actividades que intervienen de forma tal que los elementos de entrada se transformen en resultados. Para una mejor comprensión del modelo se hace referencia al Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad Basado en procesos, el cual es presentado en la conceptualización del sistema.

Considerando lo anterior y los procesos que se incluyen en la norma ISO 9001:2008 en los capítulos del 4 al 8 y los resultados obtenidos en la Etapa de Diagnostico, se presente a continuación el esquema para la definición del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.

¹⁸ Referencia a esquema de Modelo Basado en Procesos presentado en Esquema 2 del Capítulo 1.

2.1 Esquema del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001: 2008



2.1.1 Interpretación del Esquema de Conceptualización del Diseño:

Del esquema anterior a continuación se detalla cada elemento que lo compone:

- ✓ **Elementos de Entrada:** estos elementos de entrada o insumos del sistema son las personas que padecen de discapacidades y que necesitan de servicios de rehabilitación, considerando una serie de requisitos establecidos por los usuarios para la realización del servicio.
- ✓ **Responsabilidad de la Dirección:** Corresponde al requisito de la Norma que establece los elementos que la Dirección debe coordinar para llevar a cabo la realización del servicio, tales como: *Planificación de control interno, Planificación institucional, Planificación financiera y Planificación de los Servicios de Rehabilitación.*
- ✓ **Gestión de los Recursos:** Corresponde al requisito de la Norma que incluye todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios para la prestación de los servicios como lo son: Administración Financiera, Gestión de Adquisiciones y Contrataciones, Servicios Generales, Asesoría Jurídica, Control de Bienes Institucionales, Control de Insumos, Administración del CAL, Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación, Recurso Humano, Comunicación, Gestión de la Planificación.
- ✓ **Gestión de los Procesos:** Corresponde al requisito de la Norma que Incluye todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la organización mediante la interacción de procesos para la realización del servicio, siendo los siguientes: Servicios Médicos, Servicios de Apoyo (Trabajo Social, Psicología, Imagenología, Servicios de Rehabilitación (Terapias), Control de Servicios de Rehabilitación (Terapias), Servicios de la UOT, Control de Servicios UOT, Servicios de Internamiento (ULAM), Gestión de Servicios de Internamiento.
- ✓ **Procesos de Análisis, Medición y Mejora:** Corresponde al requisito de la Norma con lo cual se garantizara la conformidad del producto con los requisitos planificados, el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad y de sus procedimientos, y la mejora continua del sistema y de sus procesos.
- ✓ **Elementos de Salida:** los resultados o salidas del Sistema son las personas rehabilitadas y satisfechos de haber recibido los servicios de rehabilitación que demandaron.

Para comprender en forma más detallada los elementos que forman parte del sistema de gestión de calidad, se presenta la siguiente tabla, la cual contiene en la columna izquierda los procesos que son necesarios para el SGC y los cuales están clasificados según su pertenencia en los capítulos del 4 al 8 que corresponden a la Norma ISO 9001:2008, y en la columna derecha se detalla de manera general en qué consiste el proceso y los procedimientos que abarca el mismo, además en los capítulos 4 y 5 existe un apartado llamado Otros en la cual se agrupan todos aquellos elementos que no son procedimientos pero que son necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad:

Tabla 14: Conceptualización del Diseño por Requisito de la Norma ISO 9001:2008

Fuente: Norma ISO 9001:2008

4. Sistema de Gestión de Calidad	
Son todas aquellas actividades que ayudan a implementar, documentar y mantener el buen funcionamiento del sistema de gestión de calidad.	
Sistema de Gestión de Calidad	<p>Procedimientos para establecer la forma de realizar la revisión, control y actualización de los documentos los registros del SGC, además del procedimiento para la verificación del funcionamiento del Sistema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de Documentos 2. Control de los Registros 3. Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad
Otros	<p>Como parte fundamental en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es necesaria la creación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Calidad: el cual es un documento donde se especifican la misión y visión de la institución con respecto a la calidad, además de contener la política y objetivos de calidad y exponer la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad.
5. Responsabilidad de la Dirección	
Son todas aquellas actividades que se relacionan con la dirección del ISRI en el desarrollo, implementación y la mejora de la calidad de los servicios.	
Planificación de Control Interno	<p>Procedimiento relacionado a la determinación de las actividades a realizar durante el año para dar seguimiento al cumplimiento de metas trazadas por la institución en el transcurso del año.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo
Planificación Institucional	Procedimientos relacionados a la definición de planes,

	<p>programas y proyectos, que contribuyen a una adecuada toma de decisiones por parte de las autoridades del Instituto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI 2. Elaboración del plan estratégico institucional 3. Formulación y evaluación de proyectos de Inversión 4. Elaboración de Programas de Pre Inversión
Planificación Financiera	<p>Procedimiento relacionado a la realización del presupuesto para lograr el desarrollo de las actividades durante el año, abarca todas las dependencias del ISRI y el Centro del Aparato Locomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación del Proyecto del Presupuesto
Planificación de los Servicios de Rehabilitación	<p>Procedimientos relacionados a la planificación de los servicios de rehabilitación y los requisitos de los mismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo 2. Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación 3. Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación 4. Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación 5. Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
Otros	<p>Para el buen funcionamiento del sistema de Gestión es necesario el establecimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de la calidad: donde se establecen las intenciones globales y orientación de la institución relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección. • Los objetivos de Calidad que orientan los esfuerzos al cumplimiento de la política. • La Misión y la Visión: en el caso del ISRI se realizó una revisión de la misión y visión para una adaptación a lo que establece la Norma ISO 9001:2008.
6. Gestión de los Recursos	
<p>Son aquellos procesos que ayudan a proveer de recursos para que la institución pueda realizar sus actividades de manera eficiente.</p>	
Administración Financiera	Son los procedimientos relacionados a la administración

	<p>de los recursos destinados para el funcionamiento de la institución y la realización de los servicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro, control y pago de bienes y servicios 2. Pagos de salarios al personal 3. Registro de inventarios y donaciones 4. Control y registros de convenios 5. Seguimiento y ejecución Presupuestaria 6. Elaboración de modificación Presupuestaria 7. Cierre contable Mensual 8. Cierre contable Anual
Gestión de adquisiciones y Contrataciones	<p>Procedimientos relacionados a la adquisiciones de bienes y servicios para la institución de manera eficaz aplicando la normativa establecida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra 2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato 3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación 4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa
Servicios Generales	<p>Procedimientos relacionados al mantenimiento y funcionamiento de las áreas de vigilancia para la institución, mantenimiento de la infraestructura y el transporte de los usuarios de los servicios del ISRI:</p> <p style="text-align: center;">Sección de Transporte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transporte de Usuarios del ISRI 2. Mantenimiento de Vehículos <p style="text-align: center;">Sección Vigilancia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad y Vigilancia a la Institución <p style="text-align: center;">Sección Mantenimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo 2. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo
Asesoría Jurídica	<p>Son los procedimientos necesarios para el asesoramiento de la institución en la orientación de sus esfuerzos para lograr las metas trazadas:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorías 2. Diligencias Extrajudiciales 3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios 4. Elaboración de Contratos 5. Representación Judicial y Extrajudicial
Control de bienes institucionales	<p>Son todos los procedimientos relacionados al control y registro de los bienes que posee la institución:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conciliación de datos de activos fijos 2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI 3. Asignación de códigos de inventario
Control de Insumos	<p>Son todos los procedimientos relacionados al control de insumos que entran o salen del almacén, que son necesarios para la realización de las actividades del ISRI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso de bienes al almacén central 2. Egreso de bienes del almacén central
Administración del CAL	<p>Son los procedimientos que proporcionan apoyo para la prestación de los servicios mediante el control de los usuarios y la coordinación de procedimientos relacionados al seguimiento del presupuesto e inventario del centro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de usuario del ISBM 2. Control de usuarios del ISSS 3. Control y seguimiento del inventario 4. Ubicación de equipo 5. Manejo de caja chica 6. Control y seguimiento de presupuesto anual 7. Requisición de mantenimiento 8. Solicitud a almacén 9. Gestión de tardías y permisos de RRHH 10. Control de tardías y permisos de RRHH
Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación	<p>Procedimientos relacionados al control estadístico de las atenciones médicas y de terapias brindadas en el Centro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de atenciones brindadas 2. Control de gestión del CAL 3. Control de asistencia 4. Apertura de expediente 5. Administración de expediente
Recurso Humano	<p>Procedimientos relacionados a la provisión del recurso humano capacitado para el funcionamiento de la institución en las diferentes áreas, así como también los procedimientos para las remuneraciones de los mismos:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reclutamiento y Selección de Personal 2. Elaboración de acuerdos 3. Capacitación del Recurso Humano 4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados 5. Sistema de incentivos por merito personal
Comunicación	<p>Procedimiento relacionado a la comunicación y difusión del funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de material de difusión interna y externa
Gestión de la planificación Institucional	<p>Procedimientos relacionados al control y seguimiento de lo establecido en el Plan Anual de Trabajo, además del seguimiento de proyectos a desarrollar en la institución en el año y los controles de los sistemas en las diferentes Unidades y Centros de Atención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo 2. Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención 3. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED 4. Supervisión de uso del sistema de Epidemiología 5. Valoración de riesgos 6. Seguimiento de Ejecución de Proyectos 7. Estudios de investigación 8. Revisión de normativa 9. Soporte técnico a equipo y redes
7. Realización del Servicio	
Son todos los procesos y actividades necesarias para la prestación de los servicios de rehabilitación.	
Servicios Médicos	<p>Abarca los procedimientos relacionadas a las atenciones médicas especializadas que los usuarios requieren en el proceso de rehabilitación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de servicios médicos especializados
Servicios de Apoyo:	<p>✓ Trabajo Social</p> <p>Son los procedimientos relacionados a la parte social de la rehabilitación, desde el contacto con el usuario hasta sesiones con la familia para comprender el proceso de rehabilitación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visitas de campo 2. Charlas del ISRI 3. Contacto inicial

	<p>4. Evaluación de casos</p> <p>✓ Psicología</p> <p>Son los procedimientos que se relacionan en las atenciones psicológicas de los usuarios en el proceso de aceptación de su discapacidad:</p> <p>Psicología Consulta Externa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atenciones Individuales 2. Atenciones Grupales <p>Psicología ULAM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atenciones Individuales 2. Atenciones Grupales <p>✓ Imagenología</p> <p>Procedimiento de apoyo en el proceso de rehabilitación del usuario según el caso específico, este procedimiento ayude a identificar el estado de su discapacidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de radiografía
Servicios de Rehabilitación (Terapias)	<p>Se refiere a los procedimientos necesarios para la realización del proceso de terapias de rehabilitación de los usuarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso 2. Atención 3. Egreso
Control de Servicios de Rehabilitación (Terapias)	<p>Se refiere a los procedimientos de control y seguimiento de las terapias que se brindan en el centro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de metas 2. Control de Expediente 3. Remisión de usuario
Servicios de la UOT	<p>Procedimientos relacionados a la prestación de servicios en la fabricación de ayudas ortopédicas y sillas de ruedas para los usuarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de ortésis y/o prótesis 2. Elaboración de ortésis y prótesis 3. Reparación de ortésis y prótesis 4. Elaboración de sillas de rueda de madera 5. Elaboración de calzado ortopédico 6. Elaboración de componentes 7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico
Control de Servicios de la UOT	<p>Se refiere al procedimiento del control de la producción que se elabora en la unidad de Ortopedia Técnica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control estadístico de la producción

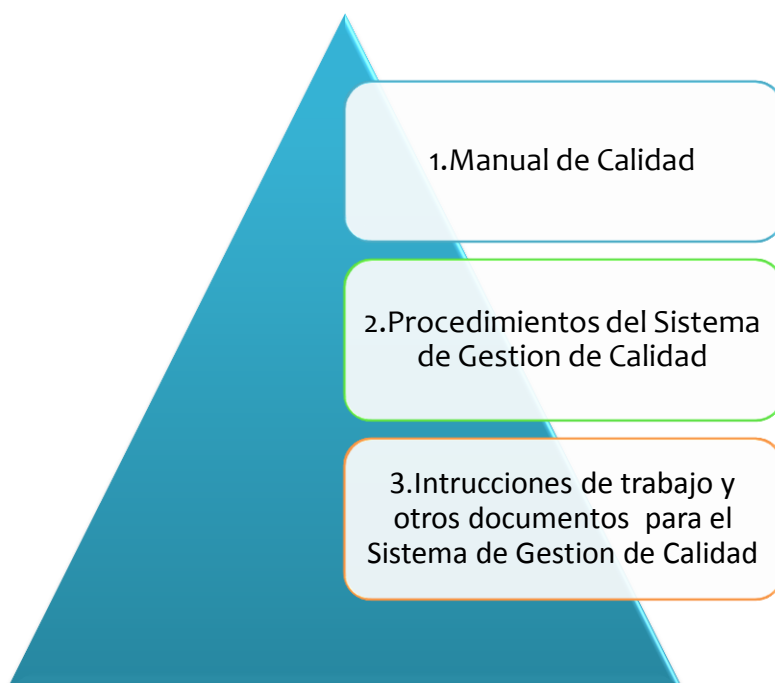
Servicios de Internamiento (ULAM)	Procedimientos relacionados al internamiento y atención de los usuarios con lesiones musco-esqueléticas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso y atención en la ULAM 2. Egreso de la ULAM
Gestión de Servicios de Internamiento	Se refiere a los procedimientos de control y gestión de servicios para los usuarios internos de la ULAM referente a su alimentación, transporte y medicamentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de transporte programado 2. Gestión de transporte no programado 3. Gestión de alimentación y dieta 4. Gestión de medicamentos 5. Gestión de insumos
8. Medición, Análisis y Mejora	
Son procesos requeridos para mantener en buen funcionamiento el sistema de gestión de calidad.	
Control Interno	Procedimientos relacionados al control y monitoreo de los fondos utilizados en las diferentes dependencias del ISRI y el CAL para su respectivo funcionamiento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Arqueo de fondos 2. Elaboración de Exámenes Especiales 3. Seguimiento de exámenes especiales
Seguimiento, Medición y Mejora	Son los procedimientos relacionados a la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación que se utilizaran en el SGC: <p>Medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medición de la Satisfacción 2. Control del Servicio no conforme 3. Control y revisión de los instrumentos de medición 4. Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación.
	Procedimientos relacionados en orientar la mejora continua en el sistema de Gestión de Calidad identificando los problemas y proporcionando su respectiva solución: <p>Mejora Continua</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones Preventivas 2. Acciones Correctivas

3. Diseño de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad

3.1 Estructura de la documentación

Definido el alcance del Sistema de Gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI el siguiente paso es el diseño de la documentación necesaria para el Sistema de Gestión de Calidad, la documentación del Sistema de Gestión de Calidad cumple las siguientes líneas jerárquicas que se pueden observar en el siguiente esquema:

Esquema 4: Jerarquía de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008



En base a esas líneas, observadas en el esquema anterior se puede explicar a detalle los documentos necesarios a diseñar del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI, estableciendo una estructura basada en la jerarquía de los documentos, esa estructura se muestra en la tabla siguiente en la cual se observa en la columna de la izquierda el documento a diseñar y en la columna de la derecha se detalla el contenido del documento, como se muestra a continuación:

Tabla 15: Contenido de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad a diseñar

Documento	Contenido
Manual de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Política de Calidad • Objetivos de Calidad, • Alcance del Sistema de Gestión de Calidad • Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad • Descripción del Sistema de Gestión de Calidad
Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	<p>Este contiene los procedimientos exigidos por la Norma ISO 9001:2008, los cuales son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Control de Documentos 6. Control de Registros 7. Auditoría Interna 8. Control del Servicio no conforme 9. Acciones Preventivas 10. Acciones Correctivas <p>Además de todos los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad definidos en el Alcance del Sistema.</p>
Manual de Organización	<p>Contiene la información referente a la Misión, Visión, Valores, Objetivos y Estructura Organizativa de la Institución además de describir los objetivos de las áreas y Centros de Atención de las cuales está formado el ISRI.</p>
Manual de Descripción de Puestos y Funciones	<p>Describe las funciones de las unidades que integran la estructura orgánica del ISRI además de las tareas asignadas a los puestos de trabajo.</p>
Guía de Elaboración de Manuales	<p>Describe los lineamientos para la elaboración de toda la documentación del ISRI</p>
Guía de Indicadores	<p>Describe los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI. Con el propósito de establecer los criterios para el seguimiento, medición y análisis de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad.</p>

Para su mayor comprensión de la organización de los documentos del Sistema, se listan en la tabla siguiente los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI definidos en el Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

Tabla 16: Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI

ÁREA	N° DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR	51
AUDITORIA INTERNA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo 2. Arqueo de fondos 	

3. Elaboración de Exámenes Especiales
4. Seguimiento de Exámenes especiales

ASESORIA JURIDICA

1. Asesorías
2. Diligencias Extrajudiciales
3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios
4. Elaboración de Contratos
5. Representación Judicial y Extrajudicial

PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI
2. Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo
3. Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención
4. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED
5. Supervisión de uso del Sistema de Epidemiología
6. Valoración de riesgos
7. Formulación y evaluación de proyectos de inversión
8. Elaboración del plan estratégico institucional
9. Elaboración de Programas de Pre Inversión
10. Seguimiento de Ejecución de Proyectos
11. Estudios de investigación
12. Revisión de normativa
13. Soporte técnico a equipo y redes

RECURSOS HUMANOS

1. Reclutamiento y Selección de Personal
2. Elaboración de acuerdos
3. Capacitación del Recurso Humano
4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados
5. Sistema de incentivos por merito personal

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra
2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato
3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación
4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa

UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

1. Formulación del Proyecto del Presupuesto
2. Registro, control y pago de bienes y servicios
3. Pagos de salarios al personal
4. Registro de inventarios y donaciones
5. Control y registros de convenios

6. Seguimiento y ejecución Presupuestaria
7. Elaboración de modificación Presupuestaria
8. Cierre contable Mensual
9. Cierre contable Anual

COMUNICACIONES

1. Elaboración de material de difusión interna y externa

CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES

1. Asignación de códigos de inventario
2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI
3. Conciliación de datos de activos fijos

SERVICIOS GENERALES

Sección de Transporte

1. Transporte de Usuarios del ISRI
2. Mantenimiento de Vehículos

Sección Vigilancia

2. Seguridad y Vigilancia a la Institución

Sección Mantenimiento

3. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo
4. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo

ALMACÉN CENTRAL

1. Ingreso de bienes al almacén central
2. Egreso de bienes del almacén central

PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)	51
--	----

CAL

1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo
2. Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación
3. Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación
4. Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
5. Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación

Administración del CAL

1. Control de usuario del ISBM
2. Control de usuarios del ISSS
3. Control y seguimiento del inventario
4. Ubicación de equipo
5. Manejo de caja chica
6. Control y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA)
7. Requisición de mantenimiento

8. Solicitud a almacén
9. Gestión de tardías y permisos de RRHH
10. Control de tardías y permisos de RRHH

Estadística y Documentos Médicos

Registro de atenciones brindadas

1. Control de gestión del CAL
2. Control de asistencia
3. Apertura de expediente
4. Administración de expediente

Consulta Externa

Servicios Médicos y de Apoyo

Servicios Médicos

4. Atención de servicios médicos especializados

Psicología

Psicología Consulta Externa

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

Psicología ULAM

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

Trabajo Social

1. Visitas de campo
2. Charlas del ISRI
3. Contacto inicial
4. Evaluación de casos

Imagenología

1. Toma de radiografía

Servicios de Rehabilitación

1. Ingreso
2. Atención
3. Egreso
4. Control de metas
5. Control de Expediente
6. Remisión de usuario

Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares

1. Ingreso y atención en la ULAM
2. Egreso de la ULAM
3. Gestión de transporte programado
4. Gestión de transporte no programado
5. Gestión de alimentación y dieta
6. Gestión de medicamentos
7. Gestión de insumos

Unidad de Ortopedia Técnica	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de ortésis y/o prótesis 2. Elaboración de ortésis y prótesis 3. Reparación de ortésis y prótesis 4. Elaboración de sillas de rueda de madera 5. Elaboración de calzado ortopédico 6. Elaboración de componentes 7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico 8. Control estadístico de la producción 	
PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD DEL SISTEMA	9
Comité de Calidad	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de los Documentos 2. Control de los registros 3. Auditoria del Sistema de gestión de Calidad 	
CAL y Comité de Calidad:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones preventivas 2. Acciones correctivas 3. Control de servicio no conforme 4. Control y revisión de los instrumentos de medición 5. Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación 6. Medición de la satisfacción de los usuarios 	
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SGC	111

3.1.1 Guía para la Elaboración de Documentos del Sistema

A continuación se presenta la Guía de Elaboración de Documentos la cual describe la estructura y contenido que debe de contener los diferentes documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISR, es decir lo manuales, guías y registros. **Ver Tomo II: Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.**

3.1.2 Listado maestro de documentos


El listado maestro presenta todos los documentos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, en él se presentan las Guías, Manuales, Procesos, Procedimiento, registros, Etc. El objetivo del listado maestro es la identificación de cada uno de ellos a partir de un código que hace referencia al tipo de documento, a la unidad que pertenece y su correlativo.

En el listado maestro se presentan los siguientes elementos:

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Especifica que tipo de documento es: Manual, Proceso, Procedimiento, Guías, etc.
2. **CÓDIGO:** El código del documento.

3. **NOMBRE:** El nombre del documento.
4. **VERSION:** Corresponde al número de modificaciones hechas al documento.
5. **FECHA DE APROBACIÓN:** Fecha en que ha sido aprobado por el responsable.
6. **RESPONSABLE DE APROBACIÓN:** El nombre de la persona que aprobó el documento
7. **FECHA DE REVISIÓN:** La fecha en que se ha realizado la última revisión del documento.
8. **ESTADO:** Puede ser: Vigente, vigente con solicitud de modificación o en etapa de diseño.
9. **COPIAS CONTROLADAS:** es el número total de copias controladas que han de distribuirse a los responsables del documento.

Tabla 17: Listado Maestro de Documentos

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL						
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS						
		CODIGO: R-02-001-01						
TIPO DE DOCUMENTO	CODIGO	NOMBRE	VERSION	FECHA DE APROBACION	RESPONSABLE APROBACION	FECHA DE REVISION	ESTADO	COPIAS CONTROLADAS
Manual	M-02-001	Manual de Organización	2	ene-12	Presidente	feb-12	Vigente	14
Manual	M-02-002	Manual de Descripción de Puestos y Funciones	2	ene-12	Presidente	feb-12	Vigente	14
Manual	M-02-003	Manual de Calidad	1	ene-12	Presidente	feb-12	Vigente	14
Manual	M-02-004	Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI	1	ene-12	Presidente	feb-12	Vigente	14
Guía	D-02-001	Guía de Elaboración de Manuales	1	ene-12	Presidente	feb-12	Vigente	14
Guía	D-02-002	Guía de Indicadores	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	14
Proceso	T-19-001	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-19-001	Control de los Documentos	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-19-002	Control de los registros	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-219-003	Auditoria del Sistema de gestión de Calidad	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Proceso	T-01-001	PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-01-001	Elaboración de Plan Anual de Trabajo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

Proceso	T-02-001	PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-001	Elaboración del plan anual de trabajo del ISRI	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-008	Elaboración del plan estratégico institucional	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-009	Elaboración de programas de pre inversión	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-03-001	PLANIFICACIÓN FINANCIERA	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-001	Formulación del Proyecto del Presupuesto	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-18-001	PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-001	Elaboración del Plan Anual de Trabajo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-002	Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-003	Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-004	Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-005	Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	-
Proceso	T-11-001	SERVICIOS MÉDICOS	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-11-001	Atención de servicios médicos especializados	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

Proceso	T-12-001	SERVICIOS DE APOYO	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-12-002	Charlas del ISRI	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-12-003	Contacto inicial	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-12-001	Visitas de campo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-12-004	Evaluación de casos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-13-001	Atenciones individuales	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-13-002	Atenciones grupales	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-13-003	Atenciones individuales- ULAM	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-13-004	Atenciones grupales- ULAM	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-14-001	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-14-001	Ingreso	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-14-002	Atención	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-14-003	Egreso	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-15-001	SERVICIOS DE LA UOT	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-001	Gestión de ortésis y/o prótesis	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-002	Elaboración de ortésis y prótesis	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-003	Reparación de ortésis y prótesis	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-004	Elaboración de sillas de rueda de madera	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-005	Elaboración de calzado ortopédico	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-006	Elaboración de componentes	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

Procedimiento	P-15-007	Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-16-001	SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-001	Ingreso y atención en la ULAM	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-002	Egreso de la ULAM	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-01-002	CONTROL INTERNO	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-01-002	Arqueo de fondos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-01-003	Elaboración de Exámenes Especiales	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-01-004	Seguimiento a Exámenes Especiales	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-04-001	ASERORIA JURIDICA	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-04-001	Asesorías	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-04-002	Diligencias Extrajudiciales	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-04-003	Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-04-004	Elaboración de Contratos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-04-005	Representación Judicial y Extrajudicial	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-02-002	GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-002	Seguimiento y evaluación del plan de trabajo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-003	Supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

Procedimiento	P-02-004	Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-005	Supervisión de uso del Sistema de Epidemiología	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-006	Valoración de riesgos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-007	Formulación y evaluación de proyectos de inversión	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-010	Seguimiento de ejecución de proyectos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-011	Estudios de investigación	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-012	Revisión de normativa	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-02-013	Soporte técnico al equipo y redes	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-05-001	RECURSO HUMANO	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-05-001	Reclutamiento y Selección de Personal	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-05-002	Elaboración de acuerdos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-05-003	Capacitación del Recurso Humano	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-05-004	Elaboración de planillas de Sueldos a empleados	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-05-005	Sistema de incentivos por merito personal	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-06-001	GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-06-001	Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

		por orden de compra						
Procedimiento	P-06-002	Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-06-003	Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-06-004	Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-03-001	ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-002	Registro, control y pago de bienes y servicios	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-003	Pagos de salarios al personal	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-004	Registro de inventarios y donaciones	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-005	Control y registros de convenios	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-006	Seguimiento y ejecución Presupuestaria	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-007	Elaboración de modificación Presupuestaria	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-008	Cierre contable Mensual	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-03-009	Cierre contable Anual	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-07-001	COMUNICACIÓN	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

Procedimiento	P-07-001	Elaboración de material de difusión interna y externa	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-08-001	CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-08-001	Conciliación de datos de activos fijos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-08-002	Verificación física de inventario a dependencias del ISRI	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-08-003	Asignación de códigos de inventario	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-09-001	SERVICIOS GENERALES	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-09-001	Transporte de Usuarios del ISRI	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-09-002	Mantenimiento de Vehículos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-09-003	Seguridad y Vigilancia a la Institución	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-09-004	Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-09-005	Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo: consiste en realizar trabajo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-10-001	CONTROL DE INSUMOS	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-10-001	Ingreso de bienes al almacén central	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-10-002	Egreso de bienes del almacén central	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-17-001	CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

		DE REHABILITACIÓN						
Procedimiento	P-17-001	Registro de atenciones brindadas	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-17-002	Control de gestión del CAL	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-17-003	Control de asistencia	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-17-004	Apertura de expediente	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-17-005	Administración de expedientes	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-18-002	ADMINISTRACIÓN DEL CAL	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-19-006	Control de usuario del ISBM	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-007	Control de usuarios del ISSS	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-008	Control y seguimiento del inventario	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-009	Ubicación de equipo	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-010	Manejo de caja chica	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-011	Control y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA)	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-012	Requisición de mantenimiento	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-013	Solicitud a almacén	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-014	Gestión de tardías y permisos de RR.HH.	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-18-015	Control de tardías y permisos de RR.HH.	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-14-002	CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-

Procedimiento	P-14-004	Control de metas	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-14-005	Control de expediente	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-14-006	Remisión de usuario	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	T-15-002	CONTROL DE SERVICIOS UOT	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-15-008	Control estadístico de la producción	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-16-002	GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-003	Gestión de transporte programado	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-004	Gestión de transporte no programado	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-005	Gestión de alimentación y dieta	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-006	Gestión de medicamentos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Procedimiento	P-16-007	Gestión de insumos	1	dic-11	Jefe de unidad	ene-12	Vigente	-
Proceso	T-20-001	SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Procedimiento	P-20-001	Acciones preventivas	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Procedimiento	P-20-002	Acciones correctivas	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Procedimiento	P-20-003	Control de servicio no conforme	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Procedimiento	P-20-004	Control y revisión de los instrumentos de medición	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Procedimiento	P-20-005	Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Procedimiento	P-20-006	Medición de la satisfacción de los usuarios	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-001-01	Listado Maestro de	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	

		Documentos						
Registro	R-02-001-02	Listado de Distribución de Documentos	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-003-01	Programa Anual de Auditoria	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-003-02	Plan de Auditorias	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-003-03	Registro de Auditorias	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-003-04	Agenda del Programa de Auditorias	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-003-05	Resultados de Auditoria	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-003-06	Listado de Verificación de Auditorias	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-004-01	Registro para el Control de Servicio No Conforme	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-004-02	Guía para el Servicio de Control no Conforme	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-005-01	Registro de informe y seguimiento de acciones preventivas, correctivas o de mejora	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-02-005-02	Listado de acciones preventivas, correctivas planteadas	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-18-005-001	Registro de Revisión del diseño y desarrollo los servicios de rehabilitación.	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	
Registro	R-18-005-002	Registro de control de los cambios del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	1	ene-12	Jefe de unidad	feb-12	Vigente	

3.2 Documentos del Sistema de Gestión de Calidad

Como ya se menciono anteriormente la documentación del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI esta conformado además de las Guía para la elaboración de Documentos de los siguientes documentos:

- Manual de Organización
- Manual de Funciones y Descripción de puestos
- Manual de Calidad
- Manual de Procedimientos de Sistema de Gestión de Calidad

3.2.1 MANUAL DE ORGANIZACIÓN

El Manual de Organización es el documento donde se encuentran plasmadas las funciones del personal que conforman la estructura organizativa, delimitando a su vez, sus responsabilidades y la correspondencia funcional entre puestos y estructura.

A continuación se presenta el Manual de Organización del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Ver Tomo II: Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

3.2.2 MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

El Manual de Funciones y Descripción de puestos es el Documento que contiene la información valida y clasificada sobre la naturaleza y funciones de cada puesto o cargo de trabajo, con sus respectivos requisitos de ingreso a la Institución.

A continuación se presenta el Manual de Funciones y Descripción de puestos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Ver Tomo II: Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

3.2.3 MANUAL DE CALIDAD

El Manual de Calidad: es el documento en el cual se especifican la Misión, Visión y Valores de la institución con respecto a la calidad, además de contener la Política y Objetivos de calidad y exponer la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad en base a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

A continuación se presenta el Manual de Calidad del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Ver Tomo II: Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

3.2.4 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Manual de Procedimientos de Calidad: Documento en el cual se recopilan los procedimientos a incluir en el SCG, detallando en cada uno de ellos su respectivo objetivo, alcance,

responsables y la descripción del procedimiento, de manera que dicho documento sirva como guía para el personal en la realización de los servicios que presta el ISRI.

A continuación se presenta el Manual de Funciones y Descripción de puestos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Ver Tomo II: Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

3.3 Plan de Acción para los Objetivos de Calidad¹⁹

Como parte fundamental en el diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, son los objetivos de calidad, los cuales permiten alcanzar la política de calidad de la institución. Estos objetivos permiten la orientación del sistema, para lograrlo es necesario el involucramiento del personal responsable de cada uno de los procesos constituyentes del sistema. Por lo anterior surge la necesidad de establecer un plan de acción para alcanzar dichos objetivos.


El Sistema de Gestión de Calidad del ISRI basado en la Norma ISO 9001:2008 es dinámico puesto que se establecen objetivos de calidad que se buscan cumplir para mejorar constantemente el sistema y con ello a la institución.

Pero no solo es necesario establecer los objetivos de calidad, sino también establecer el cómo se van a ejecutar, es decir la meta, el responsable, la estrategia para alcanzarlo y el seguimiento y medición con los indicadores a utilizar.

Para ello se ha diseñado el siguiente cuadro de acción, el cual se presenta como plan de acción para alcanzar cada uno de los objetivos de calidad:

¹⁹ Plan de acción para los objetivos de calidad: Anexo 19

Tabla 18: Plan de acción para alcanzar los objetivos

	PLAN DE ACCIÓN PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE CALIDAD				
	INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI)				
Código:		Fecha de Elaboración:		Elaborado por:	
Versión:		Fecha de Revisión:		Revisado por:	
OBJETIVO 1					
Eleva el nivel de satisfacción de los usuarios del ISRI a un 85% en Consulta Externa, un 80% en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y un 60% en la Unidad de Ortopedia Técnica, a partir de la planificación, supervisión y control de los servicios de rehabilitación brindados en el Centro del Aparato Locomotor (CAL).					
Meta	Responsable	Estrategia		Indicador	Frecuencia de revisión
Eleva el nivel de satisfacción de los usuarios a un 84% en Consulta Externa, un 80% en la ULAM y un 60% en la UOT	Comité de calidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorear la prestación de los servicios. ▪ Realizar la medición de la satisfacción del usuario periódicamente. ▪ Motivar la participación de los usuarios en la opinión de los servicios recibidos a través de sus opiniones en el buzón de sugerencia y el registro de las opiniones verbales recibidas. ▪ Implementar y desarrollar acciones de mejora que contribuyan a la satisfacción de los servicios brindados por el CAL. 		Satisfacción del Cliente	Trimestral

OBJETIVO 2				
Orientar los procesos de los Servicios de Rehabilitación de la Institución hacia la mejora continua y contribuir al desarrollo eficaz y eficiente del ISRI.				
Meta	Responsable	Estrategia	Indicador	Frecuencia de revisión
Lograr el desarrollo eficaz y eficiente del ISRI	Comité de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorear la prestación de los servicios en considerando los indicadores de calidad del sistema. ▪ Monitorear los diferentes procedimientos que conforman el sistema en base a los indicadores de calidad a partir del seguimiento, medición y análisis de los mismos. ▪ Implementar y desarrollar acciones de mejora que contribuyan a un mejor desempeño de los procedimientos. Trabajando con acciones preventivas y correctivas para asegurar la mejora continua de la Institución. 	Eficiencia	Trimestral
			Cumplimiento de la Producción	Mensual
			Cumplimiento de Atenciones	Mensual
			Productos Defectuosos	Anual
			Producto No Conforme	Anual
			Número de Quejas	Anual
			Satisfacción del Cliente	Trimestral
OBJETIVO 3				
Ampliar la cobertura de atención del Centro del Aparato Locomotor en un 5%, a partir de la expansión de cobertura geográfica de los servicios de rehabilitación en la zona occidental y oriental del país.				
Meta	Responsable	Estrategia	Indicador	Frecuencia de revisión
Ampliar la cobertura de atención del CAL en 5%.	Comité de Calidad y Jefaturas del CAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a conocer los servicios que brinda el CAL a Instituciones de Salud que tiene cobertura en las áreas metas del objetivo y a la población en general. ▪ Generar relaciones con instituciones de la Red Nacional de Salud (Hospital MISPAS y Unidades de Salud) y Organizaciones comunales que atiende las zonas establecidas para incrementar las remisiones y ampliar de esta manera la cobertura. 	Registro Estadístico de las Instituciones de referencia al CAL del Sistema Epidemiológico del ISRI.	Anualmente

3.4 Plan de mejora del Sistema de Gestión de Calidad

En base a la experiencia de otras instituciones que ya han iniciado su camino hacia la calidad, y en especial aquellas que ya están utilizando la ISO 9001:2008, o incluso el ISRI que ha iniciado ese camino paulatinamente, pueden identificar que siempre “hay que mejorar”, pero que para lograrlo es necesario el establecer el “cómo” se identificara esas mejoras que podemos lograr. Para ello es necesario para cualquier Sistema de Gestión de Calidad establecer un plan de mejora continua que permita la medición, seguimiento y análisis de los procesos y sus procedimientos.

Para lograr el cumplimiento esperado del Sistema de Gestión de Calidad es necesario definir un Plan de mejora continua del Sistema que conduzcan a una administración eficiente y eficaz, por medio de la autorregulación, la autogestión, el autocontrol y el mejoramiento continuo. Lo cual define una estructura de control interno que constituye un objeto de permanente revisión por parte de los responsables de la Gestión del Sistema de Calidad, con el fin de desarrollar las acciones correctivas y mejoras que determinen los resultados de la revisión y los nuevos estándares.

Como se mencionó anteriormente para el plan de mejora continua resultan claves tres principios:

- **AUTOCONTROL** Capacidad de cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos.
- **AUTOREGULACIÓN:** Capacidad institucional para aplicar de manera participativa los métodos y establecimientos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del sistema de control interno.
- **AUTOGESTIÓN:** Capacidad para interpretar, coordinar y aplicar la función administrativa que le ha sido asignada.

Con la implementación de dicho principios se construyen las bases del plan de mejora del sistema. El cual incluirá además de la participación directa y activa de cada uno de los responsables de desarrollar los procedimientos y el comité de calidad encargado de la gestión del sistema, el establecimiento de los indicadores necesarios para realizar el seguimiento, medición y análisis de los procedimientos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

El plan de mejora incluirá la determinación de la situación actual y la implementación de las acciones de mejoras, las cuales se realizara en base al método de los 7 pasos:

1. Definir áreas de mejora.
2. Análisis de las causas más probables.
3. Definir las causas.
4. Establecer las acciones de mejora.
5. Implantarlas.
6. Seguimiento y medición.
7. Estandarización y difusión.

Pero para implementar los 7 pasos es necesario primero identificar la situación actual de los procesos y procedimientos, por ello es importante establecer los indicadores de medición que nos permitirán

identificar y conocer el desempeño de cada uno de los procedimientos. Cada indicador busca un objetivo que contribuye a lograr un desempeño eficaz y eficiente del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

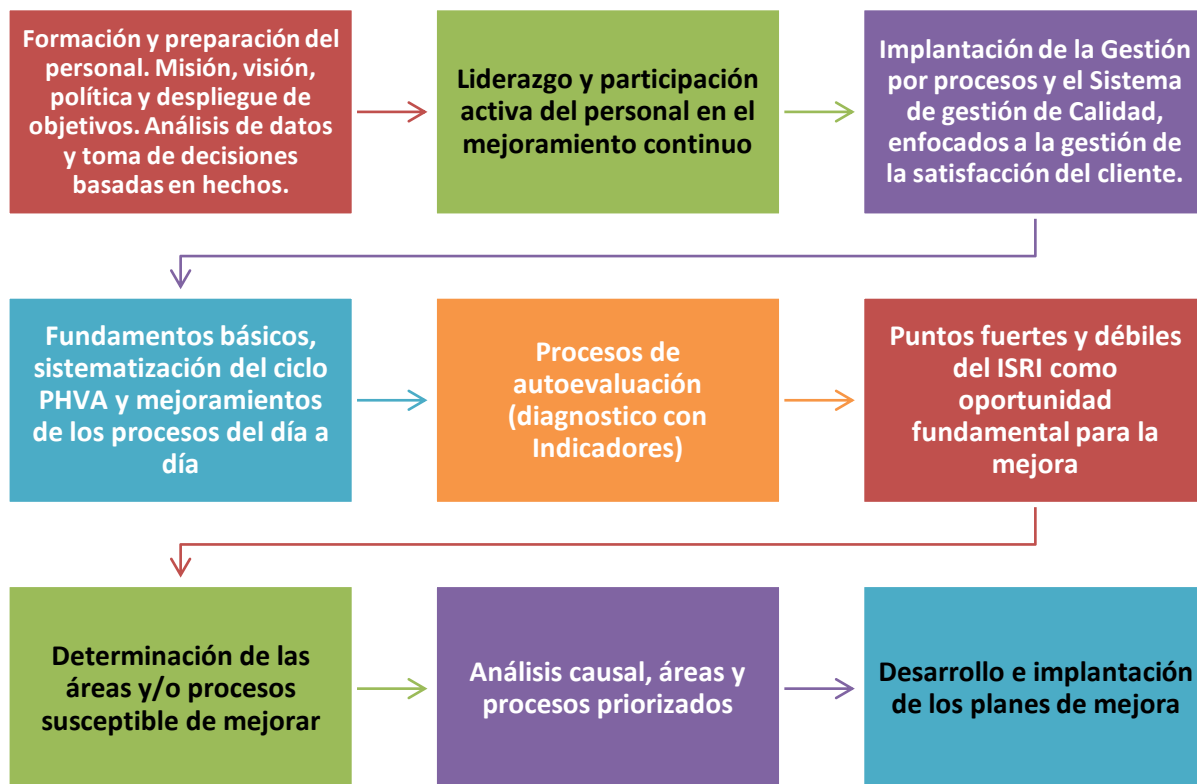
Por lo anterior podemos identificar dos partes importantes del plan de mejora continua:

1. Situación actual: Medición, seguimiento y análisis de los procedimientos del Sistema
2. Acciones de Mejora

Ahora bien, para lograr los mejores resultados de dichas etapas es necesario contar con las directrices que nos indiquen como desarrollarlas, por ello se presenta la **Guía de Indicadores D-02-002** y los procedimientos **Control y revisión de los instrumentos de medición P-20-004**, **Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación P-20-005**, **Control de servicio no conforme P-20-003** y **Medición de la satisfacción de los usuarios P-20-006**, que son la base para la Medición, seguimiento y análisis de los procedimientos del Sistema, y para las acciones de mejora se hace referencia a los procedimientos: **Acciones Correctivas P-20-002** y **Acciones Preventivas P-20-001**, todos los procedimientos mencionados se presenta en el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

Para una mejor comprensión del Plan de Mejora Continua, se presenta a continuación un esquema que representa los pasos a desarrollar para lograr el mejoramiento continuo del ISRI.

Esquema 5: Metodología del Plan de Mejora



Al considerar el plan de mejora continua para el Sistema de Gestión de Calidad es posible identificar los siguientes beneficios:

Beneficios internos:

- Mejora del desempeño y coordinación de las actividades
- Promueve la eficiencia en la operación y fortalece la adherencia a las normas establecidas
- Cumplimiento de la políticas de operación sobre bases mas seguras
- Mayor orientación hacia los valores institucionales y hacia las expectativas de los usuarios
- Confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada
- Mejoramiento del control para reducir las fallas e incrementar el rendimiento
- Cultura organizacional orientada al usuario
- Reducción de costos por contar con un control adecuado de los procesos
- Mejoramiento continuo de los procesos y de los productos y/o servicios
- Aseguramiento con respecto a la razonabilidad, confiabilidad, oportunidad e integridad de la información financiera, administrativa y operacional que se general en la Institución

Beneficios Externos:

- Evidencia de la capacidad de la Institución frente a usuario actuales y potenciales
- Apertura de nuevas oportunidades de mercado o mantenimiento de la participación en el mercado
- Logro y mantenimiento de la calidad de los productos y/o servicios a fin de satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de los clientes
- Logro de la satisfacción del cliente
- Eliminación de quejas y reclamos
- Creación de ventajas competitivas
- Mayor efectividad en la logística de los clientes

3.4.1 Indicadores de evaluación del Sistema de Gestión de Calidad

Para una mejor aplicabilidad del Plan de Mejora Continua, se presenta a continuación la Guía de Indicadores del Sistema Gestión de Calidad, la cual presenta la descripción de cada uno de los indicadores y la forma de como aplicarlos en la medición, seguimiento y análisis de los procedimientos.

3.4.1.1 Guía de Indicadores del Sistema Gestión de Calidad

Ver Tomo II: Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

CAPITULO IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

A. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

1. GENERALIDADES

El plan de implementación, es el resultado de la planificación para dirigir el desarrollo del proyecto, desde su inicio hasta su terminación en un plazo determinado y a un costo dado para alcanzar de manera efectiva el objetivo propuesto.

La implementación es el periodo del proyecto en el que se realiza la ejecución del proyecto y consiste en determinar y ordenar las diferentes actividades que son necesarias para alcanzar los objetivos que son establecidos previamente. De tal manera que los recursos humanos, materiales y financieros se coordinarán eficazmente, con el propósito de determinar el curso de acción que se seguirá, para que el proyecto sea finalizado satisfactoriamente.

Para el plan de implementación del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI se han considerado los siguientes aspectos:

- ***Desglose analítico para la implementación del sistema de gestión de calidad.***
- ***Perfil de formadores en la sensibilización y capacitación para la implementación del SGC***
- ***Duración del proyecto***
- ***Estructura organizativa propuesta para la implementación del SGC***

De las partes que componen el Plan de implementación para el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI, se presenta a continuación una breve descripción de cada una de ellas:

Desglose analítico

A través de esta técnica se define el objetivo general del proyecto, así como los subsistemas necesarios, paquetes de trabajo y estrategias que conducen al logro del objetivo propuesto.

Perfil de formadores en la sensibilización y capacitación para la implementación del sistema de gestión de calidad

En este apartado se establece el perfil profesional y competencias necesarias que se requiere que cumpla la persona que se encargará de desarrollar las capacitaciones necesarias para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI.

Duración del Proyecto

Para obtener la duración de la implementación del Diseño del SGC se realiza el listado de actividades necesarias para la ejecución del proyecto, su tiempo de duración y se establecen también las relaciones entre cada una de ellas, ya que dicha información se utilizara en la aplicación del método

PERT²⁰ para determinar la duración total del proyecto e identificar actividades críticas en la implementación, considerando que una actividad crítica es aquella cuyo desarrollo no puede retrasarse. También se elabora el cronograma de actividades en el cual se identifica la fecha de inicio y finalización del proyecto según la ejecución de los paquetes de trabajo.

🕒 Estructura organizativa propuesta para la implementación del SGC

Para desarrollar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 en el ISRI es necesario establecer los responsables de la ejecución del proyecto, los cuales tendrán funciones específicas a cumplir durante el plan, cabe mencionar que dicha estructura es de carácter temporal y estará vigente mientras se ejecute la implementación.

A continuación se detallan los pasos a seguir para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI

1.1. Metodología para desarrollar el SGC

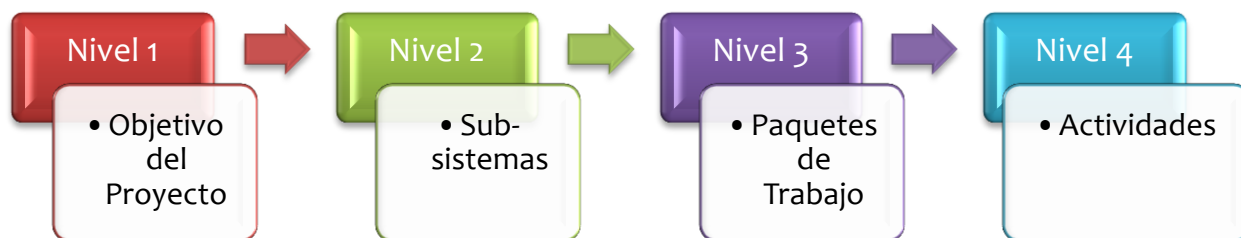
Con el diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para el ISRI el paso siguiente a realizar es establecer la metodología para desarrollar el SGC, o la estructura necesaria para realizar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, por lo que se utilizara la técnica del desglose analítico en la cual se siguen los siguientes pasos:

- ✓ Se define el objetivo del proyecto
- ✓ Se establecen los subsistemas que reflejan los objetivos específicos a desarrollar
- ✓ Se establecen los paquetes de trabajo que conformaran a cada subsistema

1. Posteriormente se determinan las actividades para cada uno de los paquetes de trabajo.

Esto se visualiza en el siguiente esquema dividido por niveles:

Esquema 1: Estructura Analítica del Plan de Implementación



²⁰ PERT: Técnica de Revisión y Evaluación de Programas

2. DESGLOSE ANALÍTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para el desarrollo del plan de implementación es necesario que se realice un desglose jerárquico de sus principales estructuras, las cuales están divididas en cuatro niveles cuyo contenido se presenta a continuación:

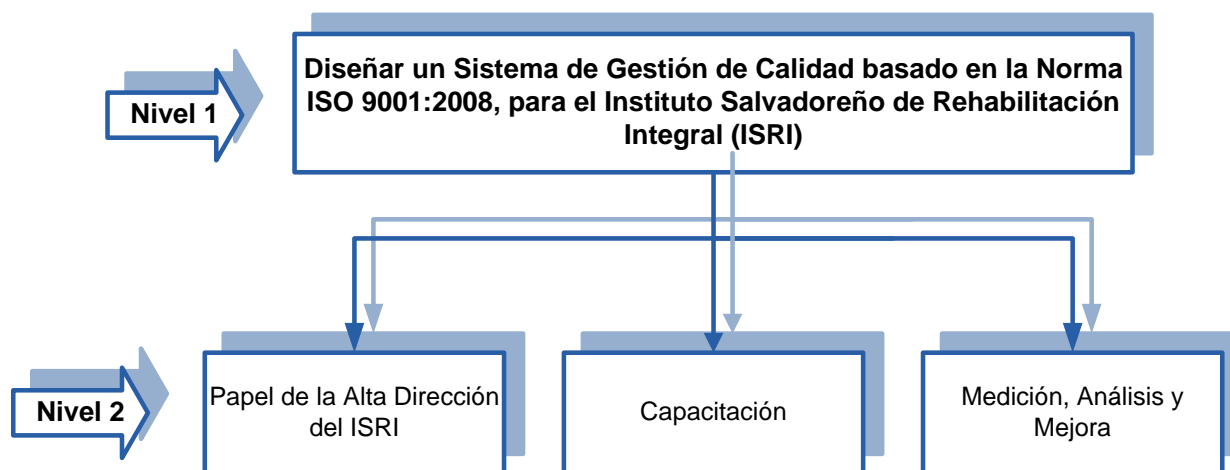
Nivel 1: Objetivo del proyecto

Nivel 2: Subsistema

Nivel 3: Paquetes de trabajo

Nivel 4: Actividades

Esquema 2: Desglose Analítico del Sistema de Gestión de Calidad



2.1. Descripción de los Paquetes de Trabajo

2.1.1. Subsistema: Papel de Alta Dirección del ISRI

Los miembros de la Alta Dirección del ISRI (Presidencia y Gerencia Administrativa), tienen la función de involucrar a todo el personal de la Institución en la implementación del SGC, esto se debe lograr mediante:

- ✓ La promoción de la misión, visión, política de calidad y objetivos de calidad, para aumentar la toma de conciencia, motivación y participación del personal.
- ✓ Asegurar el enfoque hacia la satisfacción de los requisitos del usuario en cada unidad de la Administración Superior y Centro del Aparato Locomotor.
- ✓ Asegurar que en cada unidad se implementan los procesos y procedimientos apropiados para cumplir con los requisitos de los usuarios y las acciones para la mejora del SGC.

- ✓ Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para la implementación del SGC.

A continuación se describen los paquetes de trabajo.

Esquema 3: Subsistema Papel de la Alta Dirección del ISRI



1. Compromiso de implementación

La Alta Dirección del ISRI debe informar al personal sobre la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, asimismo concientizar a las Jefaturas de la Administración Superior y Director del Centro del Aparato Locomotor sobre el compromiso adquirido respecto a la calidad y el funcionamiento del sistema ya que la comunicación debe ser el principal pilar para la implementación efectiva del proyecto.

Tabla 1: Actividades del paquete Compromiso de implementación

Actividades	Duración (Días)
Comunicación del Compromiso de Implementación	1
Total (Días)	1

Gestión de los Servicios de Capacitación ISO 9001:2008

Las actividades a realizar para la contratación del servicio de capacitación son las siguientes:

Tabla 2: Actividades del paquete Gestión de los Servicios de Capacitación ISO 9001:2008

Actividades	Duración (Días)
Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2
Recibir diferentes cotizaciones	3
Evaluar y Seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	2
Establecer, vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2
Total (Días)	9

2. Designación de representante de la Alta dirección y Comité de Calidad

Se nombra al representante de la alta dirección quien será el principal responsable del funcionamiento y mantenimiento del SGC, Asimismo se forma el Comité de Calidad quienes en conjunto con el Representante de la Alta Dirección serán los responsables de planear, coordinar y controlar las actividades de implementación y funcionamiento del SGC.

Tabla 3: Actividades del paquete Designación de representante de la Alta dirección y Comité de Calidad

Actividades	Duración (Días)
Se designará al representante de la Alta dirección (Presidente del Comité de Calidad)	1
Se designará a los miembros del Comité de Calidad ²¹	1
Total (Días)	2

3. Distribución de la documentación.

En esta actividad se inicia con la reproducción de los ejemplares de la documentación que comprende el SGC y su correspondiente distribución, por lo cual se da entrada al sistema con plenitud, a realizar las labores propias de cada unidad de la Administración Superior y Centro del Aparato Locomotor de acuerdo a lo establecido en cada manual y respetando las guías.

Tabla 4: Actividades del paquete Distribución de la documentación

Actividades	Duración (Días)
Reproducción de la Documentación del SGC	9
Distribución de la Documentación Presidencia, Gerencia Administrativa, Administración Superior y CAL	1
Total (Días)	10

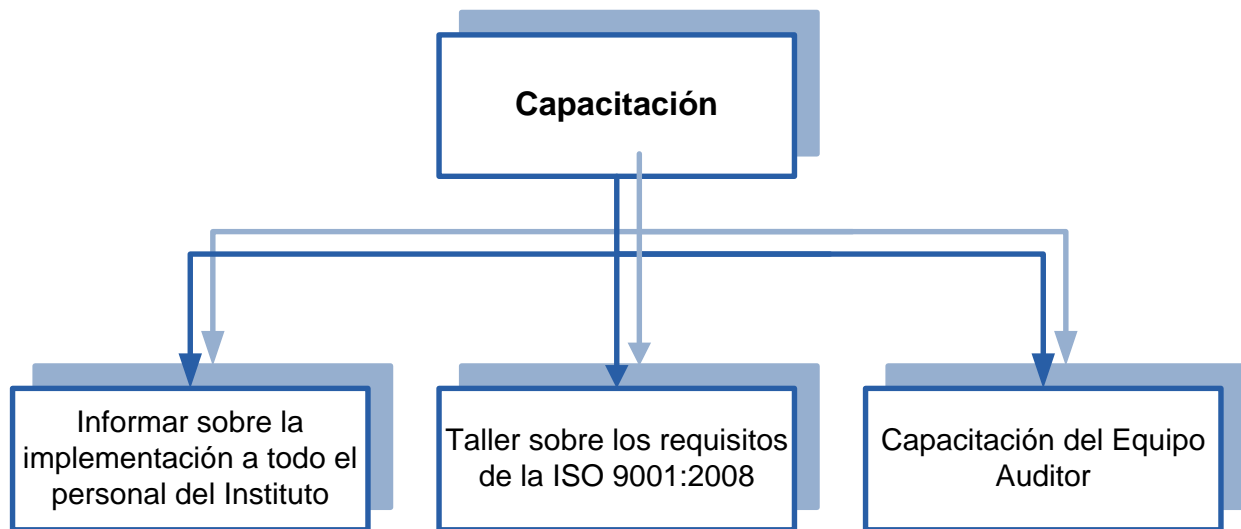
2.1.2. Subsistema: Capacitación

El desarrollo de este subsistema comienza principalmente con la información a todo el personal sobre la implementación del SGC e información acerca del mismo tal como su alcance, objetivos de calidad, política etc., con lo cual todos deben familiarizarse para lograr una efectiva implementación.

Otros paquetes de gran importancia son los involucrados con las capacitaciones necesarias para el personal de la institución con la cuales permitirán que estos posean los conocimientos sobre el sistema y apoyen los esfuerzos de la dirección en la ejecución proyecto.

²¹ Ver propuesta de Formación de Comité de Calidad en Capítulo de Diseño en la pagina 578.

Esquema 4: Subsistema Capacitación



1. Informar sobre la implementación a todo el personal

Se informara a nivel Administrativo y operativo del ISRI, con el fin de dar a conocer el trabajo a realizarse dentro del sistema, lo cual se desarrollará en una primera fase con la convocatoria a una reunión general para las jefaturas de la Administración Superior y Centro del Aparato Locomotor en la cual se presentara:

- La política de Calidad
- Objetivos de Calidad
- Misión y Visión de la Institución
- Valores
- Alcance del SGC en el cual se involucran los procesos y procedimientos por cada una de las áreas
- Conformación del comité de Calidad y sus respectivas funciones
- Beneficios de la implementación del SGC.

Posteriormente informadas las diferentes Jefaturas y Director del Centro estos tendrán el deber de transmitir la información al personal operativo que tienen a su cargo en las diferentes unidades, a fin de que todo el personal posea el conocimiento de la adopción del SGC en el Instituto y contribuya de manera positiva en el desarrollo de la implementación.

Tabla 5: Actividades del paquete Informar sobre la implementación a todo el personal

Actividades	Duración (Días)
Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	1
Informar sobre la implementación a nivel operativo	1
Total (Días)	2

2. Taller sobre los requisitos de la ISO 9001:2008

El objetivo del desarrollo de este taller es que el personal Administrativo y Operativo de la Institución posean los conocimientos sólidos sobre lo que es el SGC, y los requisitos que establece la Norma ISO 9001:2008, a fin de que el proceso de implementación sea efectivo y no exista una resistencia al cambio por los nuevos lineamientos de trabajo propuestos, ya que para el éxito del proyecto es necesario el apoyo y colaboración de todos los niveles jerárquicos.

Actividades a realizar:

Tabla 6: Actividades del paquete Taller de los requisitos de la ISO 9001:2008

Actividades	Duración (Días)
Elaboración y envío de memorándum a participantes	0.5
Preparación y equipamiento del local	1.5
Realizar taller sobre requisitos de la ISO 9001:2008 para Jefaturas de Administración Superior, Director y Administradora del CAL, Gerencia Administrativa y Presidencia	3
Realizar taller sobre requisitos de la ISO 9001:2008 para el personal operativo	3
Total (Días)	8

➤ Aspectos generales del Taller

- El Taller deberá realizarse en un lugar propicio para la interacción entre los participantes de manera que exista ausencia de interrupciones por motivos ajenos al desarrollo del Taller.
- Las instalaciones para el desarrollo del Taller deberán ser cómodas con un adecuado sistema de ventilación para evitar la pérdida de atención de los participantes por aspectos ambientales.
- Proveer al Capacitador los medios audiovisuales adecuados para que este desarrolle el Taller sobre los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 a fin de que los miembros comprendan el tema en cuestión.
- Durante el Desarrollo del Taller se deberá hacer énfasis a los participantes que el uso de celulares será restringido para evitar distracciones o interrupciones hacia el facilitador e incluso a los mismos participantes.
- Se debe considerar que el tiempo para el desarrollo del Taller no sea demasiado extenso para que los participantes no pierdan el interés en el tema, además deben existir pausas en las jornadas para que los participantes descansen y puedan asimilar el contenido desarrollado

➤ **Temario propuesto para el desarrollo del Taller**

Los temas a desarrollar son los siguientes:

1. Conceptos de Normalización y de Norma.
2. Generalidades acerca de la ISO.
3. Definiciones Básicas.
 - a. Concepto de Calidad
 - b. Sistema de Gestión de Calidad
 - c. Cliente
 - d. Satisfacción del cliente
 - e. Requisito
 - f. Mejora Continua
 - g. Proceso
 - h. Procedimiento
4. Familia de las ISO 9000, Sistemas de Gestión de Calidad.
5. Cláusulas de la Norma ISO 9001:2008.
6. Requisitos Generales del SGC.
7. Estructura documental, definiciones.
 - a. Política de Calidad
 - b. Objetivos de Calidad
 - c. Manual de Calidad, Procedimientos
 - d. Otros documentos (instructivos etc.)
 - e. Registros
8. Preguntas y respuestas.

3. Capacitación del Equipo auditor

Se realiza mediante una serie de capacitaciones para la formación de auditores Internos del SGC, este Equipo Auditor está formado por el Comité de Calidad del ISRI el cual debe conocer el marco general de las cláusulas de la norma ISO 9001:2008, la estructura y la documentación requerida por el SGC.

A continuación se detallan las actividades:

Tabla 7: Actividades del paquete Capacitación del Equipo Auditor

Actividades	Duración (Días)
Formación del Equipo Auditor	
Elaboración y distribución de memorándums a miembros del Comité de Calidad	0.75
Nombramiento oficial del equipo auditor	1

Capacitación sobre características del auditor y generalidades de la auditoría de calidad	
Elaboración y envío de memorándums a personal a capacitar	0.5
Preparación y equipamiento de local	1
Realización de la capacitación	1
Capacitación sobre auditoría de calidad	
Elaboración y envío de memorándums a personal a capacitar	0.75
Preparación y equipamiento de local	1
Realización de la capacitación	2
Total (Días)	8

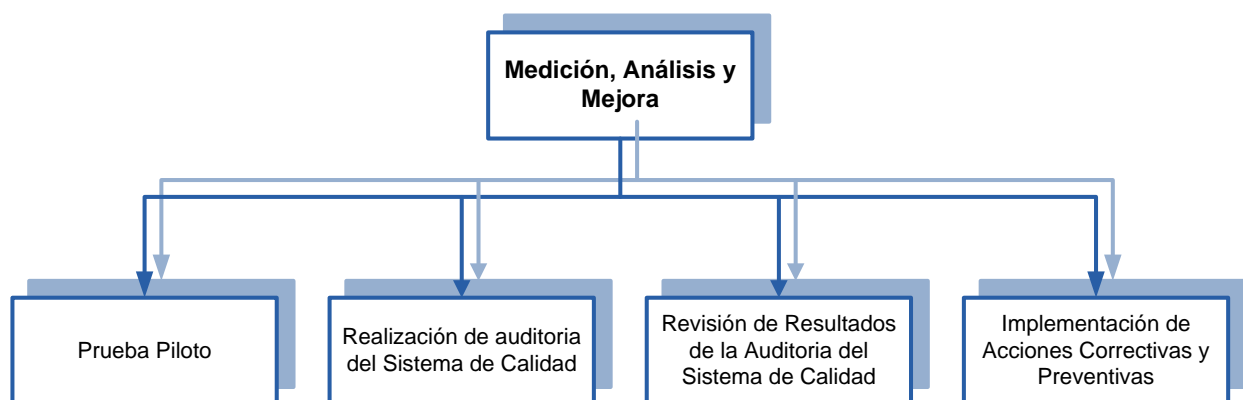
2.1.3. Subsistema: Medición, Análisis y Mejora

Este subsistema está conformado de tal manera que primero se desarrolla una prueba piloto del sistema, con el objetivo de identificar como se ejecuta el funcionamiento del mismo, posteriormente será necesaria la realización de una auditoría del sistema para identificar posibles oportunidades de mejora aplicando acciones correctivas y preventivas logrando así dejar a pleno el SGC.

La mejora de los procesos y procedimientos del ISRI, espera lograr la reducción del número de no conformidades detectadas en los servicios, dichas inconformidades se refieren a cualquier deficiencia en las características del servicio o en la prestación de este lo que ocasiona el incumplimiento de las necesidades o requisitos de los usuarios.

Para la ejecución de estos procesos, se presenta el siguiente desglose de paquetes de trabajo:

Esquema 5: Subsistema Medición, Análisis y Mejora



1. Prueba Piloto

Este paquete de trabajo consiste en realizar una prueba del SGC, en esta prueba el personal del ISRI trabajara de acuerdo a los lineamientos establecidos en la documentación (manuales, guías, etc.),

poniendo en práctica los procesos y procedimientos que abarca el sistema en todas las unidades de la Administración Superior y el Centro del Aparato Locomotor.

Tabla 8: Actividades del paquete Realización de Auditoría del Sistema de Calidad

Actividades	DURACIÓN(Días)
Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC	20
Total (Días)	20

2. Realización de auditoría del Sistema de calidad

Esta actividad se lleva a cabo una vez que el sistema de calidad ha sido totalmente documentado y los procedimientos han sido puestos en marcha. Constituye la primera aplicación del procedimiento de auditoría del sistema de calidad.

Actividades a realizar:

Tabla 9: Actividades del paquete Realización de Auditoría del Sistema de Calidad

Actividades	DURACIÓN(Días)
Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1
Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1
Preparación de lista de verificaciones	2
Realización la auditoría	15
Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4
Presentación de informe de auditoría de calidad a la Alta Dirección	1
Total (Días)	24

3. Revisión de Resultados de Auditoría del Sistema de Calidad

Este proceso consiste en la presentación y revisión de los resultados obtenidos en la Auditoría del Sistema de Calidad con los Jefes y el Comité de Calidad con el objeto de analizar el grado de implementación del SGC y la conformidad con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

Tabla 10: Actividades del paquete Revisión de Resultados de Auditoría del Sistema de Calidad

Actividades	DURACIÓN(Días)
Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	2
Total (Días)	2

4. Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas

Esta actividad consiste en evaluar las no conformidades encontradas y problemas en la implementación del SGC, y orientar la ejecución de las acciones correctivas o preventivas propuestas por el comité de calidad, además de un seguimiento de todas las acciones planteadas para asegurar el logro del buen funcionamiento del sistema.

Actividades a realizar:

Tabla 11: Actividades del paquete Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas

Actividades	DURACIÓN(Días)
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	10
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2
Total (Días)	13

3. PERFIL DEL CONSULTOR EN LA SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para la implementación del sistema es necesario realizar previamente una sensibilización del recurso humano en todos los niveles de la organización, para alcanzar los objetivos establecidos una vez el sistema de gestión de calidad este implementado.

Se ha establecido el perfil del consultor, que oriente una formación en adquirir una cultura de calidad en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el cual debe reunir las siguientes características:

Aptitudes personales

Se recomienda que un consultor sea:

- Observador: del ambiente que le rodea (tanto al entorno físico como a las actividades).
- Perceptivo: consciente y capaz de entender la necesidad de cambio y mejora;
- Versátil: capaz de adaptarse a diferentes situaciones y ofrecer soluciones alternativas.
- Dinámico, Creativo
- Autosuficiente, capaz de actuar y funcionar de manera independiente, y a la vez lograr la atención del público además de facilitar la interacción efectiva con los demás.
- Comunicativo, práctico, responsable.

Perfil Profesional

Se recomienda que el consultor posea los conocimientos adecuados y necesarios para prestar exitosamente sus servicios.

- Ser capaces de entender y aplicar las normas pertinentes que puedan afectar a la institución, por ejemplo:
 - ISO 9000, sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario
 - ISO 9001, sistemas de gestión de la calidad - Requisitos,
 - ISO 9004, sistemas de gestión de la calidad - Directrices para la mejora de la rendimient,
 - ISO 19011, Directrices para la auditoría de sistema de gestión de calidad y / o Medio Ambiente

Además, el consultor debe tener en cuenta otras normas que se requieren en los servicios de consultoría para la Institución: Ejemplo ley del ISRI, Normas específicas del Instituto, entre otras, etc.

🕒 Experiencia Laboral.

La experiencia del consultor puede incluir una combinación de uno o más de los siguientes aspectos:

1. Experiencia en gestión de calidad
2. Experiencia en realización de auditorías de calidad
3. Experiencia en la aplicación de un sistema de gestión de calidad
4. Llevar a cabo funciones relacionadas con la gestión de calidad.

4. DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración del proyecto en la etapa de implementación es el tiempo en que se llevara a cabo la adopción del SGC en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, luego de haber descrito cada uno de los paquetes de trabajo que conforman el desglose analítico se establecen las actividades más importantes y el tiempo que se pretende se realice cada actividad, así mismo también es necesario determinar la secuencia y relación entre cada una de ellas para la efectiva implementación del sistema. A continuación se presenta las actividades que componen el proyecto por cada subsistema y su respectiva duración:

Tabla 12: Actividades de la Implementación del SGC para el ISRI

ACTIVIDAD	DURACIÓN (Días)
Papel de la Alta Dirección del ISRI	
Comunicación del Compromiso de la Implementación	1
Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2
Recibir diferentes cotizaciones	3
Evaluar y seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	2
Establecer, vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2
Designación del representante de la Alta dirección y miembros del Comité	2
Distribución de la documentación del SGC	10

Capacitación	
Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	1
Informar sobre la implementación a nivel operativo	1
Desarrollo de Capacitaciones de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008	8
Desarrollo de Capacitaciones del Equipo Auditor	8
Medición, Análisis y Mejora	
Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC	20
Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1
Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1
Preparación de lista de verificaciones	2
Realización de la auditoría	15
Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4
Presentación de informe de auditoría de calidad a la Alta Dirección	1
Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	2
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	10
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2

Para tener una mejor visualización de las actividades que se realizarán durante la implementación es necesario identificar la relación que existe entre ellas, para lo cual se presenta el siguiente cuadro donde se muestran las actividades, la duración en días y su dependencia.

Tabla 13: Actividades y sus relaciones en la Implementación del SGC para el ISRI

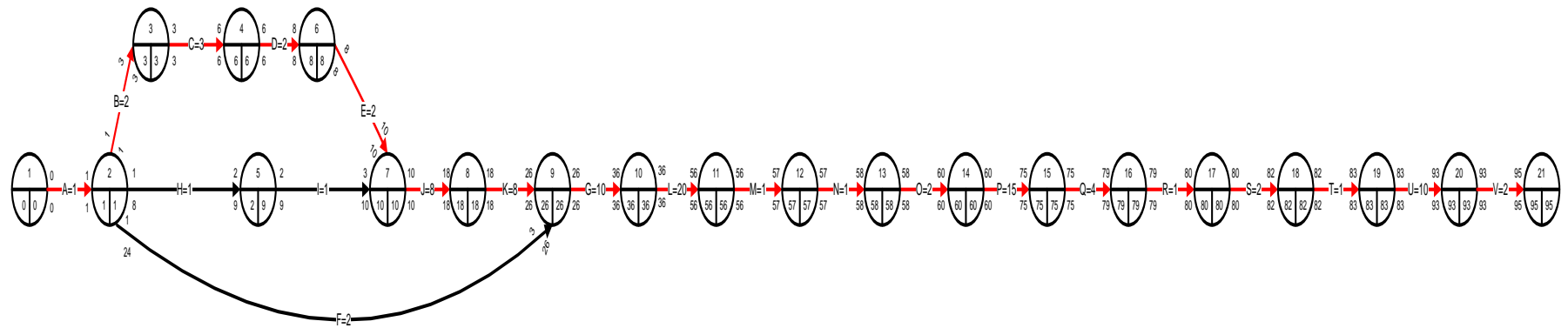
COD.	ACTIVIDAD	DURACIÓN (Días)	DEPENDENCIA
Papel de la Alta Dirección del ISRI			
A	Comunicación del Compromiso de la Implementación	1	-
B	Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2	A
C	Recibir diferentes cotizaciones	3	B
D	Evaluar y seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	2	C
E	Establecer, vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2	D
F	Designación del representante de la Alta dirección y miembros del Comité	2	A
G	Distribución de la documentación del SGC	10	F,K
Capacitación			
H	Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	1	A

I	Informar sobre la implementación a nivel operativo	1	H
J	Desarrollo de Capacitaciones de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008	8	I,E
K	Desarrollo de Capacitaciones del Equipo Auditor	8	J
Medición, Análisis y Mejora			
L	Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC	20	G
M	Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1	L
N	Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1	M
O	Preparación de lista de verificaciones	2	N
P	Realización la auditoría	15	O
Q	Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4	P
R	Presentación de informe de auditoría de calidad a la Alta Dirección	1	Q
S	Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	2	R
T	Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1	S
U	Ejecutar acciones correctivas y preventivas	10	T
V	Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2	U

4.1. Diagrama PERT

Se utilizara el diagrama PERT para representar la duración del proyecto e identificar las actividades que deben de considerarse como de mayor importancia en la implementación pues su ejecución no debe retrasarse, este modelo nos permite principalmente planificar y controlar el desarrollo de cada una de las actividades necesarias para la implementación. A continuación se presente el diagrama de red de la implementación del SGC para el ISRI:

Esquema 6: Diagrama PERT del Proyecto SGC para el ISRI



DURACION DEL PROYECTO : 95 DIAS

RUTA CRÍTICA: →

A-B-C-D-E-J-K-G-L-M-N-O-P-Q-R-S-T-U-V

Según el diagrama anterior la duración total del proyecto es de 95 días hábiles, la ruta crítica está representada por las flechas de color rojo las cuales nos indican las actividades de mayor importancia cuya ejecución no debe retrasarse, identificando que de 22 actividades que componen el proyecto 19 actividades son críticas representando el 86% de todo el proyecto.

5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PROPUESTA PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para que se pueda desarrollar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para el ISRI se deben definir los puestos y funciones de las personas encargadas de la implementación, esto se visualiza en el siguiente organigrama.

Esquema 8: Estructura organizativa para la implementación



Tomando en cuenta el esquema anterior, enfocándose en el primer puesto en mención, el puesto de Administrador del Proyecto es el principal responsable de hacer cumplir lo detallado en el plan de implementación, procurar los recursos y ejecutar las actividades en su tiempo establecido. El Gestor de la Calidad será el encargado de proporcionar las capacitaciones relacionadas al SGC y los requisitos que establece la Norma. El Representante de la Alta Dirección el cual junto con el Administrador de proyectos se encargaran de coordinara las actividades para la implementación del SGC, las funciones y su perfil están definidos en el literal del Representante de la Dirección en la Etapa de Diseño.

Las funciones que competen a esta estructura organizativa se describen con más detalle en el Manual de Organización para la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 el cual es presentado a continuación.



ISRI

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN

INTEGRAL

MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001: 2008 PARA EL ISRI

CÓDIGO DE MANUAL:	M-02-005	VERSIÓN MANUAL:	DE	01
N° DE COPIA:	01			
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutila Ríos			
APROBADO POR:	Dr. Jose Vicente Coto Ugarte, Presidente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral			
FECHA APROBACIÓN:	DE	MARZO 2012		



MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Introducción

El presente Manual de Organización es presentado con el fin de que sirva de guía para desarrollar las actividades que se realicen en cada una de las unidades que componen la administración para la ejecución del proyecto “Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para ISRI”.

Se definen las líneas de autoridad, relaciones de dependencia y otros aspectos importantes que interesan conocer dentro de la organización de la implementación del proyecto. Este manual de organización es un instrumento administrativo que describe cuales son las funciones básicas de cada unidad que comprende la organización para la implementación. Con este Manual se pretende facilitar la toma de decisiones que puedan servir para solucionar racionalmente y en forma óptima los problemas existentes y los que puedan surgir durante el desarrollo de las actividades además ayuda al mejoramiento de la coordinación, comunicación, y supervisión de las distintas áreas.

Este documento contribuirá a que todo el personal conozca los lineamientos que el Administrador del proyecto, El Gestor de Calidad y el Representante de la Dirección tienen definidos para llevar a cabo las diferentes actividades.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

MARZO 2012

FECHA DE APROBACIÓN:

MARZO 2012

PÁGINA:

2 de 7



MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Objetivo General

- Proporcionar un documento técnico que permita explicar en forma clara y sistemática la estructura organizativa, las líneas de autoridad-responsabilidad y la estructura formal. Así como también describir las funciones de los encargados de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI.

Objetivos Específicos

- Dar a conocer los niveles de autoridad y responsabilidad que operan en el área administrativa
- Delimitar el radio de acción de las diferentes unidades.
- Proporcionar una herramienta básica para efectuar al trabajo, basado en la planificación y previsión, evitando así funciones improvisadas.
- Evitar dualidad de funciones.
- Dar a conocer los objetivos y niveles de autoridad de cada una de las unidades del proyecto de implementación.
- Especificar las responsabilidades y funciones de cada una de las unidades del proyecto.
- Servir como guía e instrumento de consulta permanente para el personal.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

MARZO 2012

FECHA DE APROBACIÓN:

MARZO 2012

PÁGINA:

3 de 7



Estructura Organizativa del Proyecto



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

MARZO 2012

FECHA DE APROBACIÓN:

MARZO 2012

PÁGINA:

4 de 7



MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Administrador del Proyecto

Objetivo

Planificar, organizar y controlar todas las actividades necesarias para la realización del proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el ISRI.

Funciones

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de cada actividad de la ejecución del proyecto.
- b) Formular políticas y estrategias para la administración del proyecto.
- c) Dar seguimiento y evaluar cada objetivo propuesto para la implementación del proyecto.
- d) Establecer planes de asignación de recursos para cada unidad y controlar el cumplimiento de los mismos.
- e) Coordinar las funciones de las otras unidades que conforman el proyecto.
- f) Controlar los avances del plan de implementación de acuerdo a lo presupuestado.
- g) Tomar decisiones en situaciones críticas que se presenten durante la implementación del proyecto.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

MARZO 2012

MARZO 2012

5 de 7



MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Gestor de Calidad

Objetivo

Realizar las capacitaciones necesarias para transmitir los conocimientos sobre lo que son los SGC y los requisitos que establece la Norma ISO 9001:2008 al personal del ISRI.

Funciones

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de las capacitaciones respectivas que deben de impartir.
- b) Desarrollar las capacitaciones en días y horas programadas previamente.
- c) Dar seguimiento y evaluar el grado de aprendizaje de los participantes a las capacitaciones.
- d) Colaborar en la sensibilización del Sistema de Gestión de Calidad.
- e) Asesorar en todo lo relacionado a mejorar las concientización del personal en general.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

MARZO 2012

MARZO 2012

6 de 7



MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Representante de la Alta Dirección

Objetivo

Establecer, implementar y mantener los procesos y procedimientos necesarios para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008

Funciones

- a) Planificación de actividades relacionadas con la Concientización y Capacitación del personal involucrado con los procesos que formarán parte del Sistema.
- b) Revisión de la documentación necesaria para el Sistema de Gestión de Calidad.
- c) Dirigir la implementación, evaluación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.
- d) Asegurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Sistema de Gestión de la Calidad.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

MARZO 2012

MARZO 2012

7 de 7

6. LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL SGC

En la etapa de Implementación del SGC en el ISRI no se ha considerado la preparación para la Certificación del mismo ya que la institución considera realizar este proceso cuando el sistema se encuentre implementado y posea cierto tiempo de funcionar efectivamente en el Centro del Aparato Locomotor. Posteriormente, en un futuro el Instituto espera darle continuidad al proyecto e implementar el SGC en los 8 centros de Atención especializada restantes y su correspondiente certificación.

Pero es necesario explicar que es una Certificación para después ser específicos en el tiempo que consume la realización de ella y el costo asociado a esta.

La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad independiente de las partes interesadas mediante la que se manifiesta que una organización, producto, proceso o servicio, cumple los requisitos definidos en unas normas o especificaciones técnicas. En el caso particular es la entidad que emite a través de un certificado que cierta organización cumple con los requisitos que exige la Norma ISO 9001: 2008 y que tiene validez en un periodo determinado de tiempo.

Antes de mencionar los pasos que conlleva la realización de la certificación, se explicaran algunas generalidades de la Institución Certificadora, que ha sido tomada de ejemplo, de la cual se han tomado los pasos a listar, esta es AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación). AENOR está acreditada por ENAC (Entidad Nacional de Acreditación Española) para poder realizar la certificación de sistemas de gestión de la calidad ISO 9001: 2008 en todos los sectores de actividad. A finales del 2010, AENOR había emitido 26.720 certificados de Sistema de Gestión de la Calidad, de los cuales 22.993 en España.

Los pasos a realizar necesarios para lograr obtener la Certificación del SGC, tomados de la página web de AENOR (www.aenor.es) son los siguientes:

- Realizar la solicitud a Institución Certificadora
- Realización de la Auditoria Inicial(Institución Certificadora)
- Se emiten los resultados de la auditoria(Institución Certificadora)
- Elaboración de Plan de acciones correctivas e implementación (Institución que será certificada)
- Realización de Auditorías de evaluación(Institución Certificadora)
- Evaluación y decisión de entregar la certificación si la Institución cumple con los requisitos de la Norma.

Respecto al tiempo que duraran las auditorias depende del alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución solicitante, eso determinara el lapso de tiempo para la realización de las auditorias

por parte de la empresa Certificadora, a la vez todo lo que dure el proceso de certificación dependerá principalmente del alcance del Sistema y del tiempo en que se superen las no conformidades encontradas en la auditoria inicial y en las posteriores auditorias de evaluación, por esas razones no se puede ser específico en el tiempo en el que se obtendrá la certificación que emitirá la Institución Certificadora, que inicia desde que la Institución interesada ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad y solicita a la Institución Certificadora la realización del proceso para poder obtener la certificación del Sistema de Gestión de Calidad implementado.

De la misma forma no se puede ser específico con la cantidad de dinero a invertir para realizar el proceso de certificación, ya que depende de los siguientes elementos: la Empresa certificadora con la cual se contratara el proceso, la cantidad de auditorías a realizar, ya que estas auditorías son costeadas por la empresa interesada en la certificación y están relacionadas directamente con el alcance del Sistema de Gestión de Calidad , en el cual se determinara el tiempo necesario para realizar las auditorias, el personal necesario etc.

De esa forma las variables tiempo y dinero, necesario para obtener la Certificación de un Sistema de Gestión de Calidad, dependen del alcance del Sistema y de la Empresa certificadora a contratar, además del tiempo que la empresa solicitante logre cumplir con los requisitos de la Norma bajo la cual certificara el Sistema de Gestión de Calidad implementado.

El tiempo de duración de la Certificación en promedio es de tres años, después de haber transcurrido este tiempo se realizan otras auditorias para mantener la certificación o renovarla según sea el caso, en el Salvador la Empresa Certificadora: American Trust Register ATR certifico a la Corte Suprema de Justicia bajo la Norma ISO 9001:2000 abarcando los servicios administrativos para las diferentes áreas funcionales del Órgano Judicial orientados a la administración de recursos humanos, adquisición de bienes y servicios, gestión financiera y logística. Con un periodo de validez de la Certificación de tres años (16-04-2008 hasta el 15-04-2011).

Como elemento relevante a la temática de la Certificación, es necesario mencionar las ventajas que trae la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad implementado, algunas de ellas son las siguientes:

- Inspira confianza, tanto a la organización interna como a los usuarios
- Reduce el número y duración de las auditorías externas
- Da acceso a los usuarios potenciales en mejores condiciones
- Mejora de la reputación y del renombre internacional debido a la publicación de la certificación
- Da lugar a verificaciones regulares por un organismo oficial como herramienta de gestión, obteniendo una visión clara del funcionamiento del sistema de calidad
- Garantiza el mantenimiento del sistema de calidad implantado en la institución, mediante auditorias de seguimiento
- Mejora de forma general la organización de la institución

Debido a la importancia que tiene la Certificación del Sistema, también se presentan los nombres de algunas Instituciones Certificadoras como primer paso para la selección de ellas, estas son las siguientes:

- **AENOR:** Asociación Española de Normalización y Certificación, es una institución dedicada al desarrollo de la normalización y la certificación en todos los sectores industriales y de servicios. Experiencia: Certifico las siguientes instituciones: CEL, Ministerio de Hacienda.
- **ATR:** American Trust Register R.C.: organismo mexicano que se establece como una Sociedad Civil y se encarga de Certificar Sistemas de Gestión de la Calidad y Sistemas de Gestión Ambiental. Experiencia: Certifico al Órgano Judicial del País.
- **ICONTEC:** Es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, Organismo Nacional de Normalización de Colombia.

CAPITULO V: EVALUACIONES DEL PROYECTO

A. EVALUACIÓN DE CALIDAD

Debido a la naturaleza del proyecto a implementar, es decir, el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para el ISRI, es necesario realizar diversas evaluaciones para visualizar la conveniencia de la implementación del Sistema en la Institución, entre las evaluaciones a realizar, la primera es la evaluación de calidad, la cual consiste en la medición del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, para realizar esta tarea, se utilizan parte de las herramientas que se usaron en la etapa de Diagnostico para determinar la brecha existente del ISRI respecto a los requisitos del Norma, esta evaluación se realiza de la siguiente manera:

1. Estimación del Nivel de Cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.

Con el diseño del Sistema de Gestión de Calidad se aspira reducir la brecha existente determinada en la etapa de Diagnostico del 33%, para lograr ese propósito, se presentan las siguientes tablas en las cuales se muestra el nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, junto con la observación respectiva en la columna derecha ultima acerca del porcentaje de cumplimiento del requisito, la primera tabla contiene los elementos **que no son parte de las exclusiones** y que se calificaron en base los dos cuestionarios utilizados en la etapa de Diagnostico, los cuales son los requisitos que se cumplen con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008, la segunda tabla presenta el cumplimiento de los requisitos que se excluyeron de los cuestionarios que se utilizaron, de esta forma se presentan todos los requisitos que han sufrido cambios en el porcentaje de cumplimiento a razón del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad , esto se muestra a continuación:

Tabla 1: Cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 evaluados con los Cuestionarios que han sufrido cambios con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI

Cuestionario 1, Administración Central			
4.SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION			
4.2.1 Generalidades			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
4	¿En su Unidad, están documentados los procesos?	100 %	En el manual de Procedimientos del ISRI están documentados todos los procedimientos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad, estos procedimientos son los que componen cada proceso, estos procesos están detallados en el Manual de Calidad del ISRI, debido a eso se cumple al 100% el requisito.
6	¿Existe un procedimiento de control de los documentos de la Institución?	100%	El procedimiento control de los documentos se encuentra en el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.
7	¿Existe un procedimiento de control de los registros de la Institución?	100%	El procedimiento control de los registros se encuentra en el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS			
6.2 RECURSOS HUMANOS			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
18	¿Se cuenta con la descripción de los perfiles de los puestos de acuerdo con el trabajo a desarrollar?	100%	En el Manual de Puestos y Funciones del ISRI se encuentra la descripción de los perfiles de los puestos acorde al trabajo a desarrollar
Cuestionario 2, Centro del Aparato Locomotor			
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE			
7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
8	¿Existe una metodología definida para la determinación	100%	La metodología está definida en el procedimiento Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación que se encuentra en el Manual de

	de los requisitos (perfiles) usuarios para la prestación de los servicios de rehabilitación?		Procedimientos del ISRI.
9	¿Existe alguna metodología definida para la determinación de los requisitos (recurso humano, Recurso Monetario, Equipo y Materiales) de los servicios de rehabilitación?	100%	La metodología está definida en el procedimiento Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación que se encuentra en el Manual de Procedimientos del ISRI.
7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO (SERVICIO)			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
15	¿Se encuentran descritos los pasos a seguir y las responsabilidades para realizar la revisión de los requisitos del usuario?	100%	Los pasos a seguir y las responsabilidades para realizar la revisión de los requisitos del usuario están descritos en el procedimiento Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación que se encuentra en el Manual de Procedimientos del ISRI.
7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
17	¿Existe un método que utilice el ISRI para comunicarse eficazmente con el usuario?	100%	El método eficaz para poder comunicarse el ISRI con el usuario de los servicios de rehabilitación, se encuentra detallado en el procedimiento Medición de la Satisfacción del usuario utilizando encuestas periódicamente además de lo registrado en el buzón de sugerencias, esto se encuentra en el Manual de Procedimientos del ISRI y el Manual de Calidad.
7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
30	¿Existe algún proceso de revisión periódica de la planificación de las políticas y del desarrollo de los servicios de rehabilitación en base a la satisfacción de las necesidades de los usuarios?	100%	En el Manual de Procedimientos del ISRI se encuentra el procedimiento de Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación y las revisiones efectuadas en este procedimiento y sus resultados quedan plasmadas en el Registro de Revisión del diseño y desarrollo los servicios de rehabilitación. Además que se toman en cuenta los resultados del procedimiento medición de la satisfacción del usuario.

7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
34	¿Existe algún proceso que permita validar que se está cumpliendo lo planificado versus lo desarrollado para la prestación de los servicios de rehabilitación?	100%	Los pasos que permiten la validación acerca del cumplimiento de lo planificado versus lo ejecutado se encuentran para el CAL en el procedimiento de Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación y el procedimiento de Supervisión del uso del Sistema de Control de la Gestión Técnica a los Centros de Atención estos se encuentran en el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.
7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
42	En cuanto a los procesos que se realizan para la prestación de los servicios del ISRI, ¿Se han definido los pasos o lineamientos de dichos procesos?	100%	En el procedimiento Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación que está en el Manual de Procedimientos del ISRI tiene los pasos necesario que llevan a la validación de los procesos de producción que se realizan en la UOT y en los servicios de rehabilitación que se brindan en el CAL. Además se han definido todos los pasos a seguir para las prestación de los servicios de rehabilitación en cada procedimiento perteneciente al CAL.
7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
45	¿Se encuentran identificados los diferentes servicios a brindar a lo largo de todo el proceso de rehabilitación del paciente?	100%	Se han definido las diferentes etapas que conforman los servicios de rehabilitación que se ofrecen en el ISRI estos se encuentran descritos en el Manual de Calidad, esta identificación nace resultado de los siguientes registros: Registro de atenciones brindadas por área de atención, Control de Asistencia y Administración de Expedientes, pertenecientes al proceso Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación, estos están detallados en el Manual de Procedimientos del ISRI. Sin olvidar mencionar que los responsables de cada una de las actividades y las actividades a realizar en cada etapa se encuentra detalladas en cada procedimiento para la prestación servicios de rehabilitación que están en el Manual de Procedimientos de Calidad apoyándose también en los Lineamientos que se tienen en el CAL para prestar los servicios de rehabilitación.
46	¿Se encuentran identificadas las diferentes etapas de todo el proceso de rehabilitación del paciente?	100%	
47	¿Se encuentran identificados los responsables de las diferentes etapas de todo el proceso de rehabilitación del paciente?	100%	

8. MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA			
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN			
8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
55	¿Cuentan con algún instrumento utilizado para medir la satisfacción del cliente?	100%	Se cuenta con el Procedimiento de Medición de la satisfacción de los usuarios en el Manual de Procedimientos del ISRI.
8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
59	¿Cuentan con una metodología para medir la eficiencia de los procesos en su unidad?	100%	Para ejecutar el seguimiento y medición de los procesos, se cuenta con los siguientes procedimientos: Seguimiento y evaluación del plan de trabajo, Supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED y la Supervisión de uso del sistema de Epidemiología. Todos estos procedimientos pertenecientes al Proceso: Gestión de Planificación Institucional sirven para realizar el seguimiento y medición de los procesos. Así como también el procedimiento Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación, que se encuentran en el Manual de Procedimientos del ISRI y el Manual de Calidad del ISRI.
8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
62	¿Se encuentran definidas las pautas del seguimiento y supervisión de la prestación de servicios de rehabilitación?:	100%	El seguimiento, evaluación y medición de la prestación de los servicios de rehabilitación se encuentra definido en los siguientes procedimientos: Seguimiento y evaluación del plan de trabajo, Medición de la satisfacción de los usuarios, Verificación del Diseño y desarrollo del servicios de Rehabilitación, Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación, y el Procedimiento de control de servicio no conforme, todos estos se encuentran en el Manual de Procedimientos del ISRI.
8.3 CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME			
N°	Pregunta	Cumplimiento	Observación
64	¿Cuentan con una metodología para determinar la no conformidad en los productos o servicios brindados?	100%	La metodología se encuentra en el siguiente procedimiento: procedimiento de control de servicio no conforme contenido en el Manual de Procedimientos del ISRI.

En la tabla siguiente se detalla cada requisito que exige la Norma ISO 9001:2008 que **fue excluido de los cuestionarios** que se utilizaron en la Administración Superior y el CAL para verificar el cumplimiento de cada numeral de la Norma ISO 9001:2008, en la tabla se encuentran en letra negrita y cursiva, en la columna izquierda, los requisitos que han sufrido cambios con el diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI, y en la columna ultima derecha se encuentra la observación respectiva al cambio en porcentaje del cumplimiento del requisito:

Tabla 2: Cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 que forman parte de las exclusiones de los Cuestionarios que han sufrido cambios con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI

REQUISITOS	ISRI CON EL DISEÑO DEL SGC				OBSERVACIÓN
	% Asignado	% Cumplido	Sub Total	Total	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD					
4.1. Requisitos generales					Los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad y la secuencia e interacción de estos procesos, se encuentran detallados en el Manual de Calidad del ISRI, debido a eso es su cumplimiento es del 100%. Los métodos necesarios para asegurarse que el control de estos procesos sean eficaces, se encuentran descritos en el apartado de los indicadores de medición de los procedimientos que componen los procesos del SGC, estos se encuentran en el Manual de Indicadores y en cada procedimiento que compone el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad por esa razón el porcentaje de
Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad	25%	100%	25%	88%	
Determinar la secuencia e interacción de estos procesos	25%	100%	25%		
Determinar los métodos necesarios para asegurarse que el control de estos procesos sean eficaces	25%	80%	20%		
Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para la operación y el seguimiento de estos procesos	25%	70%	18%		
4.2. Requisitos de la documentación					
4.2.2. Manual de la calidad					
El manual de Calidad debe de contener:					
El alcance del sistema de gestión de la calidad.	33%	100%	33%	100%	

Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad.	33%	100%	33%		cumplimiento llega al 80%.
Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.	33%	100%	33%		Referente al aseguramiento de la disponibilidad de recursos e información necesarios para la operación y el seguimiento de estos procesos, este requisito no sufre ninguna modificación ya que no se ha implementado el sistema de Gestión de Calidad en el ISRI. El requisito de la Documentación relativo al Manual de Calidad se cumple al 100% con el diseño del Manual de Calidad para el ISRI.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN					
5.4. Planificación					
5.4.1. Objetivos de la calidad					
Se deben de establecer los objetivos de la calidad	50%	100%	50%	25%	Con el establecimiento de los objetivos de Calidad siendo estos medibles y coherentes con la Política de Calidad se cumple al 100% el requisito de los objetivos de calidad los cuales se encuentran en el Manual de Calidad del ISRI.
Los objetivos deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.	50%	100%	50%		
5.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad					
La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los objetivos de la calidad, además de mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad	100%	0%	0%	0%	Con respecto al requisito 5.5.2 se han establecido los Lineamientos del Representante de la Dirección que contienen las responsabilidades a ejecutar por él, en conjunto con las responsabilidades del Comité de Calidad que trabajaran de la mano para cumplir con los
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación					
5.5.2. Representante de la dirección					

La alta dirección debe designar un miembro de la dirección que debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:				47%	objetivos de Calidad y velar que se cumplan los lineamientos para el eficaz funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad, además de establecer los lineamientos de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad que componen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad debido que solo se cumple el establecimiento el porcentaje de cumplimiento es del 70% ya que no se ha implementado y mantenido los procesos necesarios del SGC.
Se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad	33%	70%	23%		
Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad	33%	20%	7%		
Se promueva la toma de conciencia de los requisitos del usuario en todo el ISRI	33%	50%	17%		
5.6. Revisión por la dirección					
5.6.1. Generalidades					
La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad del ISRI, a intervalos planificados.	100%	40%	40%	40%	Respecto al requisito revisión por la dirección a intervalos planificados y la recolección de todos los elementos necesarios para poder realizar la revisión del Sistema de Gestión de Calidad como lo son los resultados de la auditoria de Calidad, el desempeño de los procesos etc. No representa ninguna modificación debido a que no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008, por ende no se puede revisar y tener esa información de entrada necesaria para las revisiones.
5.6.2. Información de entrada para la revisión					
La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:					
Los resultados de auditorías	14%	50%	7%	39%	
La retroalimentación del cliente	14%	50%	7%		
El desempeño de los procesos	14%	40%	6%		
La conformidad del servicio	14%	40%	6%		
El estado de las acciones correctivas y preventivas	14%	50%	7%		
Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas	14%	20%	3%		
Las recomendaciones para la mejora.	14%	20%	3%		
5.6.3. Resultados de la revisión				20%	

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.	100%	20%	20%		
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS					
6.1. Provisión de recursos				65%	Respecto al requisito Gestión de los recursos, el ISRI debe de proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el Sistema de Gestión de Calidad así como los necesarios para aumentar la satisfacción del usuario mediante el cumplimiento de los requisitos, estos elementos no sufren alguna modificación en el porcentaje de cumplimiento debido a que no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008.
La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:					
Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia	50%	50%	25%		
Aumentar la satisfacción del usuario mediante el cumplimiento de sus requisitos.	50%	80%	40%		
6.3. Infraestructura				80%	Respecto a la Infraestructura necesaria para mantener la conformidad de los requisitos del usuario de los servicios de rehabilitación no sufre alguna modificación debido a que sin la implementación del Sistema de Gestión de Calidad la situación actual de cumplimiento de los requisitos del ISRI se mantiene igual.
La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos para brindar los servicios de rehabilitación. La infraestructura debe incluir:					
Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados,	33%	80%	27%		
Equipo para los procesos	33%	80%	27%		
Servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).	33%	80%	27%		
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS					
7.5. Producción y Prestación de los servicios					A razón de que no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad basado en la
7.5.5. Preservación del producto				75%	

Mantener la conformidad con los requisitos del servicio	100%	75%	75%		Norma ISO 9001:2008 el mantenimiento de la conformidad con los requisitos de los servicios de rehabilitación permanece sin ninguna modificación el porcentaje de cumplimiento.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA					
8.1. Generalidades					
Planificación e implementación de procesos de seguimiento	25%	50%	13%	50%	Respecto al requisito medición, análisis y mejora puntualizando en el numeral 8.1 no ha sufrido ninguna modificación en el porcentaje de cumplimiento, debido a que no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad, por ende no se han implementado los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora así como no se ha ejecutado el procedimiento de auditoría interna de Calidad, debido a eso no se han planificado las auditorias, no se mantienen los registros de estas, no se ha asegurado la realización de las correcciones para eliminar las no conformidades etc. A razón de la no implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 no ha sufrido alguna modificación el requisitos 8.2
Planificación e implementación de procesos de medición	25%	50%	13%		
Planificación e implementación de procesos de análisis	25%	50%	13%		
Planificación e implementación de procesos de mejora	25%	50%	13%		
8.2. Seguimiento y medición					
8.2.2. Auditoría interna					
Planificación de las auditorias en base a estado de procesos y áreas a auditar y auditorias previas	25%	80%	20%	70%	
Definición de responsabilidades y de los requisitos para las auditorias	25%	70%	18%		
Mantener registros de las auditorias y sus resultados	25%	80%	20%		
Dirección se asegura de la realización de las correcciones para eliminar no conformidades	25%	50%	13%		
8.4. Análisis de datos					
Determinación de datos apropiados para medir el SGC	33%	60%	20%	67%	
Recolección de datos	33%	80%	27%		
					Respecto al numeral 8.4 y 8.5 , los datos

Análisis de datos recolectados	33%	60%	20%		apropiados para medir el Sistema de Gestión de Calidad así como la mejora del Sistema de Gestión de Calidad el porcentaje de cumplimiento no ha sufrido ninguna modificación ya que está condicionado a que la determinación de los datos y el análisis de datos recolectados del Sistema de Gestión de Calidad sin olvidar la mejora del Sistema no se puede determinar sin haber implementado el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el ISRI.
8.5. Mejora					
8.5.1. Mejora continua					
Mejora del SGC mediante Política de calidad y Objetivos de calidad	20%	0%	0%	51%	
Mejora del SGC mediante resultados de auditorías	20%	80%	16%		
Mejora del SGC mediante análisis de datos	20%	75%	15%		
Mejora del SGC mediante acciones correctivas y preventivas	20%	50%	10%		
Mejora del SGC mediante revisión por la Dirección	20%	50%	10%		
8.5.2. Acción correctiva					60%
Existencia de un procedimiento documentado para revisar las no conformidades y determinar sus causas	33%	100%	33%		
Adopción de acciones correctivas que aseguren la no repetición de las no conformidades	33%	60%	20%		
Registrar resultados de acciones correctivas tomadas y su eficacia	33%	20%	7%		
8.5.3. Acción preventiva					48%
Existencia de un procedimiento documentado para determinar las no conformidades potenciales y sus causas	33%	100%	33%		
Actuar oportunamente para prevenir la ocurrencia de las no conformidades	33%	25%	8%		
Registrar resultados de acciones preventivas tomadas y su eficacia	33%	20%	7%		
					En el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI se encuentra el procedimiento acciones correctivas y el de acciones preventivas por lo cual se cumple al 100% el elemento que compone el requisito de acciones correctivas y preventivas.

2. *Resumen general comparativo del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI*

La tabla que se presenta a continuación muestra el resumen del total de requisitos a cumplir con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, a la vez que señala el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 del ISRI actualmente y con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001.2008.

Tabla 3: Resumen General comparativo del cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI

REQUISITO NORMA ISO 9001:2008	ISRI CON EL DISEÑO DEL SGC			ISRI ACTUALMENTE			
	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	TOTAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	TOTAL	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD							
4.1. Requisitos generales		87.50%	90.00%		70.00%		
4.2. Requisitos de la documentación		92.50%			42.73%		
4.2.1. Generalidades	90.00%						61.82%
4.2.2. Manual de la calidad	100.00%						0.00%
4.2.3. Control de los documentos	90.00%						54.55%
4.2.4. Control de los registros	90.00%						54.55%
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1. Compromiso de la dirección		90.00%	81.64%		75.00%	62.22%	
5.2. Enfoque al cliente		97.00%			95.45%		
5.3. Política de la calidad		90.00%			86.36%		
5.4. Planificación		85.00%			0.00%		
5.4.1. Objetivos de la calidad	100.00%						0.00%
5.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad	70.00%						0.00%
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación		75.00%			63.64%		
5.5.1. Responsabilidad y autoridad	95.00%				90.91%		

5.5.2. Representante de la dirección	40.00%			40.00%		
5.5.3. Comunicación interna	90.00%			60.00%		
.6. Revisión por la dirección						
5.6.1. Generalidades	40.00%	52.86%		40.00%	52.86%	
5.6.2. Información de entrada para la revisión	38.57%			38.57%		
5.6.3. Resultados de la revisión	80.00%			80.00%		
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS						
6.1. Provisión de recursos		65.00%			65.00%	
6.2. Recursos humanos						
6.2.1. Generalidades	90.00%	92.50%		77.27%	84.09%	
6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia	95.00%		83.13%	90.91%		80.00%
6.3. Infraestructura		80.00%			80.00%	
6.4. Ambiente de trabajo		95.00%			90.91%	
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS						
7.1. Planificación de la realización de los servicios		90.00%			75.00%	
7.2. Procesos relacionados con el cliente						
7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con los servicios	90.00%	91.67%		71.43%	76.79%	
7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con los servicios	90.00%			66.07%		
7.2.3. Comunicación con el cliente	95.00%			92.86%		
7.3. Diseño y desarrollo						
7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo	96.43%	94.49%	91.30%	96.43%	87.76%	78.86%
7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	95.00%			89.29%		
7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo	90.00%			71.43%		
7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo	95.00%			92.86%		
7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo	100.00%			100.00%		
7.3.6. Validación del diseño y desarrollo	90.00%			71.43%		

7.3.7. Control de los cambios del diseño y desarrollo	95.00%			92.86%		
7.4. Compras						
7.4.1. Proceso de compras	95.00%	91.67%		87.50%	60.98%	
7.4.2. Información de las compras	90.00%			50.00%		
7.4.3. Verificación de los productos comprados	90.00%			45.45%		
7.5. Producción y Prestación de los servicios						
7.5.1. Control de la prestación de los servicios	90.00%	90.00%		82.86%	86.93%	
7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios	95.00%			92.86%		
7.5.3. Identificación y trazabilidad	90.00%			83.93%		
7.5.4. Propiedad del cliente	100.00%			100.00%		
7.5.5. Preservación del producto	75.00%			75.00%		
7.6. Control de los equipos de seguimiento y de medición		90.00%			85.71%	
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA						
8.1. Generalidades		50.00%			50.00%	
8.2. Seguimiento y medición						
8.2.1. Satisfacción del cliente	100.00%	87.50%		100.00%	69.96%	
8.2.2. Auditoría interna	70.00%			70.00%		
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	90.00%			57.14%		
8.2.4. Seguimiento y medición de los servicios	90.00%			52.68%		
8.3. Control del servicio no conforme		90.00%			66.07%	
8.4. Análisis de datos		66.67%			66.67%	
8.5. Mejora						
8.5.1. Mejora continua	51.00%	53.11%		51.00%	39.78%	
8.5.2. Acción correctiva	60.00%			46.67%		
8.5.3. Acción preventiva	48.33%			21.67%		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO			83.11%			67.19%

Tomando en cuenta los datos anteriormente expuesto en las tablas, se presenta a continuación la evaluación de calidad que consiste en mostrar el porcentaje de cumplimiento de los requisitos que exige la Norma ISO 9001: 2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad estableciendo la brecha que es el porcentaje a disminuir para lograr el 100% de cumplimiento de los requisitos de la Norma, comparando con la situación actual del ISRI sin el Sistema de Gestión de Calidad.

3. REDUCCIÓN DE LA BRECHA CON EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ISRI BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008

En la tabla siguiente se muestra la brecha existente actualmente, que es el resultado del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 del ISRI en la actualidad, a la vez se muestra brecha que se aspira reducir con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI basado en la Norma ISO 9001:2008:

Tabla 4: Resumen del cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001:2008 del ISRI actualmente con su brecha y con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI

REQUISITO NORMA ISO 9001:2008	ISRI CON EL DISEÑO	ISRI ACTUALMENTE
	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
	%	%
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	90%	56%
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	82%	62%
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	83%	80%
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	91%	79%
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	69%	58%
PROMEDIO DE NIVEL DE CUMPLIMIENTO:	83%	67%
BRECHA	17%	33%

Con el diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para el ISRI, se pretende disminuir la brecha un **16%** logrando dejar la brecha en un **17%**, con un cumplimiento de los requisitos exigidos por la Norma en un **83%** a raíz de la Plataforma diseñada del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI basado en la Norma ISO 9001:2008. Todos estos datos con los cuales se ha determinado la brecha de la situación actual, y del ISRI con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad se encuentran en las tablas anteriormente presentadas.

Con lo cual se concluye que es conveniente desde el punto de vista de la evaluación de Calidad realizar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, ya que con el Diseño de este, se obtiene un porcentaje de cumplimiento de los requisitos que exige la Norma ISO 9001: 2008 del **83%** logrando aumentar este porcentaje con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

B. EVALUACIÓN EN BASE A LOS REQUISITOS DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD

Otra evaluación importante además de la evaluación de Calidad presentada anteriormente, a razón de las particularidades del Proyecto del Sistema de Gestión de Calidad, es la evaluación en base a los requisitos de la Carta Iberoamericana de la Calidad, para la realización de esta, se toma en cuenta lo establecido en la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública que persigue el siguiente objetivo: ***“que se adopte un nuevo modelo de gestión pública que recupere la capacidad de las Administraciones Públicas iberoamericanas como instrumentos útiles y efectivos al servicio del bien común o interés general de sus respectivas sociedades”.***

La Carta Iberoamericana de la Calidad constituye un marco de referencia que posibilita el desarrollo de procesos de reforma y racionalización en la Administración Pública Iberoamericana **mediante el uso de técnicas y herramientas de gestión de calidad en el sector público** por esa razón propone orientaciones para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública de la siguiente manera:

“Los órganos y entes públicos orientarán sus actividades al desarrollo de una estrategia en términos de procesos, basada en datos y evidencias, definiendo objetivos, metas y compromisos a alcanzar. La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la Administración Pública orientada al servicio público. A los efectos de la calidad en la gestión pública, los procesos constituyen una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor añadido”.

“La gestión por procesos en la Administración Pública debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la intervención pública, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los procesos de prestación del servicio desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario, y no desde la perspectiva de la Administración Pública”.

Tomando en cuenta el uso de las herramientas de Gestión de Calidad y el enfoque basado en procesos y considerando la perspectiva del usuario de los servicios, que promueve la Carta Iberoamericana de la Calidad, estos elementos se cumplen con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 en un 83% (cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008) que es el porcentaje reflejado de la misma manera en los requisitos de la Carta que se ven reflejados en: las orientaciones para formular políticas y estrategias de Calidad en la Gestión pública, utilizando la Gestión por Procesos que promueve la Norma ISO 9001: 2008 cumpliendo así el objetivo de la Carta que persigue: **la adopción de un nuevo modelo de gestión pública que recupere la capacidad de las Administraciones Públicas iberoamericanas como instrumentos útiles y efectivos al servicio del bien común o interés general de sus respectivas sociedades.**

Por esas razones evaluando el cumplimiento de lo que promueve la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública es conveniente la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008.

C. EVALUACIÓN ECONÓMICA

La evaluación económica del proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en las normas ISO 9001:2008 para el ISRI, se realiza para un periodo de 3 años, ya que es el tiempo esperado para la realización de la auditoria de certificación, lo cual para el proyecto se considera como referencia para analizar el comportamiento económico que tendrá, a pesar que no es parte de este proyecto la certificación, se considera aplicable para efectos de evaluación. Este periodo indica que la evaluación será para tres años y se plantea realizarla periódicamente cada tres años para tener una mejor apreciación del comportamiento económico del proyecto. La evaluación económica espera determinar si el Sistema de Gestión de Calidad genera suficientes beneficios netos positivos para la economía del ISRI a fin de respaldar la promoción del proyecto.

Es importante resaltar que la evaluación económica del proyecto se realiza bajo un *análisis Incremental*, es decir que, su análisis se basa en el registro de tan solo los ingresos y los costos atribuibles al proyecto y en los cuales no se hubiese incurrido si el proyecto no se hubiese ejecutado.

Es decir, que los ingresos que se registran en el flujo de fondos incremental son claramente atribuibles a la realización del proyecto que se está evaluando. Los ingresos incrementales son los que resultan de una comparación de los ingresos en el escenario con proyecto y sin proyecto. La diferencia sólo se puede atribuir a la ejecución del proyecto.

Por tal motivo la presentación de la evaluación económica en los dos escenarios del proyecto, están realizados en base al análisis Incremental.

Para la evaluación económica es necesario realizar un análisis económico con el objetivo de determinar cuál es el monto de los recursos económicos necesarios para la realización del proyecto.

Es decir en este análisis se determinan todos los Costos en que se incurren en el proyecto.

Es importante definir el término **costo** el cual es un desembolso en efectivo o en especie hecho en el pasado, en el presente, en el futuro o de forma virtual. Así tenemos que, a los costos o desembolsos hechos en el presente (tiempo cero) en una evaluación económica se les llama Inversión.

Para la evaluación económica del proyecto es necesario determinar:

1. La Inversión del Proyecto: Es decir, los egresos monetarios en los que ha de incurrir, estos corresponden principalmente a los costos del diseño, de la implementación y los costos de operación del sistema.
2. La Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR): Es la tasa mínima que se acepta para el descuento de los flujos de efectivo generados por el sistema, de la inversión inicial.
3. Los beneficios Económico: Para el ISRI es en base al resultado del rendimiento de la eficiencia en las atenciones brindadas.
 - a. **Escenario 1:** Sin Política de Gratuidad para los servicios, es decir en aquel caso en que los servicios sean cobrados a la población.

La evaluación del escenario 1 del proyecto se realizara en base:

1. EL VALOR ACTUAL NETO (VAN)
2. LA TASA INTERNA DE RETORNO (TIR)
3. ÍNDICE DE RENTABILIDAD (IR)

- b. **Escenario 2:** Relación Costo-Costo, corresponde a la evaluación de los costos de brindar las atenciones en relación al incremento de la eficiencia.

1. INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO

Como ya se menciona anteriormente la inversión del proyecto esta conformada por los Costos del Diseño del Sistema, los de la Implementación del Proyecto más los Costos de Operación del mismo, los cuales son presentados a continuación:

1.1 Costos del Diseño del Sistema

Son todos aquellos recursos vistos desde el punto de vista monetario que serán necesarios utilizar para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, entre ellos tenemos:

1. Costo de Diseño del sistema
2. Costo de Documentación del sistema

1.1.1 Costo de Diseño del sistema

Este rubro de costo lo constituye el pago a consultores por el diseño del sistema, esto incluye, la determinación del universo de procesos, determinación de procesos claves, establecimiento de política y objetivos de calidad, mapeo de procesos, diseño de la documentación, etc.

Es importante considerar que dichas actividades han sido realizadas por los estudiantes del presente trabajo de graduación, por lo que no constituye un costo real en el que ha de incurrir el ISRI, pero es importante determinarlo para propósitos de evaluación económica del proyecto. Por lo tanto se establece el pago de honorarios a 3 consultores para el diseño del sistema, costo que se presenta a continuación:

Tabla 5: Tabla de Costos del Diseño

AActividad	Duración Mensual	costo mensual	Cantidad de Consultores	costo total
Etapa1: Diagnostico de la Situación Actual del ISRI	4	\$ 450.00	3	\$5,400.00
Etapa 2: Diseño del Sistema de Gestión de Calidad	2	\$ 450.00	3	\$2,700.00
• Documentación de los procedimientos	1 Mes			
• Elaboración de documentación del sistema: manuales y otros documentos	1 Mes			
Total:				\$ 8.100,00

Costo de Documentación del Sistema

Los costos de documentación corresponden a los costos de la documentación del Sistema diseñada en la etapa de diseño del proyecto. Es importante mencionar que es responsabilidad del ISRI la distribución necesaria de los documentos. Las copias correspondientes a cada documento se presentan en el listado maestro documentos. En la tabla siguiente se presenta el cálculo de los costos de documentación:

Tabla 6: Costo de Documentación del Sistema

TTipo de Documento	# de Páginas	# de Copias	Total de Páginas	\$ Impresión/pág	Anillado	Total
Guía de elaboración de documentos	15	14	210	\$ 0.03	\$ 1.00	\$ 7.30
Manual de Organización	50	14	700	\$ 0.03	\$ 1.00	\$ 22.00
Manual de Puestos	91	14	1274	\$ 0.03	\$ 1.00	\$ 39.22
Manual de Calidad	35	14	490	\$ 0.03	\$ 1.00	\$ 15.70
Manual de Procedimientos	415	14	5810	\$ 0.03	\$ 1.00	\$ 175.30
Guía de Indicadores	25	14	350	\$ 0.03	\$ 1.00	\$ 11.50
Total						\$ 268.52

*Fuente: Precios de Impresiones y anillado correspondientes al año 2011.

1.1.2 Costo Total del Diseño del Sistema

El costo total del Diseño del Sistema se obtiene de la suma de los costos determinados anteriormente, los cuales se presentan a continuación.

Tabla 7: Costo Total del Diseño del Sistema

Rubro	Costo
Costo de diseño del sistema	\$ 8,100.00
Costo de Documentación del sistema	\$ 271.02
Total:	\$ 8,371.02

1.2 Costos de Implementación del Proyecto

Son todos aquellos recursos vistos desde el punto de vista monetario que serán necesarios para iniciar las operaciones del Sistema de Gestión de Calidad, entre ellos tenemos:

1. Costos de equipamiento
2. Costo de Capacitaciones
3. Costo de Mano de Obra por capacitaciones y preparaciones
4. Costo por Imprevistos

1.2.1 Costos de Equipamiento

Este costo corresponde al equipo que será necesario para montar el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, los costos de equipamiento son presentados en la siguiente tabla:

Tabla 8: Costo de Equipamiento

Equipo	Costo
1 Computadora Portátil	\$ 675.00
1 Impresor	\$ 32.00
3 Resma de Papel	\$ 12.00
Total	\$ 719.00

*Precios del Mercado 2011

1.2.2 Costo de Capacitaciones

El valor de los costos de capacitación en la implementación de Sistemas Gestión de Calidad consiste en el pago al consultor que brindara las capacitaciones consideradas, este valor se calcula sobre la base del contenido y tiempo propuesto en el plan de capacitaciones, y la cotización se realiza mediante información facilitada por empresas consultoras. El costo de las capacitaciones es igual al producto del total de horas de consultor dedicadas a las capacitaciones por el costo de honorarios por hora del consultor. Los costos se presentan a continuación:

Tabla 9: Costo de Capacitación por Consultoría

Capacitación	Duración	costo día	Cantidad de Consultores	costo total
1. Taller de Requisitos de la Norma ISO 9001:2008: Alta Dirección	3 Días	\$ 315.00	1	\$ 945.00
1. Taller de Requisitos de la Norma ISO 9001:2008: Empleados General	3 Días	\$ 315.00	1	\$ 945.00
2. Capacitación del Equipo Auditor	3 Días	\$ 315.00	1	\$ 945.00
TOTAL				\$ 2,835.00

*Fuente: Pago a Consultores 2011, FEPADE

1.2.3 Costo de Mano de Obra por capacitaciones y preparaciones

Este rubro de costos está constituido principalmente por el costo de las horas hombre a invertir en la participación del personal en las sensibilizaciones y capacitaciones para la implementación del sistema y en las auditoras del mismo.

Estos costos son definidos según la propuesta del plan de capacitaciones presentado y el salario promedio por día del personal que labora en el ISRI²². El cálculo de estos costos se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 10: Costo de Capacitación de la Alta dirección y Jefaturas

Puesto Alta Dirección	Cantidad de empleados	Salario /día	Capacitaciones				Costo Total
			1: Organización del Comité y Representante		2: Norma ISO 9001		
			Duración	\$	Duración	\$	
Presidencia del ISRI	1	\$120.00	3	\$360.00	3	\$ 360.00	\$ 720.00
Gerencias	2	\$ 80.00	3	\$ 240.00	3	\$ 240.00	\$ 960.00
Jefaturas del Administración Superior	10	\$ 51.00	3	\$153.00	3	\$ 153.00	\$3,060.00
Dirección del CAL	1	\$ 75.00	3	\$225.00	3	\$ 225.00	\$ 450.00
Administración del CAL	1	\$ 44.00	3	\$132.00	3	\$ 132.00	\$ 264.00
Total:							\$ 5,454.00

*Fuente: Escalafón de Salarios para el ISRI

²² Escalafón de Salario del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ISRI.

Tabla 11: Costo de Capacitación del Personal en General del ISRI

Puesto General del Personal	#	Salario/día	Capacitación: Norma ISO 9001		Costo Total
			Duración	\$	
Representante de la Dirección	1	\$ 80.00	3	\$240.00	\$ 240.00
Jefaturas del Administración Superior	10	\$ 51.00	3	\$153.00	\$ 1,530.00
Personal del Área Administrativa	10	\$ 15.00	3	\$45.00	\$ 450.00
Dirección del CAL	1	\$ 75.00	3	\$225.00	\$ 225.00
Administración del CAL	1	\$ 44.00	3	\$132.00	\$ 132.00
Personal del Área Técnica Operativa del Cal	5	\$ 15.00	3	\$45.00	\$ 225.00
Total:					\$ 2,802.00

*Fuente: Escalafón de Salarios para el ISRI

Tabla 12: Costo de Capacitación del Comité de Calidad como Equipo Auditor

Puesto: Comité de Calidad	#	Salario/Día	Capacitación de Equipo Auditor		Costo Total
			Duración	\$	
Representante de la Dirección	1	\$ 80.00	3	\$ 240.00	\$ 240.00
Jefaturas del Administración Superior	10	\$51.00	3	\$ 153.00	\$ 1,530.00
Dirección del CAL	1	\$ 75.00	3	\$ 225.00	\$225.00
Total:					\$1,995.00

*Fuente: Escalafón de Salarios para el ISRI

Tabla 13: Costo del Comité de Calidad por Auditorías al Sistema

Puesto: Comité de Calidad	#	Salario/Día	Auditoría de Calidad por Comité de Calidad		Costo Total
			Duración Días	\$	
Representante de la Dirección	1	\$ 80.00	39	\$ 3,120.00	\$ 3,120.00
Jefaturas del Administración Superior	10	\$ 51.00	39	\$ 1,989.00	\$ 19,890.00
Dirección del CAL	1	\$ 75.00	39	\$ 2,925.00	\$ 2,925.00
Total:					\$ 25,935.00

*Fuente: Escalafón de Salarios para el ISRI

Los costos totales de los costos de capacitación de horas hombre son la suma de los costos de Alta dirección mas los costos de nivel Técnico-operativos más los costos por la participación en las auditorias del Sistema.

Tabla 14: Resumen de Costo del Comité de Mano de Obra por capacitaciones y preparaciones

Total de Costo de Oportunidad	Total
Capacitación Alta Dirección	\$ 5,454.00
Capacitación Técnico Operativos	\$ 2,802.00
Capacitación de Equipo Auditor	\$ 1,995.00
Auditoria de la Implementación	\$ 25,935.00
Costo Total	\$ 36,186.00

1.2.4 Costo Total de Implementación

El costo total de Implementación del proyecto se obtiene de la suma de los costos determinados anteriormente, los cuales se presentan en la siguiente tabla resumen.

Tabla 15: Costo Total del Proyecto

Rubro	Costo
Costos de Equipamiento	\$ 719.00
Costo de Capacitaciones	\$ 2,835.00
Costo de Mano de Obra por capacitación	\$ 36,186.00
Total:	\$ 56,482.04

1.3 Costos de Operación del Proyecto

Los costos de operación del Sistema de Gestión de Calidad corresponden a los costos en los que ha de incurrir el ISRI para mantener y administrar el sistema.

Los costos de operación están constituidos por:

1. Costo de Operación por el Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación
2. Costo de Operación por la Gestión del Sistema por el Comité de Calidad

Los rubros que constituyen los costos de operación se presentan a continuación:

1.3.1 Costo de Operación por el Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación

Este costo de operación corresponde a los costos de la utilización permanente de los registros generados por el sistema entre ellos que se incluyen: Formatos, Registros, Encuestas, etc.

Tabla 16: Costo de Utilización del Sistema

Rubro	Cantidad	Costo	Costo Total
Resma	6	\$4.00	\$ 24.00
Tinta	6	\$13.00	\$ 78.00
Total			\$ 102.00

*Fuente: Precios del Mercado 2011

1.3.2 Costo de Operación por la Gestión del Sistema por el Comité de Calidad

Este costo de operación corresponde a los costos por la asignación de personal para ejercer las funciones de representante de la dirección y los miembros del Comité de Calidad. El detalle de esta la jornada de trabajo para los miembros del comité de Calidad se presentan en la *Guía para la formación del Comité de Calidad* en la página 414.

Tabla 17: Costo de Operación de los miembros del Comité de Calidad

*Fuente: Escalafón de Salarios para el ISRI

Comité de Calidad	#	Salario/Día	Participación en sesiones del Comité de Calidad al año		Costo Total
			Duración Días	\$	
Representante de la Dirección	1	\$ 15.00	24	\$ 360.00	\$ 360.00
Jefaturas del Administración Superior	10	\$ 10.00	24	\$ 240.00	\$ 2,400.00
Dirección del CAL	1	\$ 10.00	24	\$ 240.00	\$ 240.00
Total:					\$ 3,000.00

1.3.3 Total de Costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad

El total de costos de operación es la suma de los costos utilización del sistema más el costo de oportunidad de lo miembros del Comité de Calidad. El cálculo de los costos de operación se presenta a continuación:

Tabla 18: Costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad

Rubro	Costo
Costo estimado por el mantenimiento del SGC y utilización de documentación	\$ 102.00
Costos estimados para el Comité de Calidad del SGC	\$ 3,000.00
Total:	\$ 3,102.00

1.4 Costos del Proyecto

En esta sección se presenta el total de Costos del Proyecto, el cual esta constituido por la suma de los costos del *Diseño del sistema* más el *costo de Implementación* más el *costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad*, así como el porcentaje de imprevisto, el cual es denominado *Costo por Imprevistos*, este costo se determina como un margen de seguridad para el proyecto, dado que en el desarrollo intervienen variables que su comportamiento no depende de los ejecutores de proyecto, las cuales de no ser consideradas pueden interferir en desarrollo del mismo, y afectar el desempeño del proyecto.

Para este proyecto se considera una 5% del total de los costos como Costo por Imprevistos.

El resumen de los costos del Proyecto se presenta a continuación:

Tabla 19: Costo del Proyecto del Sistema de Gestión de Calidad

Rubro	Costo
Costo del Diseño del Sistema	\$ 8,371.02
Costos de Implementación del Sistema	\$ 56,482.04
Costo de Operación del Sistema	\$ 3,102.00
Sub Total:	\$ 67,955.06
Costo por imprevisto	\$ 3,397.75
TOTAL:	\$ 71,352.81

2. LA TASA MÍNIMA ACEPTABLE DE RENDIMIENTO (TMAR)

La Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR) es la tasa mínima de ganancia sobre la inversión propuesta. La referencia para que ésta tasa sea determinada es el índice inflacionario. Sin embargo, cuando un inversionista arriesga su dinero, para él no es atractivo mantener el poder adquisitivo de su inversión, sino más bien que ésta tenga un crecimiento real; es decir, le interesa un rendimiento que haga crecer su dinero más allá que compensar los efectos de la inflación. Considerando lo anterior la TMAR se define como:

$$TMAR = i + f + if$$

Donde:

f= inflación

i= premio al riesgo

CALCULO DE LA TMAR

La TMAR utilizada para este proyecto está basada en el valor de la inflación del país correspondiente al año 2011, y el premio al riesgo es considerado en base a la tasa de interés de

diciembre del 2011 para depósitos a 180 días como referencia al riesgo. Las consideraciones para el premio al riesgo son en base a recomendaciones del Departamento de Estabilidad Financiera, de la Gerencia del Sistema Financiero del BCR, dado que en el país no existe una tasa pre-establecida especial para evaluar proyectos públicos y sociales. El plazo de 180 días es considerado dado que la tasa de referencia mundial para evaluar proyectos según la Ley de Adquisiciones y Contrataciones se basa en un plazo de 180 días.

f= inflación 2011= 5.1%²³

i= premio al riesgo= 2.5%²⁴

TMAR= 2.5% + 5.1% + (2.5% x 5.1%)

TMAR= 7.73%

3. BENEFICIO ECONÓMICO

La cuantificación del beneficio económico percibido por la implementación del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI no procede directamente, dado que por el tipo de Institución que es, no percibe ingresos propios que sean generados por sus servicios debido a su política de gratuidad que nos permitan cuantificar los beneficios, ya que sus ingresos dependen del presupuesto asignado por el Gobierno. Sin embargo para propósitos de evaluación del proyecto y presentar el proyecto de implementación de forma atractiva para realizar la inversión, se recurre a la expresión en términos monetarios de los beneficios internos obtenidos en el ISRI por la implementación del Sistema.

A continuación se presenta el análisis del establecimiento del beneficio económico de proyecto.

Un punto muy importante para este análisis radica en el nivel de eficiencia que genera el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y con ello el mejoramiento del desempeño del ISRI, lo cual puede ser percibido en su razón de ser: Los Servicios de Rehabilitación. Por lo cual para el análisis del beneficio económico se considera la eficiencia actual en la atención de los servicios del Centro del Aparato Locomotor, para lo que se presenta el nivel de eficiencia por área y el promedio para el CAL, y con dichos valores se realiza la proyección del beneficio económico a percibir. Es importante mencionar que las proyecciones del beneficio realizadas son en base a precios estimados para los diferentes servicios en base a los precios que se utilizan en el CAL cuando los servicios son cobrados a los usuarios de los convenios del ISBM y del ISSS.

²³ Fuente Banco Central de Reserva de El Salvador: Índice de Inflación

²⁴ 2.5% Considerando un margen extra al 1.91 % de Tasa de Interés para depósitos a 180 días correspondientes al mes de Diciembre del 2011. Fuente Gerencia del Sistema Financiero, Departamento de Estabilidad Financiera del BCR.

Para mayor comprensión se presentan la información siguiente:

La siguiente tabla presenta los niveles de eficiencia en los Servicios de Rehabilitación del CAL, lo cual nos permite determinar la meta que se puede alcanzar del nivel de eficiencia con el Sistema, ello a partir de considerar que entre los beneficios de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad es el impacto en ciertos indicadores de la Institución y uno de estos índices y muy favorecido es la eficiencia en los procesos que se realicen.

Tabla 20: Nivel de Eficiencia en los Servicios de Rehabilitación del CAL

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN		
Área: Educación Física Adaptada		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Educación física adaptada	5490	4655
Evaluación EFA	225	202
Total del Área	5715	4857
Área: Terapia de Lenguaje		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Neurología	4368	3379
Total del Área	4368	3379
Área: Terapia Física		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Electroterapia	18780	18273
Mecanoterapia	8876	9331
Musculo Esquelética	1080	1045
Musculo Esquelética	16511	12697
Neurología	1104	1269
Neurología	16470	13564
Piscina terapéutica	2720	2170
Reumatología	6736	5462
ULAM	1760	1882
ULAM	5905	5085
Total del Área	79942	70778
Área: Terapia Ocupacional		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Musculo Esquelética	2192	2048
Neurología	3548	2836
Neurología	552	364
Reumatología	352	350
ULAM	225	246
ULAM	3970	3250

Total del Área	10839	9094
Total del servicio	100864	88108
EFICIENCIA	87.35%	
SERVICIOS DE APOYO		
Área: Psicología		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Psicología	2331	2049
Psicoterapia	576	544
Total del Área	2907	2593
Área: Radiología		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Radiología	3262	3865
Total del Área	3262	3865
Área: Trabajo Social		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Charlas Educativas	72	69
Evaluación de casos	36	40
Visitas de campo	108	105
Total del Área	216	214
Total del servicio	6385	6672
EFICIENCIA	104.49%	
SERVICIOS MÉDICOS		
Área: Medicina de Especialidad		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Evaluación de discapacidad	267	416
Fisiatra	3296	3519
Medicina familiar	808	1204
Neurocirugía	1792	633
Neurología Adulto	3448	1346
Ortopedia	5144	1786
Urodinamía	92	13
Urología	1152	935
Total del Área	15999	9852
Área: Medicina General		
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año
Medicina General	1416	1310

Total del Área	1416	1310
Total del Servicio	17415	11162
EFICIENCIA	64.09%	
ENFERMERÍA (Atenciones ULAM)		
Servicio	Programadas/año	Realizadas/año
Número de Camas	9240	8032
Número de consultorios	976	966
Total del Servicio	10216	8998
EFICIENCIA	88.08%	
Total Anual	134880	114940
EFICIENCIA TOTAL CAL	85%	
META SGC	15%	

Obteniendo el nivel de eficiencia del CAL de un 85%, se puede establecer que como meta de implementación del Sistema, es alcanzar el 15% restante del 100% de satisfacción del Índice.

3.1 Escenario 1: Sin Política de Gratuidad para los servicios

El escenario 1: consiste en la representar como se comportaría económicamente el CAL si es eliminada al actual política de gratuidad de los servicios, es importante mencionar que los precios que se consideran son en base a los precios manejados actualmente para el ISSS y el ISBM.

La meta de alcanzar el 100% es considerada en la determinación de los flujos de efectivo del beneficio del proyecto.

Es importante mencionar que la mejora de la eficiencia con la implementación del sistema es paulatinamente, por ello se propone que la distribución de la meta a alcanzar en los tres años se dividirá así: para el primer año se pretende alcanzar el 7% y para el segundo y tercer año el 4% a cada uno, lo cual nos suma el 100% esperado.

La tabla siguiente presenta el beneficio anual por las atenciones brindadas²⁵ en el CAL, cantidad que nos permitirá formular el flujo de efectivo para los tres años del proyecto con la consideración de la meta que se espera lograr con el Sistema.

²⁵ Corresponden a las atenciones brindadas por el CAL reportadas en el Sistema de Control de la Gestión del ISRI. Del año 2011.

Tabla 21: Beneficio por Atenciones brindadas

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN				
Área: Educación Física Adaptada				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Educación física adaptada	4655	\$10.00	\$3.00	\$32,585.00
Evaluación EFA	202	\$10.00	\$3.00	\$1,414.00
Total del Área	4857			\$33,999.00
Área: Terapia de Lenguaje				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Neurología	3379	\$10.00	\$3.00	\$23,653.00
Total del Área	3379			\$23,653.00
Área: Terapia Física				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Electroterapia	18273	\$10.00	\$3.00	\$127,911.00
Mecanoterapia	9331	\$10.00	\$3.00	\$65,317.00
Musculo Esquelética	1045	\$10.00	\$3.00	\$7,315.00
Musculo Esquelética	12697	\$10.00	\$3.00	\$88,879.00
Neurología	1269	\$10.00	\$3.00	\$8,883.00
Neurología	13564	\$10.00	\$3.00	\$94,948.00
Piscina terapéutica	2170	\$10.00	\$3.00	\$15,190.00
Reumatología	5462	\$10.00	\$3.00	\$38,234.00
ULAM	1882	\$10.00	\$3.00	\$13,174.00
ULAM	5085	\$10.00	\$3.00	\$35,595.00
Total del Área	70778			\$495,446.00
Área: Terapia Ocupacional				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Musculo Esquelética	2048	\$10.00	\$3.00	\$14,336.00
Neurología	2836	\$10.00	\$3.00	\$19,852.00
Neurología	364	\$10.00	\$3.00	\$2,548.00
Reumatología	350	\$10.00	\$3.00	\$2,450.00
ULAM	246	\$10.00	\$3.00	\$1,722.00
ULAM	3250	\$10.00	\$3.00	\$22,750.00
Total del Área	9094			\$63,658.00
Total del servicio	88108			\$616,756.00
SERVICIOS DE APOYO				
Área: Psicología				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Psicología	2049	\$10.00	\$3.00	\$14,343.00
Psicoterapia	544	\$10.00	\$3.00	\$3,808.00
Total del Área	2593			\$18,151.00

Área: Radiología				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Radiología	3865	\$7.00	\$5.00	\$7,730.00
Total del Área	3865			\$7,730.00
Área: Trabajo Social				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Charlas Educativas	69	\$4.00	\$3.00	\$69.00
Evaluación de casos	40	\$4.00	\$3.00	\$40.00
Visitas de campo	105	\$4.00	\$3.00	\$105.00
Total del Área	214			\$214.00
Total del servicio	6672			\$26,095.00
SERVICIOS MÉDICOS				
Área: Medicina de Especialidad				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Evaluación de discapacidad	416	\$35.00	\$10.00	\$10,400.00
Fisiatra	3519	\$12.00	\$7.00	\$17,595.00
Medicina familiar	1204	\$12.00	\$7.00	\$6,020.00
Neurocirugía	633	\$12.00	\$7.00	\$3,165.00
Neurología Adulto	1346	\$12.00	\$7.00	\$6,730.00
Ortopedia	1786	\$12.00	\$7.00	\$8,930.00
Urodinamia	13	\$12.00	\$7.00	\$65.00
Urología	935	\$12.00	\$7.00	\$4,675.00
Total del Área	9852			\$57,580.00
Área: Medicina General				
Especialidad	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Medicina General	1310	\$10.00	\$5.00	\$6,550.00
Total del Área	1310			\$6,550.00
Total del Servicio	11162			\$64,130.00
ENFERMERÍA (Atenciones ULAM)				
Servicio	Realizadas/año	Precio	Costo Servicio	Beneficio
Número de Camas	8032	\$6.00	\$4.50	\$12,048.00
Número de consultorios	966	\$6.00	\$4.50	\$1,449.00
Total del Servicio	8998			\$13,497.00
TOTAL ANUAL	114940			\$720,478.00

Tabla 22: Beneficio esperado por implementación del Sistema de Gestión de Calidad

Año	Beneficio Actual	% de Mejora	Beneficio Incremental
1	\$ 720,478.00	7.00%	\$ 50,433.46
2	\$ 720,478.00	4.00%	\$ 28,819.12
3	\$720,478.00	4.00%	\$ 28,819.12
Total		15.00%	\$ 108,071.70

Estos beneficios esperados por la mejora de la eficiencia están asociados principalmente con la optimización del tiempo de actividades improductivas, resultado de la mejora y diseño de los procesos y procedimientos.

3.1.1 EL VALOR ACTUAL NETO (VAN)

El Valor Actual Neto (VAN), es el valor presente de los flujos de efectivo futuros esperados menos la inversión inicial incurrida en la implementación del sistema. Los flujos de efectivo son descontados con base en la Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR).

La utilización de este indicador está basado en la regla de decisión que determina la aceptación el proyecto si su VAN es mayor o igual a cero.

El análisis del valor actual neto o valor presente da como parámetro de decisión una comparación entre todos los ingresos y gastos que se han efectuado a través del período de análisis, los traslada hacia el año de inicio del proyecto (año cero) y los compara con la inversión inicial del proyecto.

Se pueden presentar tres situaciones:

- A. Si el VAN es positivo, la utilidad de la inversión está sobre la tasa de inversión actualizada o de rechazo ($VAN \geq 0$).el proyecto se acepta.
- B. Si el VAN es cero, la rentabilidad será igual a la tasa de rechazo. Por lo tanto un proyecto con un VAN positivo o igual a cero, puede considerarse aceptable, $VAN = 0$.
- C. Si el VAN es negativo, la rentabilidad está por debajo de la tasa de rechazo y el proyecto debe de rechazarse. $VAN \leq 0$.

El Valor Actual Neto del proyecto se calcula con la siguiente fórmula:

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

Donde:

n: es el periodo de evaluación del proyecto

i : es el valor de la TMAR

P: es el monto de la inversión inicial

$$= \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n}$$

: Es la suma aritmética de los flujos de efectivo netos descontados de cada año del periodo de evaluación del proyecto, es decir el valor presente de los flujos de efectivo netos.

A continuación se presentan los montos de flujos de efectivo esperados para los próximos 3 años, tiempo de realización de la evaluación del proyecto para lograr su plena implementación.

Tabla 23: Flujos de efectivo del proyecto: Beneficio Total

Año	Costo de Operación	Beneficios	Total=Beneficio-Costo
1	\$ 3,102.00	\$ 50,433.46	\$47,331.46
2	\$ 3,102.00	\$ 28,819.12	\$ 25,717.12
3	\$ 3,102.00	\$ 28,819.12	\$ 25,717.12

Una vez definidos los valores de flujo de efectivo esperado se procede a sustituir valores utilizando la fórmula del valor actual neto, considerándose para ello la TMAR de **7.73%** y una inversión inicial como se presentó en la definición de los costos de **\$ 47,163.52**.

Tabla 24: Flujos de efectivo del proyecto y Valor Presente

Año	Flujo de Efectivo	Valor Presente
1	\$ 47,331.46	\$ 43,936.28
2	\$ 25,717.12	\$ 22,159.97
3	\$ 25,717.12	\$ 20,570.39
Total de flujos de Efectivo		\$ 86,666.65

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

VAN= Total de flujos de Efectivo - Inversión del proyecto

VAN= \$ 86,666.65 - \$ 68,250.81

VAN= \$ 18,415.83

El valor obtenido del Valor Actual Neto es de **\$ 18,415.83**, lo que indica que el proyecto puede aceptarse ya que se tendrá una proporción mayor de ahorros por el capital invertido.

3.1.2 LA TASA INTERNA DE RETORNO (TIR)

La tasa interna de retorno es la tasa de descuento que iguala el valor presente de los flujos de efectivo netos del proyecto, con el valor presente de la inversión inicial. Permite apreciar el valor del rendimiento porcentual del proyecto en términos de ahorro en un mediano plazo debido a la mejora en la eficiencia de los procesos.

Se pueden presentar tres situaciones:

- A. $TIR > i$: Se recomienda realizar el proyecto
- B. $TIR < i$: Se recomienda no realizar el proyecto
- C. $TIR = i$: Se recomienda el inversionista es indiferente entre realizar el proyecto o no.

La tasa interna de retorno se determina por medio de la siguiente ecuación:

$$P = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n}$$

Donde:

n: es el periodo de evaluación del proyecto

i: esta tasa se calcula para igualar los flujos de efectivo con el valor de la inversión inicial “p”

P: es el monto de la inversión inicial

$$= \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n}$$

: Es la suma aritmética de los flujos de efectivo netos descontados de cada año del periodo de evaluación del proyecto, es decir el valor presente de los flujos de efectivo netos.

Los valores de esta ecuación son los mismos que para el Cálculo del VAN, con la única diferencia que la tasa de descuento (“i”) se calcula para igualar los flujos de efectivo con el valor de la inversión inicial “P”.

Para la evaluación de la TIR a partir de la fórmula se obtienen la siguiente ecuación:

$$68,250.81 = \frac{47,331.46}{(1+i)^1} + \frac{25,717.12}{(1+i)^2} + \frac{25,717.12}{(1+i)^3}$$

Y los resultados:

i = TIR = 24.15%

Obteniendo el valor de “i” que cumple esta igualdad, es decir la TIR, la cual corresponde a: **24.15%**

Para la evaluación de la TIR se obtienen entonces los siguientes resultados:

Tabla 25: Flujos de Efectivo y Cálculo del TIR

TIR= 24.15%		
Año	Flujo de Efectivo	Valor Presente
1	\$ 47,331.46	\$ 38,125.03
2	\$ 25,717.12	\$ 16,685.65
3	\$ 25,717.12	\$ 13,440.13
Total de flujos de Efectivo		\$ 68,250.81
Inversión Inicial del proyecto		\$ 68,250.81

El valor obtenido de la Tasa Interna de retorno es 11.54%, es decir es mayor a la TMAR (7.73%), lo que indica que se considera aceptable la inversión en el proyecto.

3.1.3 ÍNDICE DE RENTABILIDAD (IR)

El índice de rentabilidad, o razón costo beneficio, es el coeficiente del valor presente de los flujos de efectivo netos esperados para el periodo de evaluación del proyecto en relación con la inversión neta. Se expresa así:

$$IR = \frac{\sum_{n=1}^{n=N} FNE_n / (1+i)^n}{P}$$

El índice de rentabilidad representa el rendimiento de cada unidad monetaria de la inversión inicial en términos de reducción de costos.

Si el proyecto tiene un índice de rentabilidad mayor o igual a uno se puede considerar aceptable. El cálculo del IR se realiza con los valores obtenidos de la evaluación del VAN

Así:

IR = Beneficio/ Costo

Donde:

Beneficio: Total flujo de efectivo

Costo: Costo total de la inversión.

IR = \$ 86,666.65/ \$68,250.81

IR = 1.27

Con el resultado obtenido se considera aceptable la inversión en el Sistema de Gestión de Calidad, ya que se estarían obteniendo en ahorro **\$0.27** por cada dólar invertido en el SGC.

3.1.4 RESUMEN DE INDICADORES DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenido de los indicadores considerados en la Evaluación Económica del proyecto: Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

Tabla 26: Resumen de Indicadores de la Evaluación Económica

EVALUACION ECONOMICA	Valor
Valor Actual Neto	\$18,415.83
Tasa Interna de Retorno	24.15%
Índice de Rentabilidad	1.27

Con dichos resultados se concluye que la implementación del Sistema de Gestión de Calidad resulta factible para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ISRI, ya que los diferentes indicadores considerados nos arrojan resultados favorables para el proyecto. Por cual se considera ACEPTABLE la implementación del mismo.

3.2 Escenario 2: Relación Costo- Costo

El escenario 2: Consiste en generar una relación entre el costo actual de brindar los servicios a partir del nivel de eficiencia actual y el costo de brindar los servicios a partir del nivel de eficiencia que se lograra con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI. Es importante destacar que la relación de los costos se hace en relación al presupuesto asignado al ISRI y la cantidad de atenciones brindadas actualmente y la cantidad de atenciones a brindar con el Sistema.

A continuación se presenta la relación Costo-Costo la cual esta definida a partir del *Nivel de Eficiencia* que se obtendrá cada año con la implementación del Sistema y por ende la *Cantidad de Atenciones* a brindar, por lo cual se presenta el *Aumento de las Atenciones* esperadas. Posteriormente se presenta el *Presupuesto asignado al Centro del Aparato Locomotor (CAL) anualmente*, el cual es dividido entre la cantidad de atenciones de cada año a fin de obtener el *Costo por Atención*, este costo se refiere al costo promedio de los servicios que se brindan.

En esta columna de *Costo por Atención* podemos identificar la reducción que se produce en los costos de brindar los servicios, dado que, con el mismo presupuesto se logra brindar más atenciones. Por ello se presentan los *Beneficios Percibidos*, los cuales representa el beneficio de las atenciones brindadas por el costo por atención. Finalmente se presenta el *Beneficio Real* el cual consiste en restarle al Beneficio Percibido el Costo del Proyecto: \$ 71,352.81, a fin de representar el Beneficio Real que se obtiene por la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.

Tabla 27: Relación Costo-Costo

Año	Eficiencia	Cantidad de Atenciones	Aumento de Atenciones	Presupuesto Anual Asignado al CAL	Costo x Atención	Beneficio Percibido	Beneficio Real
2011	85%	114,940	*	\$1,168,498	\$10.17	*	
2012	92%	124,090	9,150	\$1,168,498	\$9.42	\$86,157.79	\$14,804.98
2013	96%	129,485	14,545	\$1,168,498	\$9.02	\$131,255.29	\$128,153.29
2014	100%	134,880	19,940	\$1,168,498	\$8.66	\$172,744.98	\$169,642.98

*Fuente: Memoria de labores del ISRI 2010-2011

Con el análisis Costo-Costo se puede identificar que la implementación del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI genera un beneficio real para la economía del instituto, y más que para el instituto para el Gobierno dado que con igual presupuesto se brindarían más atenciones. Con esta ampliación de cobertura se genera más que un impacto económico, un impacto social ya que más personas pueden ser usuarios del ISRI y lograr una rehabilitación de sus discapacidades y con ello incorporarse a la vida social plena. Es importante mencionar que este escenario resulta ser el escenario real bajo el cual se evalúan los beneficios del Sistema de Gestión de Calidad en el ISRI.

4. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Un factor importante para la realización del presente proyecto es el establecimiento de las fuentes de financiamiento. El financiamiento del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI puede realizarse de la siguiente manera:

1. **Con Fondos propios.**
2. **A través de Donaciones.**

La selección de cualquiera de las alternativas propuestas es responsabilidad de la Alta Dirección del ISRI quienes considerando las características de cada una de ellas evaluarán y seleccionarán la alternativa más viable para la ejecución del proyecto. A continuación se presentan cada una de las posibles alternativas con sus requerimientos y características:

4.1 Fondos propios

Los fondos propios se refieren a los recursos con los que cuenta el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, destinados para el funcionamiento del mismo, los cuales provienen directamente de Presupuesto Nacional a través del Ministerio de Salud. Por lo que para optar a esta fuente de financiamiento primero es necesario colocar el proyecto en el plan anual de trabajo del ISRI, esto hace que los fondos necesarios para el proyecto se reserven. Este plan

anual de trabajo de la institución es presentado al Ministerio de Salud el cual lo analizará y evaluará para su respectiva aprobación.

Considerando la fuente de financiamiento como fondos propios es necesario identificar el monto de la inversión requerida para el proyecto la cual se determinó en la evaluación económica y cuya cifra asciende a \$71,352.81, sin embargo el valor real es de \$35,166.81 cantidad que se obtiene restando a la inversión total del proyecto los costos por el tiempo que se invertirá en que el personal del ISRI asista a las capacitaciones del SGC y se involucre en el proceso de implementación.

4.2 Donaciones

Otra fuente de financiamiento son las donaciones las cuales pueden darse a través de entidades, nacionales o extranjeras. En el caso de las entidades nacionales se pueden gestionar fondos a través del Ministerio de Hacienda, también se puede buscar financiamiento con entidades extranjeras para la ejecución del proyecto, las cuales se interesen en la cooperación para el desarrollo de proyectos de carácter social como lo son los servicios de rehabilitación.

Para optar por esta fuente de financiamiento, es necesario realizar una serie de gestiones para lograr obtener la ayuda necesaria. Es importante recalcar que dichas gestiones incurren en el consumo de tiempo para la realización de los mismos, los cuales se presentan a continuación.

El ISRI puede optar por el financiamiento por medio del Ministerio de Hacienda como un proyecto de pre-inversión ingresando el perfil del proyecto en el sistema SIIP dentro de las siguientes cuentas:

1. Modernización y Fortalecimiento Institucional

1.1. Modernización Institucional

Para identificar los pasos específicos para ingresar el proyecto ante dicha institución, se citan a continuación:

Tabla 28: Actividades para financiamiento de proyecto MH

Actividades	Duración (Días)
Preparación y Envío de perfil de presentación para el MH	20
Evaluación de MH ²⁶	10
Verificación de Fondos para asignación al proyecto	15
Total de Días	45

*Fuente: Estimaciones proporcionadas por Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

Los tiempos para las actividades mencionadas anteriormente fueron establecidos en base a estimaciones proporcionadas por el Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

²⁶ MH: Ministerio de Hacienda

el cual es el encargado de los proyectos de la Institución, para considerar esta fuente de financiamiento hay que recalcar que posterior a la aprobación del proyecto el Ministerio de Hacienda verifica la existencia de los fondos para el financiamiento, si no hay fondos disponibles el proyecto se considera en espera para la asignación del recurso económico.

Por otra parte el Instituto también puede avocarse a otras instituciones para solicitar financiamiento tales como ONG'S que se involucren en el desarrollo de proyectos de carácter social, actualmente el ISRI no cuenta con enlaces o convenios con este tipo de Organizaciones para el desarrollo de proyectos. Por lo que para optar para esta fuente sería necesario realizar las siguientes actividades:

Tabla 29: Actividades para financiamiento de proyecto por otras organizaciones

Actividades	Duración (Días)
Búsqueda de posibles organizaciones para obtener financiamiento	30
Evaluación y Selección de posibles organizaciones financiadoras	10
Preparación y presentación del proyecto	15
Evaluación del proyecto	5
Aprobación y Asignación de Fondos	30
Total de Días	90

*Fuente: Estimaciones proporcionadas por Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

4.3 Conclusión de las Fuentes de financiamiento

Definidas las alternativas de financiamiento se logra identificar que la alternativa más viable para la ejecución del proyecto del SGC para el ISRI es la fuente de financiamiento por Donaciones específicamente por medio del banco de proyectos de Pre-Inversión a través del Ministerio de Hacienda para lo cual se considera los siguientes aspectos:

- ✓ La inversión no asciende a una suma demasiado alta, lo que aumenta la probabilidad que el desembolso se realice de manera más rápida.
- ✓ Esta opción resulta más factible dada la situación presupuestaria de todas las instituciones públicas las cuales año tras año han sufrido una disminución del presupuesto para su funcionamiento.
- ✓ Implementación del proyecto en un corto plazo.

Por otra parte se considera que las donaciones mediante ONG'S no son viables para el ISRI ya que se incurre el consumo de un mayor tiempo para llevar a cabo las gestiones necesarias desde encontrar instituciones que se interesen en el proyecto hasta obtener los fondos necesarios, aspectos que retrasarían la ejecución del mismo. La opción de Fondos propios no se considera debido a que actualmente el presupuesto otorgado por el gobierno para las instituciones públicas están sufriendo disminuciones por la situación económica del gobierno y la escasez de fondos, por lo que incluirlo en el plan anual de trabajo no se considera factible.

D. EVALUACIÓN SOCIAL- ECONÓMICA

A través de la evaluación social-económica se persigue determinar la contribución de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 en el ISRI, a la sociedad y principalmente a las personas con capacidades especiales que son usuarios de los servicios de rehabilitación que se ofrecen en el Instituto, además de tomar en cuenta el efecto en el costo que se incurre en prestar los servicios de rehabilitación con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, para explicar los resultados de la evaluación social-económica esta se divide en tres elementos que son los siguientes: el impacto organizacional, impacto en los usuarios de los servicios de rehabilitación e impacto social económico .

Basándose en la definición básica acerca del concepto de impacto: “impacto es la consecuencia de los efectos de un proyecto, los impactos y efectos se refieren a las consecuencias planeadas o no previstas de un determinado proyecto”, tomando en cuenta esta definición se desglosa el impacto de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, en el efecto interno Institucional, para luego hablar acerca del impacto en los usuarios de los servicios de rehabilitación.

1. IMPACTO ORGANIZACIONAL

Como impacto interno Institucional, consecuencia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 se puede recalcar lo siguiente:

La Implementación del Sistema de Gestión de Calidad ayudará a la Dirección y Jefaturas del ISRI a desarrollar una Institución que tenga la capacidad de proporcionar servicios de rehabilitación a personas con capacidades especiales acordes a los requisitos o necesidades de los usuarios en proceso de rehabilitación, trabajando constantemente en la ardua tarea de aumentar la satisfacción de los usuarios, impulsando una cultura organizacional, que busque siempre brindar servicios de rehabilitación de calidad. Posicionándose el ISRI a nivel nacional como una Institución modelo, que brinda servicios de rehabilitación con calidad y calidez.

El Sistema de Gestión de Calidad permite generar y consolidar una cultura institucional enfocada en la calidad y la realización del trabajo eficiente, en lugar de un Sistema de Gestión basado en la detección de errores y su posterior corrección de debilidades, sin la existencia de la prevención. Esta modalidad de trabajo abarca a la Administración Superior del ISRI y al Centro representativo el cual es el Centro del Aparato Locomotor que proporciona servicios de rehabilitación a usuarios con capacidades especiales relacionadas con el sistema musculoesquelético.

Con el Sistema de Gestión de Calidad se cumple el propósito que persigue el Gobierno del Salvador a través del Premio Salvadoreño a la calidad que busca promover una cultura de calidad y buen desempeño en las organizaciones públicas y privadas, a fin de elevar la calidad de vida de los salvadoreños, encaminándose este esfuerzo a través de la premiación de las Instituciones que son reconocidas por el nivel de excelencia alcanzado en la gestión de sus actividades.

2. IMPACTO EN LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

El otro impacto social del proyecto está relacionado directamente con los usuarios con capacidades especiales que reciben los servicios de rehabilitación en el CAL, este impacto se visualiza a través de los siguientes elementos:

Para el año 2011, en el CAL, la eficiencia determinada es del 85%, que surge de la relación de las atenciones realizadas entre las atenciones programadas anualmente, esto refleja que se han brindado 114,940 atenciones. Con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se aspira a mejorar la eficiencia del CAL de la siguiente forma: que esta llegue al 100% al tercer año de haber implementado el Sistema, lo cual se puede observar en la siguiente tabla, tomando en cuenta que el primer año de haber implementado el Sistema se tendrá un aumento del porcentaje de eficiencia del 7%, el segundo año el 4% y el tercer año un 4% respectivamente, siendo la suma de estos porcentajes el 15% faltante para llegar a la meta del 100% de eficiencia:

Tabla 30: Comparativa de la Eficiencia y atenciones realizadas con el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008

Año	Eficiencia	Atenciones Realizadas en el Año	Aumento de Atenciones realizadas en el Año
2011	85%	114,940	-
1	92%	124,090	9,150
2	96%	129,485	14,545
3	100%	134,880	19,940

Como se observa en la tabla anterior se aspira alcanzar el 100% de la eficiencia al tercer año de haber implementado el Sistema de Gestión de Calidad, para el primer año de implementado el SGC las atenciones brindadas son de 124,090 obteniendo la eficiencia del 92% y logrando un aumento de atenciones brindadas de 9,150 atenciones al año, y así sucesivamente se aspira para el tercer año haber realizado 134,880 atenciones, obteniendo el 100% de eficiencia del CAL logrando un aumento del número de atenciones en 19,940 en comparación con la situación actual del ISRI sin haber implementado el SGC.

Esos elementos establecen en pocas palabras lo que se logra con la implementación del Sistema de Gestión de calidad, con el cual, puntualmente se observan los siguientes efectos en el usuario de los servicios de rehabilitación:

- **Aumento de las atenciones brindadas en el CAL**
- **Aumento de la cantidad de atenciones brindadas a usuarios pertenecientes a las zonas geográficas de oriente y occidente del país.**

3. IMPACTO SOCIAL-ECONOMICO

Tomando en cuenta el aumento del número de atenciones brindadas con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el ISRI, se visualiza un efecto social-económico a razón del SGC, y esto se observa de la siguiente manera: con el presupuesto que se asigna al Centro del Aparato Locomotor para el año 2011, que es de \$ 1168,498 se puede obtener el costo por atenciones brindadas, dividiendo el presupuesto entre el número de atenciones realizadas anualmente en el CAL, obteniendo el costo por atención prestada para el año 2011 que es de \$10.47, y así se obtiene para los tres posteriores años como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 31: Costo por atenciones realizadas con el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008

Año	Eficiencia	Cantidad de Atenciones	Aumento de Atenciones	Presupuesto Asignado al CAL (2011)	Costo x Atención	Reducción de Costo
2011	85%	114,940	*	\$1168,498	\$10.17	
2012	92%	124,090	9,150	\$1168,498	\$9.42	\$0.75
2013	96%	129,485	14,545	\$1168,498	\$9.02	\$1.14
2014	100%	134,880	19,940	\$1168,498	\$8.66	\$1.50

Como impacto social-económico se observa la reducción del costo de las atenciones brindadas anualmente a razón del SGC, para el primer año de implementación se reduce el costo de las atenciones en \$0.75 , siendo el costo por atención en el año 2012 de \$9.42, y para el año 2014 cuando se ha obtenido el 100% de la eficiencia, el costo por atención es de \$ 8.66 habiendo reducido el costo de atenciones en \$1.50 en comparación con el primer año(cuando no se ha implementado el SGC), esta reducción en el costo de las atenciones prestadas es resultado de brindar más atenciones en el CAL que es efecto de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad con el que se aspira obtener el 100% de la eficiencia del CAL para el año 2014.

Este impacto social-económico de la reducción del costo de las atenciones brindadas en el CAL, además del impacto organizacional, efecto interno, que nace a razón de la implementación del SGC, y el efecto percibido por los usuarios de los servicios de rehabilitación, detallan en conjunto todo el beneficio social-económico, de la puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad en el ISRI basado en la Norma ISO 9001: 2008.

IV. CONCLUSIONES

- ⊕ En base a los resultados de la investigación realizada en el capítulo de diagnóstico, se logró identificar que el nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 en el ISRI es de un 67%, reflejando la brecha de un 33%, necesaria a superar para cumplir con los requisitos de la Norma, con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 esta brecha se reduce en un 17%, siendo el porcentaje de cumplimiento con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad de un 83%.
- ⊕ Se identificó mediante los cuestionarios de medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación, que la población que hace uso de los servicios de Consulta Externa, así como los usuarios de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares se encuentran satisfechos con los servicios de rehabilitación que presta el ISRI, a excepción de los usuarios de la Unidad de Ortopedia Técnica, pero con la propuesta para solucionar la problemática del rezago histórico que se presenta en la UOT, se logra superar ese obstáculo, logrando así aumentar la satisfacción de los usuarios de la UOT, estableciendo la plataforma necesaria para poder realizar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el ISRI.
- ⊕ Para la realización del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI se han tomado en cuenta todos los requisitos que exige la Norma ISO 9001: 2008 cumpliendo todos los elementos que componen los requisitos, los cuales quedan detallados en cada elemento que forma parte de la documentación necesaria del Sistema de Gestión de Calidad, desde el diseño de las guías que dictan los lineamientos para la elaboración de documentos, los diferentes manuales necesarios para la implementación del SGC, hasta las guías que contienen los indicadores que sirven para la medición, análisis y mejora del Sistema.
- ⊕ Evaluando económicamente la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para el ISRI es factible realizarla, debido a las siguientes razones: El Valor Actual Neto (VAN) es de \$ 2,880.93 conviene por la proporción de ahorros por capital invertido, El valor obtenido de la Tasa Interna de retorno es de 11.54%, conveniente por ser mayor que la TMAR (7.73%), además de utilizar la razón Beneficio Costo, se considera aceptable la inversión ya que se estarían obteniendo en ahorros \$ 0.06 por cada dólar invertido en el Sistema de Gestión de Calidad.
- ⊕ Respecto al financiamiento para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 es conveniente utilizar fondos propios manejando la

Implementación como un proyecto de los que se ejecutan anualmente en el ISRI perteneciente el banco de proyectos que maneja la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, este proyecto de implementación del Sistema de Gestión de tendría una duración de 95 días a un costo de \$ 47,163.52, siendo el costo de operación anual del Sistema de Gestión de Calidad de \$ 3,038.00.

- ⊕ Conviene la implementación del Sistema de Gestión de Calidad por los beneficios a obtener en el ISRI organizacionalmente, además de los beneficios que obtendrá el usuario de los servicios de rehabilitación, siendo favorable la evaluación económica, financiera y social del proyecto.

V. RECOMENDACIONES

- ⊕ Se recomienda la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 en el ISRI, ya que es conveniente a la Institución la realización de esta, además de presentar diversas ventajas como lo son 95 días necesarios para la implementación, los costos mínimos de operación del Sistema en comparación con la inversión a realizar, sobre todo los beneficios que traería a los usuarios de los servicios de rehabilitación, aumentando el nivel de satisfacción de ellos con el cumplimiento de sus requisitos, estableciéndose el ISRI como el referente a nivel Nacional que brinda servicios de rehabilitación con calidad y calidez a personas con capacidades especiales.
- ⊕ Se recomienda que el proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 lo maneje la Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional del ISRI ya que es la encargada de la gestión de los proyectos Institucionales, ingresando este proyecto al Banco de Proyectos del ISRI para realizar su ejecución a través del procedimiento Formulación y evaluación de proyectos de inversión (P -02-007).
- ⊕ Se convierte en una necesidad la adopción de un Sistema de Gestión de calidad para el ISRI para que aumente el nivel de satisfacción de los usuarios con capacidades especiales que necesitan servicios especializados de rehabilitación ya que el Sistema busca lograr eso a través del cumplimiento de los requisitos de los usuarios, por esas razones, que entran en congruencia con las exigencias del Gobierno actual, se recomienda que la implementación del Sistema de Gestión de Calidad sea ejecutada lo más pronto posible.
- ⊕ Se recomienda la revisión periódica de la política de Calidad establecida, ya que son las intenciones globales y orientación del ISRI respecto a la Calidad, lo cual es el marco de referencia para los objetivos de Calidad, estos elementos todos entran en congruencia con la razón de ser de la Institución, siguiendo la mecánica de la mejora continua, se recomienda la revisión anual de esta por parte del Comité de Calidad.

VI. BIBLIOGRAFÍA

A. Referencias bibliográficas:

- ⊕ **CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA**, 2008.
- ⊕ **MEMORIA DE LABORES JUNIO 2009- MAYO 2010**, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación (ISRI).
- ⊕ **Manual de Organización del ISRI**, Actualización 2001
- ⊕ **Norma Internacional ISO 9000:2008**; Traducción Oficial. Cuarta Edición 2008.
- ⊕ **Norma Internacional ISO 9001:2008**; Traducción Oficial. Cuarta Edición 2008.
- ⊕ **PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO 2010-2014**, Gobierno de El Salvador.
- ⊕ **PROYECTO DE LEY DEL SISTEMA SALVADOREÑO PARA LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**, Ministerio de Economía, 2009.
- ⊕ **Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones** - Hernán Acuña e Irene Konow / Mideplan / 1990/ Santiago, Chile.
- ⊕ **Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad**. Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Julio 2002, México.
- ⊕ **Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de personas con discapacidad**, Sección: *Atención de Adultos y Adultos Mayores con Discapacidad*. Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. Septiembre 2010, El Salvador.
- ⊕ **Banco Central de Reserva de El Salvador**, www.bcr.gob.sv

B. Referencias personales:

- ⊕ Ing. Luis Alonso Navarrete, Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI.
- ⊕ Tec. Walter Flores, Jefe de la Unidad de Ortopedia Técnica del Centro del Aparato Locomotor.
- ⊕ Dr. Jorge Avalos, Director del Centro del Aparato Locomotor.
- ⊕ Lic. Carlos Pineda, Asesor de Calidad del ISRI delegado por parte de la Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización de Estado, de la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia.

VII. GLOSARIO TÉCNICO

A

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de no conformidad potencial u otra situación potencialmente deseable.

Alta Dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización. Presidencia y Gerencias del ISRI.

Ambiente de Trabajo: conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.

Auditor: persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Auditoría: Procedimiento sistemático, independiente y documentado para obtener pruebas y evaluarlas objetivamente a fin de determinar en qué medida se cumplen los criterios establecidos. Examen sistemático para determinar si las actividades y los resultados relacionados están en conformidad a los resultados y actividades planificadas y si estas actividades se llevan a cabo eficazmente y son convenientes para lograr la política de la organización y objetivos.

Ayudas técnicas: Son todos aquellos aparatos o equipos que son utilizados por personas discapacitadas temporal o permanentemente, que les sirven para tener un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria y les proporciona en general una mayor calidad de vida.

C

CAL: Centro del Aparato Locomotor

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Capacidad: facultad de una organización, sistema o proceso para obtener un producto que cumplirá los requisitos para ese producto.

Cliente: organización o persona que recibe un producto.

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Consulta Externa: entiéndase como la unidad del Centro del Aparato Locomotor que incluye los Servicios Médicos y de Apoyo y los Servicios de Rehabilitación (terapias)

D

Dependencia: Unidad administrativa o Departamento de la Administración Superior y/o los Centros de Atención del ISRI.

Diagnostico: arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante observación de sus síntomas y signos, o clasificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.

Diseño y Desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, servicio, proceso o sistema.

Documento: Información y su medio de soporte.

Un documento cumple con determinados objetivos, algunos ejemplos de éstos son:

- **Comunicación de la información:** como una herramienta para la comunicación y la transmisión de la información. El tipo y la extensión de la documentación dependerá de la naturaleza de los productos y procesos de la organización, del grado de formalidad de los sistemas de comunicación y de la capacidad de las personas para comunicarse dentro de la organización, así como de su cultura.
- **Evidencia de la conformidad:** aporte de evidencia de que lo planificado se ha llevado a cabo realmente.
- **Compartir conocimientos:** con el fin de difundir y preservar las experiencias de la organización.

Documentación: Conjunto de documentos de una organización

E

Efectividad: Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. Logro de los resultados propuestos en forma oportuna. Es el óptimo empleo y uso racional de los recursos disponibles (materiales, dinero, personas), en la consecución de los resultados esperados.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos de mejor manera y más.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. Es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos. /Empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos.

Egreso: proceso en el cual el usuario es dado de alta por abandono injustificado de la unidad y de su tratamiento o cuando él lo solicita por motivos personales.

Equipo interdisciplinario: se considera a un grupo de profesionales que poseen formación académica, habilidades diferentes y complementarias con objetivos y metas comunes para la atención de la persona con discapacidad que estén comprometidos con el propósito de lograr el máximo nivel de rehabilitación. El equipo es conducido y liderado por uno de sus miembro/integrantes asignado con dicha función.

Expediente clínico: al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier índole, en los cuales el profesional de salud deberá de hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Expectativas: Las expectativas son las "esperanzas" que los clientes tienen por conseguir algo. Las expectativas de los clientes se producen por el efecto de una o más de estas cuatro situaciones:

- Promesas que hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el producto o servicio.
- Experiencias de compras anteriores.
- Opiniones de amistades, familiares, conocidos y líderes de opinión (p.ej.: artistas).
- Promesas que ofrecen los competidores.

G

Gestión: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Gestión de la calidad: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

Gestión Estratégica de la Calidad: conjunto de actividades llevadas a cabo por la Alta Dirección de la institución, con el fin de definir la Misión, Visión, Valores, Política de la Calidad y Objetivos de la Calidad.

I

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipo y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Insumo: Materiales o elementos de entrada que inician la ejecución de un proceso.

Inspección: Evaluación de la conformidad por medio de la observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo, prueba o comparación con patrones.

Ingreso: proceso de evaluación, indicación y cumplimiento de los requisitos Institucionales normados, que se concretizan con la adaptación del usuario dentro de la Unidad.

Inter consulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud, a fin de proporcionar atención integral al usuario, a solicitud del médico tratante.

Internamiento: fase hospitalaria rehabilitativa temporal en la que cohabitan los usuarios dentro de la Unidad (ULAM).

M

Manual de la Calidad: documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Mejora continua: Procedimiento iterativo de perfeccionamiento del sistema de gestión de la SST, con miras a mejorar la eficiencia de las actividades de SST en su conjunto. Proceso de reforzamiento del sistema de gestión SSO, que se orienta a lograr mejoramientos en el desempeño global de la Seguridad y Salud Ocupacional, de acuerdo con la política de SSO de la organización. NOTA: No es necesario que el proceso sea aplicado simultáneamente en todas las áreas de actividad.

Meta: objetivo a alcanzar que se traza la Unidad respecto al proceso de rehabilitación funcional del usuario, dependiendo de múltiples factores evaluados a su ingreso.

MISPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

N

Niveles de Satisfacción: Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio, los clientes experimentan uno de éstos tres niveles de satisfacción:

- **Insatisfacción:** Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.
- **Satisfacción:** Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.
- **Complacencia:** Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Normas: reglamento que se aplicara a usuarios internos de la Unidad (ULAM).

No Conformidades. Cualquier desviación de las normas de trabajo, prácticas, procedimientos, regulaciones, desempeño del sistema de gestión, etc. Que pueda llevar, directamente o indirectamente, a una lesión o enfermedad, a un daño de propiedad, un daño al ambiente del lugar de trabajo, o a una combinación de éstos.

O

Objetivo de Calidad: metas, retos que se definen a partir de la planificación estratégica de la empresa y de su política de calidad. Se deben escoger aquellos **objetivos de calidad** que van más en el avance de la política de calidad. Deben ser establecidos por la alta dirección de la organización y tienen que ser coherentes con la política de calidad y perseguir la mejora continua.

Organización: Toda compañía, negocio, firma, establecimiento, empresa, institución o asociación, o parte de los mismos, independientemente de que tenga carácter de sociedad anónima, o de que sea público o privado, con funciones y administración propias. En las organizaciones que cuenten con más de una unidad operativa, podrá definirse como organización cada una de ellas.

Ortésis: es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

P

Planificación de la Calidad: Parte de la Gestión de Calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.

Plan de Calidad: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso o contrato específico.

Política de la Calidad: orientaciones y objetivos generales de un organismo concerniente a la Calidad, expresados formalmente por el más alto nivel de la organización.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas en salidas.

Producto: es el resultado de un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

Proceso de medición: Conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.

Programa de Auditoría: conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Prótesis: Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para mejorar el funcionamiento de una parte del mismo.

Proveedor: organización o persona que proporciona un producto.

Proyecto: único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con requisitos específicos.

R

Revisión: Actividad comprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Rehabilitación integral: es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida, puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar los ajustes o reajustes sociales.

Rendimiento Percibido: Se refiere al desempeño (en cuanto a la entrega de valor) que el cliente considera haber obtenido luego de adquirir un producto o servicio. Dicho de otro modo, es el "resultado" que el cliente "percibe" que obtuvo en el producto o servicio que adquirió.

El rendimiento percibido tiene las siguientes características:

- Se determina desde el punto de vista del cliente, no de la empresa.
- Se basa en los resultados que el cliente obtiene con el producto o servicio.
- Está basado en las percepciones del cliente, no necesariamente en la realidad.
- Sufre el impacto de las opiniones de otras personas que influyen en el cliente.
- Depende del estado de ánimo del cliente y de sus razonamientos.
- Dada su complejidad, el "rendimiento percibido" puede ser determinado luego de una exhaustiva investigación que comienza y termina en el "cliente".

S

Satisfacción del Cliente: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Servicio: resultado generado por actividades en la interfaz entre el proveedor y el cliente y por actividades internas del proveedor, con el fin de responder a las necesidades del cliente.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

Sillas de ruedas: es una ayuda técnica que consiste en una silla adaptada con al menos tres ruedas, aunque lo normal es que disponga de cuatro. Estas sillas están diseñadas para permitir el desplazamiento de aquellas personas con problemas de locomoción o movilidad reducida, debido a una lesión, enfermedad física etc.

Sistema: conjunto de elementos mutuamente relacionados o que actúan entre sí.

Sistema de gestión: sistema para establecer la política y los objetivos y para la consecución de dichos objetivos.

Sistema de gestión de la calidad: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

T

Terapeuta: profesional con habilidades especiales, obtenidas a través de estudios y con la experiencia en una o más áreas de la asistencia sanitaria que en su labor ofrece apoyo.

U

Usuario: persona, proceso organización que reciben o hacen usos del producto o servicio.

ULAM: Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares.

UOT: Unidad de Ortopedia Técnica.

V

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: REGISTRO Y DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CLIENTES EXTERNOS DE LAS UNIDADES DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR.

Determinación de población por unidad de atención:

1. CONSULTA EXTERNA Y TERAPIA DE REHABILITACIÓN

En base al reporte de población atendida en el CAL en los servicios de rehabilitación entre 01 de enero a 31 de agosto de 2011 corresponde:

ÍNDICE DE REHABILITADOS

PROGRAMA	USUARIO	REHABILITADO	% REHABILITADOS
TERAPIA DE LENGUAJE	154	33	21.4
TERAPIA EDUCATIVA	29		0.0
TERAPIA FÍSICA	1790	348	19.4
TERAPIA OCUPACIONAL	340	45	13.2

USUARIOS ATENDIDO EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

CENTRO	USUARIOS
CAL	1663
TOTAL	1663

USUARIOS ATENDIDO EN REHABILITADOS EN EL CENTRO

CENTRO	ACTIVOS	EGRESOS	CONTINÚAN
CAL	1663	1114	549

REHABILITADO	%	VOLUNTARIO	%	OTROS EGRESOS	%
284	25	465	42	365	33

Considerando el reporte de población atendida en el CAL en los servicios de rehabilitación por cada uno de los meses de enero a agosto del 2011, se determinará una población estándar para utilizar como población de estudio y determinar de esta manera la muestra.

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Promedio
636	629	595	603	611	626	602	549	606

2. UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)

Para la UOT se ha considerado la población atendida en el mes de Julio de 2011, como población de estudio.

A continuación de muestra el desglose de la población y su total:

CENTRO	TOTAL
ISRI	32
CAL	84
ISSS	14
PARTICULAR	2
TOTALES	132

3. UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULAR (ULAM)

Para la ULAM se considera como población de estudio a todos los pacientes que se encuentran internos actualmente en la unidad (septiembre 2011).

A continuación de muestra el desglose de la población y su total:

CENTRO	POBLACIÓN
CAL	14
ISBM	0
PARTICULAR	13
TOTAL	27

ANEXO 2: TABLA DE VALORES PARA CÁLCULO DE MUESTRAS DE PARA ENCUESTAS DE CLIENTES EXTERNOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR.

TABLA 1: DE APOYO AL CALCULO DEL TAMAÑO DE UNA MUESTRA POR NIVELES DE CONFIANZA									
Certeza	95%	94%	93%	92%	91%	90%	80%	62.27%	50%
Z	1.96	1.88	1.81	1.75	1.69	1.65	1.28	1	0.6745
Z ²	3.84	3.53	3.28	3.06	2.86	2.72	1.64	1.00	0.45
e	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.10	0.20	0.37	0.50
e ²	0.0025	0.0036	0.0049	0.0064	0.0081	0.01	0.04	0.1369	0.25

COMO ESTABLECER LOS NIVELES DE CONFIANZA Y PORCENTAJE DE ERROR²⁷

NIVELES DE CONFIANZA

La confianza o el porcentaje de confianza es el porcentaje de seguridad que existe para generalizar los resultados obtenidos. Comúnmente en las investigaciones sociales se busca un 95% de Probabilidad de que la estimación efectuada se ajuste a la realidad.

²⁷ **HERNÁNDEZ LERMA**, Onésimo. *Elementos de probabilidad y estadística*, México, Fondo de cultura Económica, 1979, 355 p.

También hay que tomar en cuenta que el nivel de confianza no es ni un porcentaje, ni la proporción que le correspondería, a pesar de que se expresa en términos de porcentajes. El nivel de confianza se obtiene a partir de la distribución normal estándar, pues la proporción correspondiente al porcentaje de confianza es el área simétrica bajo la curva normal que se toma como la confianza, y la intención es buscar el valor Z de la variable aleatoria que corresponda a tal área.

ERROR O PORCENTAJE DE ERROR

El error o porcentaje de error equivale a elegir una probabilidad de aceptar una hipótesis que sea falsa como si fuera verdadera, o la inversa: rechazar a hipótesis verdadera por considerarla falsa. Al igual que en el caso de la confianza, si se quiere eliminar el riesgo del error y considerarlo como 0%, entonces la muestra es del mismo tamaño que la población, por lo que conviene correr un cierto riesgo de equivocarse.

Comúnmente se aceptan entre el 4% y el 6% como error, tomando en cuenta de que no son complementarios la confianza y el error.

Cualquiera sea el procedimiento utilizado y la perfección del método empleado, la muestra diferirá de la población. A esta diferencia se la denomina error de muestreo.

Cuando una muestra es aleatoria o probabilística, es posible calcular sobre ella el error muestral. Este error indica el porcentaje de incertidumbre, es decir, el riesgo que se corre que la muestra elegida no sea representativa. Si trabajamos con un error calculado en 5%, ello significa que existe un 95% de probabilidades de que el conjunto muestral represente adecuadamente al universo del cual ha sido extraído.

A medida que incrementamos el tamaño de la muestra, el error muestral tiende a reducirse, pues la muestra va acercándose más al tamaño del universo. Del mismo modo, para una muestra determinada, su error será menor cuanto más pequeño sea el universo a partir del cual se la ha seleccionado. Para fijar el tamaño de la muestra adecuado a cada investigación, es preciso primero determinar el porcentaje de error que estamos dispuestos a admitir. Una vez hecho esto, deberán realizarse las operaciones estadísticas correspondientes para poder calcular el tamaño de la muestra que nos permite situarnos dentro del margen de error aceptado.

ESTUDIOS SIMILARES:

Se considero el porcentaje de error y nivel de confianza utilizado para el desarrollo de la ENDIS 2003 (Encuesta Nicaragüense para personas con Discapacidad).

Nivel de confianza: **95%**

% de Error: **5%**

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE DIAGNOSTICO: CENSO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001.2008

Objetivo: Identificar la situación actual de la administración superior del ISRI y el CAL respecto a los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación, brindándonos amablemente su opinión en las preguntas abiertas o marque con una "X" la opción con la que se identifica. De antemano Muchas Gracias.

4.0 Sistema de Gestión de Calidad
4.2 Requisitos de la Documentación
4.2.1 Generalidades

1. ¿Marque cuales de los siguientes documentos conoce usted que posee la institución?

a. Manual de Organización	
b. Manual de Puestos y funciones	
c. Manual de Procedimientos de trabajo	
d. *Otros:	
e. No Sabe	

*Si su respuesta fue Otros, escriba los nombres de los documentos que usted conoce: _____

2. ¿Conoce usted cuando fue la última actualización de dichos documentos?

*SI	
NO	

*Si su respuesta es Sí, coloque el año de actualización de los documentos que conoce:

Documento	Año
a. Manual de Organización	
b. Manual de Puestos y funciones	
c. Manual de Procedimientos de trabajo	
d. Otros:	

3. ¿Los documentos están disponibles para el personal para su uso respectivo en las diferentes dependencias?

SI	
*NO	
*Algunos	
No sabe	

*Si su respuesta fue NO, explique el Porque, y si fue Algunos mencione el nombre de ellos: _____

4. ¿En su Unidad, están documentados los procesos?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

5. ¿En la Institución se labora de acuerdo a los procesos establecidos?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

4.2.3 Control de documentos

6. ¿Existe un procedimiento de control de los documentos de la Institución?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, Cual es: _____

4.2.4 Control de los registros

7. ¿Existe un procedimiento de control de los registros de la Institución?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, Cual es: _____

5.0 Responsabilidad de la Dirección

5.2 Enfoque al Cliente

8. ¿Cree usted que la Dirección General del ISRI interviene en el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades del usuario?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, Explique de qué forma:

5.3 Política de la calidad

9. ¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?

Si	
No	
Parcialmente	
No Sabe	

10. ¿Se encarga la Dirección General del ISRI de la difusión de la misión, visión y objetivos de la Institución?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o parcialmente, Explique de qué forma:

11. En las siguientes tablas se muestran 3 opciones que contienen la misión y visión del ISRI, seleccione la que más se parezca o contenga la idea principal de la misión y visión de la Institución.

Opción	Misión
A	Somos la Institución pública cuya meta es brindar servicios médicos de rehabilitación a personas con discapacidad en conjunto con su grupo familiar a fin de desarrollar sus habilidades para lograr su independencia funcional.
B	Somos la Institución pública autónoma cuyo objetivo es brindar servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad brindándolos con calidad en conjunto con su grupo familiar a fin de desarrollar sus habilidades para lograr su independencia funcional y plena inclusión social.
C	Somos la Institución pública cuyo objetivo es brindar servicios de rehabilitación, brindándolos con calidad a fin de desarrollar habilidades en las personas para lograr su independencia funcional.
Opción	Visión
A	Ser la Institución en servicios médicos de rehabilitación, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.
B	Ser la Institución en servicios de rehabilitación para personas, reconocida a nivel nacional.
C	Ser la Institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.

12. ¿Existe alguna persona o comité encargada de la Calidad en la Institución?

*SI	
NO	
NO SABE	

*Si su respuesta fue SI, proporcione el nombre de la persona y/o Comité, y el cargo que desempeña:

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad

13. ¿Existe un Organigrama de la Institución establecido oficialmente y por escrito?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

14. ¿Las funciones están claramente definidas según el Organigrama de la Institución?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

5.5.3 Comunicación interna

15. Describa brevemente el proceso que se realiza en su unidad para la comunicación de las instrucciones de trabajo: _____

16. Califique en orden de uso los medios que utiliza para comunicar las instrucciones de trabajo en la Institución, basándose en el siguiente marco de referencia.

1. Siempre 2. La mayoría de veces 3. A veces 4. Nunca

*Escrito	
Notificación Verbal	
A través de Correo electrónico	
A través de un programa, Sistema	
Otro:	

Si su respuesta fue por escrito, mencione los nombres de los formatos utilizados:

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Provisión de Recursos

6.3 Infraestructura

17. Acerca del equipo y servicios de apoyo que proporciona la Dirección General del ISRI para el desempeño de su trabajo, marque la calificación que considera, en base a su criterio, con el siguiente marco de referencia.

1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo

- Disponibilidad de transporte: _____
- Equipo de trabajo necesario _____
- Papelería y material de oficina _____
- Equipo de trabajo en buenas condiciones _____
- Instalaciones adecuadas _____

6.2 Recursos Humanos

6.2.1 Generalidades

18. ¿Se cuenta con la descripción de los perfiles de los puestos de acuerdo con el trabajo a desarrollar?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

19. ¿El personal de la institución, cumple con el perfil requerido para el puesto que desempeña?

SI	
*NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue No, explique el porqué de su respuesta:

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia

20. ¿Se proporciona la inducción y capacitación adecuada, para el nuevo personal que laborara en la Institución?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

21. ¿Cuenta la Institución con programas de capacitación para el personal?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, escriba los programas que conoce:

22. ¿Se lleva un registro histórico de las capacitaciones brindadas al personal?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

6.4 Ambiente de Trabajo

23. ¿La Dirección General del ISRI promueve el trabajo en equipo en un ambiente laboral adecuado dentro de la institución?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, responda brevemente como se hace:

24. ¿Cómo considera usted la coordinación de su Unidad, con las demás Unidades de la Administración Superior?

Buena	
*Regular	
*Mala	

*Si su respuesta fue Regular o Mala, continúe con la pregunta 25, si no siga con la pregunta 26

25. ¿Con cuales dependencias o unidades considera que debería de mejorar su coordinación y en qué aspectos?: _____

26. ¿Cómo considera usted la coordinación entre las diferentes dependencias o unidades de la Administración Superior?

Buena	
*Regular	
*Mala	

*Si su respuesta fue Regular o Mala, continúe con la pregunta 27, si no siga con la pregunta 28.

27. ¿Qué dependencias o unidades considera que deberían de mejorar su coordinación y en qué aspectos?: _____

7.4 Compras
7.4.1 Proceso de compras

28. ¿Se encuentran definidos por escrito los productos y los requisitos solicitados a los proveedores?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

29. ¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?

*SI	
NO	
*Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o Parcialmente, explique brevemente la forma en que se seleccionan a los proveedores: _____

30. ¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?

*SI	
NO	
*Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o Parcialmente, explique brevemente la forma en que se evalúan los proveedores: _____

31. ¿Existe algún registro de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación o reevaluación?

*SI	
NO	
*Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o Parcialmente, explique brevemente la forma en que se realizan los registros: _____

32. ¿Seleccione cuáles son los criterios más importantes, para la selección de los proveedores?

Precio Ofertado	
Calidad de los Productos	
Fecha de Caducidad de los Productos	
Cantidad de productos	
Plazo de entrega	
Otros:	

7.4.2 Información de las Compras

33. ¿Existe una metodología adecuada para la realización de los pedidos de compra?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

34. ¿Los pedidos de compra contienen información sobre todos los requisitos deseados?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

7.4.3 Verificación de los Productos Comprados

35. ¿Existe definida una metodología adecuada para inspección de los productos comprados?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

36. ¿Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos comprados?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

37. ¿Existen registros de las inspecciones de productos conforme a la metodología definida?

*SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, explique brevemente la forma en que se realizan los registros:

¡FIN DE LA ENCUESTA!, MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO.

ANEXO 4: CUESTIONARIO DIAGNOSTICO ACERCA DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001.2008

Objetivo: Identificar la situación actual del CAL respecto a los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación, brindándonos amablemente su opinión en las preguntas abiertas o marque con una “X” la opción con la que se identifica. De antemano Muchas Gracias.

Nota: aclárese que Alta Dirección se considera como la Dirección General del ISRI.

5.0 Compromiso de la Dirección

1. ¿Conoce la Alta Dirección cuales son las necesidades principales de los usuarios de los servicios de Rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si pase a la pregunta 2, si su respuesta fue No o No sabe pase a la pregunta 3

2. ¿Marque cuales de las siguientes herramientas hace uso la Alta Dirección para conocer las necesidades de los usuarios?

Encuestas	
Entrevistas Personales	
Buzón de Sugerencias	
Otros:	

3. ¿Provee la Alta Dirección los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios de Servicios de Rehabilitación?

SI	
NO	
Parcialmente	

*Si su respuesta fue SI o con cierta limitación pase a la pregunta 4, Si fue No pase a la pregunta 5

4. ¿Califique según su criterio como provee la dirección de los recursos para lograr la satisfacción de necesidades de los usuarios?

1. Excelente 2.Bueno 3.Regular 4.Malo

Recursos	Calificación
Recurso Humano	
Instalaciones Adecuadas	
Equipo y Materiales	
Procesos e Instrucciones establecidas, mediante manuales , instructivos, guías, etc.	

7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO (SERVICIO)

5. ¿Cree Ud. que el ISRI planifica y desarrolla los procesos necesarios para brindar los servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o parcialmente mencione quienes realizan dicha planificación y siga con la pregunta 6:

*Si su respuesta fue No o No Sabe pase a la pregunta 8

6. ¿Explique cómo y cada cuanto se realiza la planificación para la prestación de servicios de rehabilitación en el CAL?
-

7. ¿Cree Ud. que el CAL planifica la prestación de los servicios en base a las necesidades que presenta el usuario?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO (SERVICIO)

8. ¿Existe una metodología definida para la determinación de los requisitos (perfiles) usuarios para la prestación de los servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si explique brevemente en qué consiste:

9. ¿Existe alguna metodología definida para la determinación de los requisitos (recurso humano, Recurso Monetario, Equipo y Materiales) de los servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si explique brevemente en qué consiste la metodología y siga con la pregunta 10:

*Si su respuesta fue No o No sabe pase a la pregunta 17

10. ¿Conoce Ud. Si se encuentran registrados los requisitos de los usuarios y de los servicios de rehabilitación determinados?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, mencione en que documento se encuentra registrado:

11. ¿Se han definido los elementos no especificados por el usuario pero que son complementarios para la prestación de servicios de rehabilitación (Servicios de Apoyo como: Trabajo Social, Psicología, etc.)?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

12. ¿Se brindan los servicios de rehabilitación en base a lineamientos legales o reglamentarios?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí mencione cuáles son esos lineamientos:

13. ¿En caso de presentarse un usuario con un diagnostico fuera del estándar atendido en el CAL, el ISRI está preparado para atenderlo?

SI	
NO	
No sabe	

14. ¿Explique cuáles son las acciones a tomar al presentarse casos fuera del estándar?
-

7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO (SERVICIO)

15. ¿Se encuentran descritos los pasos a seguir y las responsabilidades para realizar la revisión de los requisitos del usuario?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí pase a la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la pregunta 17

16. ¿Existe alguna evidencia de la realización de la revisión de dichos requisitos?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, explique brevemente cual es la evidencia: _____

7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE

17. ¿Existe un método que utilice el ISRI para comunicarse eficazmente con el usuario?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o parcialmente pase a la pregunta 18, de lo contrario pase a la pregunta 23

18. ¿Marque cuales de los siguientes medios utilizan para comunicarse con el usuario?

Notificaciones verbales	
Llamadas Telefónicas	
Correos Electrónicos	
Murales Informativos	
Tarjetas de Control de citas	
Otros:	

19. ¿Conoce Ud. si el ISRI cuenta con instrumentos para escuchar la opinión del usuario?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí pase a la pregunta 20 de lo contrario pase a la pregunta 23

20. ¿Marque cuales de los siguientes instrumentos utiliza para escuchar la opinión del usuario?

Buzón de Sugerencias	
Encuestas de Satisfacción	
Entrevista personal	
Otros:	

21. ¿Se registran las opiniones del usuario acerca del servicio recibido, sus quejas o sugerencias referentes a los servicios de rehabilitación brindados?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o Parcialmente, mencione el documento donde se realiza dicho registro y siga con la pregunta 22: _____

*Si su respuesta fue No o No Sabe pase a la pregunta 23.

22. ¿Explique el objetivo de llevar los registros de opiniones de los usuarios?

7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

23. ¿Se realiza una planificación de cómo se espera brindar los servicios de rehabilitación en el CAL?

SI	
NO	

Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o Parcialmente pase a la pregunta 24, de lo contrario pase a la pregunta 26

24. ¿Quiénes son los encargados de realizar dicha planificación?

25. ¿La planificación de servicios de rehabilitación incluye la programación, supervisión y autorización de las partes competentes?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

7.3.2 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO

26. ¿Para todos los servicios de rehabilitación, se han definido los perfiles que deben poseer los usuarios para la correcta prestación de los mismos?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o Parcialmente pase a la pregunta 27, de lo contrario pase a la pregunta 29

27. ¿Seleccione cuales requisitos debe cumplir el usuario para la prestación de los servicios de rehabilitación?

Pacientes con una discapacidad verificable	
Remisiones de Redes Nacionales, ISBM, CAL	
Remisiones de Hospitales Privados	
Otros:	

28. ¿Existe algún registro asociado a esta identificación de dichos requisitos?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, explique brevemente la forma en que se realizo este registró:

7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO

29. ¿Los resultados del desarrollo de los servicios de rehabilitación prestados son los esperados de acuerdo a los requisitos de los usuarios?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

30. ¿Existe algún proceso de revisión periódica de la planificación de las políticas y del desarrollo de los servicios de rehabilitación en base a la satisfacción de las necesidades de los usuarios?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí pase a la pregunta 31, de lo contrario pase a la pregunta 32

31. ¿Existe algún tipo de control que determine que los servicios de rehabilitación se están realizando de acuerdo a los lineamientos establecidos para la prestación del mismo?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, explique brevemente como y quien realiza el control:

7.3.5 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

32. ¿Se realiza algún tipo de verificación de los resultados obtenidos de la prestación de los servicios de acuerdo a la planificación establecida?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí pase a la pregunta 33, de lo contrario pase a la pregunta 34

33. ¿Existe algún registro relacionado a la verificación de los resultados obtenidos de la planificación establecida de los servicios de rehabilitación prestados?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI o Parcialmente, explique brevemente como se realiza el registro para la verificación: _____

7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

34. ¿Existe algún proceso que permita validar que se está cumpliendo lo planificado versus lo desarrollado para la prestación de los servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí explique en qué consiste:

7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO

35. ¿En caso de existir cambios en la forma preestablecida para la prestación de los servicios, se lleva a cabo algún registro de éstos cambios?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue SI, explique brevemente la forma en que se realizan los registros y siga con la pregunta 36: _____

*Si su respuesta fue No o No Sabe pasar a la pregunta 37

36. ¿Son sometidos a revisión los cambios realizados antes de ser aceptados en todos los procesos de servicios de rehabilitación que son brindados?

SI	
NO	
No sabe	

7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

37. ¿Existe una metodología (manuales), pasos o instrucciones a seguir, definidos para la prestación de servicios de rehabilitación?:

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si mencione los documentos que utilizan y continúe con la siguiente pregunta: _____

*Si su respuesta fue No o No Sabe pase a la pregunta 40

38. Si existen instrucciones (manuales) de trabajo para la prestación de servicios de rehabilitación ¿Se encuentran disponibles en los puestos donde se brindan los servicios?

SI	
NO	
No sabe	

39. Las instrucciones (manuales) de trabajo para la prestación de servicios de rehabilitación se encuentran actualizados?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si mencione el año de la última actualización:

40. ¿Se encuentran disponibles los equipos y materiales necesarios para la prestación de los servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

41. ¿Se realizan las inspecciones o supervisiones adecuadas durante el proceso de prestación de servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí, explique brevemente como y quien las realiza dichas inspecciones:

7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

42. En cuanto a los procesos que se realizan para la prestación de los servicios del ISRI, ¿Se han definido los pasos o lineamientos de dichos procesos?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o Parcialmente pase a la pregunta 43, de lo contrario pase a la pregunta 45

43. ¿Se realiza alguna revisión de los pasos o lineamientos de los procesos establecidos?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí pase a la pregunta 44, de lo contrario pase a la pregunta 45

44. ¿Existen registros relacionados a la revisión de los procesos para la prestación de los servicios?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí, explique brevemente como se realizan los registros:

7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD

45. ¿Se encuentran identificados los diferentes servicios a brindar a lo largo de todo el proceso de rehabilitación del paciente?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o parcialmente, mencione los servicios a brindar en el proceso de rehabilitación:

46. ¿Se encuentran identificadas las diferentes etapas de todo el proceso de rehabilitación del paciente?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

***Si su respuesta fue Si o parcialmente, menciones las etapas del proceso de rehabilitación:**

47. ¿Se encuentran identificados los responsables de las diferentes etapas de todo el proceso de rehabilitación del paciente?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

***Si su respuesta fue Si o parcialmente, menciones los responsables de las etapas del proceso de rehabilitación:**

48. ¿Se poseen los medios que hagan confortable brindar los servicios de rehabilitación a los pacientes?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

***Si su respuesta es SI o Parcialmente, Mencione los medios:**

7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE

49. ¿La información y los datos proporcionados por el usuario son manejados con discreción y cuidado?

SI	
NO	
No sabe	

***Si su Respuesta fue Si explique brevemente de que manera lo hacen:**

7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN

50. ¿Se cuenta con un plan de seguimiento y medición para los equipos de apoyo utilizados para brindar los servicios de rehabilitación?

SI	
NO	
No sabe	

***Si su respuesta fue Si pase a la pregunta 51, de lo contrario pase a la pregunta 52**

51. ¿Cómo y cada cuanto se realiza el plan de seguimiento y medición de los equipos de apoyo?_____

Diario	
Semanal	

Mensual	
Anual	
Otro:	
No Sabe	

52. ¿El CAL cuenta con instrumentos y/o procesos (encuestas de satisfacción u otros) que permitan verificar y/o dar seguimiento a los servicios brindados a fin de garantizar una correcta y satisfactoria prestación de servicio de rehabilitación?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta es Si o Parcialmente seguir con la pregunta 53, si su respuesta fue No o No Sabe ir a la pregunta 55.

53. ¿Se encuentran identificados los instrumentos y/o procesos que se utilizan para la verificación y seguimiento de los servicios de rehabilitación brindados?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si mencione cuales son aquellos instrumentos que se encuentran identificados y posteriormente pase a la siguiente pregunta:

*Si su respuesta fue No o No Sabe pase a la pregunta 55

54. ¿Se conocen cuáles son los procedimientos a seguir (abarcando todo el proceso) cuando los resultados brindados por los instrumentos de seguimiento han sido no favorables?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si explique brevemente en qué consisten dichas acciones:

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

55. ¿Cuentan con algún instrumento utilizado para medir la satisfacción del cliente?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si pase a la pregunta 56, de lo contrario pase a la pregunta 59

56. ¿Marque cuales de los instrumentos son utilizados para medir la satisfacción del cliente?

Encuestas de Satisfacción	
Entrevista Personal	
Buzón de Sugerencias	
Otros:	

57. ¿Existen registros del análisis de la satisfacción del cliente en base al instrumento utilizado?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta fue Si menciones cuales son los registros y pase a la pregunta 58, de lo contrario pase a la pregunta 59: _____

58. ¿Explique brevemente cuales son las acciones posteriores a la medición de la Satisfacción del cliente? _____

8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

59. ¿Cuentan con una metodología para medir la eficiencia de los procesos en su unidad?

SI	
NO	
No sabe	

*Si su respuesta es Si pasar a la pregunta 60, de lo contrario pasar a la pregunta 62

60. ¿Explique brevemente en qué consiste dicha metodología?

61. ¿Mencione según su criterio cual es el proceso más eficiente y el menos eficiente de su unidad?

Más Eficiente: _____

Menos Eficiente: _____

8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO

62. ¿Se encuentran definidas las pautas del seguimiento y supervisión de la prestación de servicios de rehabilitación?:

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o Parcialmente pase a la pregunta 63, de lo contrario pasar a la pregunta 64

63. ¿Existen registros de estos seguimientos y supervisiones realizadas?

SI	
NO	
Parcialmente	
No sabe	

*Si su respuesta fue Sí o Parcialmente mencione cuales son dichos registros:

8.3 Control de producto no conforme

64. ¿Cuentan con una metodología para determinar la no conformidad en los productos o servicios brindados?

SI	
NO	
No sabe	

***Si su respuesta fue Sí explique brevemente en qué consiste y continúe con la siguiente pregunta:**

***Si su respuesta fue No o No Sabe Fin de la Encuesta GRACIAS POR SU TIEMPO!**

65. ¿Las no conformidades encontradas son solventadas?

SI	
NO	
No sabe	

***Si su respuesta fue Si mencione cuales son las acciones a tomar para solventarlas:**

¡FIN DE LA ENCUESTA!, MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO.

ANEXO 5: ENCUESTA DE PRUEBA PILOTO PARA CONSULTA EXTERNA

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL): CONSULTA EXTERNA: SERVICIOS MEDICOS, DE APOYO Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Objetivo: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en las áreas de Servicios Médicos y de Apoyo y Servicios de Rehabilitación perciben de los servicios y atenciones brindados en dicho centro.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación marcando con una “X” la opción con la que se identifica. De antemano Muchas Gracias!!

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. **Sexo del usuario:** F M
2. **Edad del Usuario:**
De 0-17 años 18-25 Años 26-35 Años 36-45 Años 45- Más Años
3. **Nivel de escolaridad:**
 1° a 3° 4° a 6° 7° a 9°
 Bachillerato Técnico/ Universitario Ninguno

SECCIÓN II: SATISFACCION DEL USUARIO

4. **¿Encuentra satisfactorios los servicios de Consulta Externa y Terapias de rehabilitación brindados por el CAL?**
Si No
5. **¿Recomendaría a otras personas el uso de dichos servicios?**
Si No

FIN DE LA ENCUESTA ;MUCHAS GRACIAS!

ANEXO 6: ENCUESTA DE PRUEBA PILOTO PARA LA UOT

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TECNICA (UOT) SERVICIOS DE FABRICACION DE ORTESIS Y PROTESIS

Objetivo: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios de la UOT en las áreas de Servicios de fabricación de ortésis y prótesis brindados en dicho centro.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación marcando con una "X" la opción con la que se identifica. De antemano Muchas Gracias!!

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. **Sexo del usuario:** F M

2. **Edad del Usuario:**

De 0-17 años 18-25 Años 26-35 Años 36-45 Años 45- Más Años

3. **Nivel de escolaridad:**

1° a 3° 4° a 6° 7° a 9°
 Bachillerato Técnico/ Universitario Ninguno

SECCIÓN II: SATISFACCION DEL USUARIO

4. **¿Encuentra satisfactorios los servicios brindados por la Unidad de Ortopedia Técnica?**

Si No

5. **¿Recomendaría a otras personas el uso de dichos servicios?**

Si No

FIN DE LA ENCUESTA ;MUCHAS GRACIAS!

ANEXO 7: Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de consulta externa: Prueba Piloto

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. Sexo del usuario:

Genero	Frecuencia	Porcentaje
F	11	44%
M	14	56%
Total	25	100%

2. Edad del Usuario:

Edad	Frecuencia
0-17 años	
18-25 años	3
26-35 años	6
36-45 años	7
más de 45 años	9
Total	25

3. Nivel de escolaridad:

Edad	Frecuencia
1° a 3°	
4° a 6°	
7° a 9°	5
Bachillerato	12
Técnico/Universitario	8
Ninguno	
Total	25

SECCIÓN II: SATISFACCION DEL USUARIO

4. ¿Encuentra satisfactorios los servicios de Consulta Externa y Terapias de Rehabilitación brindados por el CAL?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	88%
NO	3	12%
Total	25	100%

5. ¿Recomendaría a otras personas el uso de dichos servicios?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	23	92%
NO	2	8%
Total	25	100%

ANEXO 8: Tabulación de encuesta de satisfacción de usuarios de Unidad de Ortopedia Técnica: Prueba Piloto

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. Sexo del usuario:

Genero	Frecuencia	Porcentaje
F	9	45%
M	11	55%
Total	20	100%

2. Edad del Usuario:

Edad	Frecuencia
0-17 años	
18-25 años	4
26-35 años	7
36-45 años	
más de 45 años	9
Total	20

3. Nivel de escolaridad:

Nivel de Escolaridad	Frecuencia
1° a 3°	
4° a 6°	2
7° a 9°	6
Bachillerato	3
Técnico/Universitario	7
Ninguno	2
Total	20

SECCIÓN II: SATISFACCION DEL USUARIO

4. ¿Encuentra satisfactorios los servicios brindados por la Unidad de Ortopedia Técnica?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	75%
NO	5	25%
Total	20	100%

5. ¿Recomendaría a otras personas el uso de dichos servicios?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	75%
NO	5	25%
Total	20	100%

ANEXO 9: Instrumento para el Consulta Externa y Servicios de Rehabilitación

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL): SERVICIOS MEDICOS Y DE APOYO Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Objetivo: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en las áreas de Servicios Médicos y de Apoyo y Servicios de Rehabilitación perciben de los servicios y atenciones brindados en dicho centro.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación marcando con una “X” la opción con la que se identifica y brindándonos amablemente su opinión en las preguntas abiertas. De antemano Muchas Gracias!!

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. **Sexo del usuario:** F M
2. **Edad del Usuario:**
De 0-17 años 18-25 Años 26-35 Años 36-45 Años 45-55 Años
3. **Nivel de escolaridad:**
 1° a 3° 4° a 6° 7° a 9°
 Bachillerato Técnico/ Universitario Ninguno

SECCIÓN II: GENERALIDADES

4. **¿Ha recibido servicios médicos, de apoyo o terapias en el CAL?**
Si No
Si su respuesta es “Si” pase a la pregunta N° 5, si es “No”: **FIN DE LA ENCUESTA ;MUCHAS GRACIAS!**
5. **¿La prestación de los servicios los recibe como parte de?**
 Convenio ISSS Remitido de Red Nacional Otro: _____
 Convenio ISBM Iniciativa propia
6. **¿Cuánto tiempo tiene de hacer uso de los servicios del CAL?**
a) Una semana
b) Un mes
c) Dos meses
d) Tres meses
e) Seis meses
f) Otra (especifique): _____
7. **¿Con que frecuencia visita el CAL?**
a) Un día a la semana
b) Dos días a la semana
c) Tres días a la semana

- d) Cada quince días
 e) Una vez al mes
 f) Otra (especifique): _____

8. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado mayor satisfacción al realizarlo?

- Proceso de Ingreso Atención de los servicios brindados
 Proceso de Egreso Otros: _____

9. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado menor satisfacción al realizarlo?

- Proceso de Ingreso Atención de los servicios brindados
 Proceso de Egreso Otros: _____

10. En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término “Servicios de Calidad”?

- Atención puntal de los servicios
 Rápida y Agradable Atención por parte del personal
 Condiciones adecuadas de las instalaciones
 Rapidez en los tramites
 Servicios brindados sin inconvenientes
 Otros: _____

11. ¿Considera que los servicios brindados en el CAL son “Servicios de Calidad”?

- SI NO

¿Por qué?: _____

SECCIÓN III: SERVICIOS MEDICOS (Medicina Especializada y General)

12. ¿Ha recibido usted servicios médicos en el CAL?

- SI NO

**Si es No, pasar a la pregunta 31*

13. ¿Qué tipo de especialidad de servicios médicos ha recibido usted en el CAL?

- Medicina Familiar Fisiatría
 Neurología Urología
 Ortopedia

14. ¿Cuándo recibe los servicios médicos, el personal médico encargado lo realiza con amabilidad?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

15. ¿Considera que los servicios médicos son brindados con prontitud?

- Siempre Algunas veces

La mayoría de veces Nunca

16. ¿Durante la prestación del servicio médico brindado, el personal encargado le proporcione la información que de forma clara y sencilla?

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

17. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio médico dedicado es el adecuado?

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

18. Durante la prestación del servicio médico, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?

Excelente Regular
 Buena Mala

19. A partir de la prestación de los servicios médicos, ¿Cómo considera la evolución de su salud?

Ha mejorado Ha empeorado Sigue igual Otro: _____

20. ¿Alguna vez le han suspendido la cita médica?

SI NO

*Si es Sí, pasar a la pregunta 21, Si es No, pasar a la pregunta 23

21. ¿Cuál fue el motivo por el cual se suspendió su cita médica?

22. ¿La cita suspendida se la han reprogramado para otra fecha?

SI NO

23. ¿Considera que es necesario la incorporación de otros servicios médicos?

SI ¿Cuáles servicios? _____ NO

24. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones Consulta Externa es:

Excelente Regular
 Buena Mala

25. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios médicos brindados por el CAL?

Excelente Regular
 Bueno Malo

26. ¿Considera que los servicios médicos brindados cumplieron con sus expectativas?
 Si No Parcialmente

27. ¿De los servicios médicos brindados qué considera que debe ser mejorado?

28. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la consulta, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?

SI NO

¿Por qué?: _____

29. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la Consulta, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de la consulta?

SI NO

¿Por qué?: _____

30. ¿Desea añadir algún comentario? Menciónelo

SECCIÓN IV: SERVICIOS DE APOYO (Imagenología (Rayos X), Trabajo Social y Psicología)

31. ¿Ha recibido usted servicios de apoyo en el CAL?

SI NO

*Si es No, pasar a la pregunta 49

32. ¿Qué tipo de especialidad de servicios de apoyo ha recibido usted en el CAL?

Imagenología (Rayos X) Psicología Trabajo Social

33. ¿Cuándo recibe los servicios de apoyo, el personal encargado lo realiza con amabilidad?

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

34. ¿Considera que los servicios de apoyo son brindados con prontitud?

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

35. ¿Durante la prestación del servicio de apoyo brindado, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

36. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de apoyo dedicado es el adecuado?

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

37. Durante la prestación del servicio de apoyo, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?

- Excelente Regular
 Buena Mala

38. ¿Alguna vez le han suspendido la cita de servicio de apoyo?

- SI NO

*Si es Si, pasar a la pregunta 39, Si es No, pasar a la pregunta 41

39. ¿Cuál fue el motivo por el cual se suspendió su cita de servicio de apoyo?

40. ¿La cita suspendida se la han reprogramado para otra fecha?

- SI NO

41. ¿Considera que es necesario la incorporación de otros servicios de apoyo?

- SI ¿Cuáles servicios? _____ NO

42. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de los Servicios de Apoyo es:

- Excelente Regular
 Buena Mala

43. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios de apoyo brindados por el CAL?

- Excelente Regular
 Bueno Malo

44. ¿Considera que los servicios de apoyo brindados cumplieron con sus expectativas?

- Si No Parcialmente

45. ¿De los servicios de apoyo brindados qué considera que debe ser mejorado?

46. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de apoyo brindados, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?

- SI NO

¿Por qué?: _____

47. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de apoyo brindados, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de apoyo?

- SI NO

¿Por qué?: _____

48. ¿Desea añadir algún comentario? Menciónelo

SECCIÓN V: SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

49. ¿Ha recibido usted Servicios de Rehabilitación en el CAL?

- SI NO

*Si es No, FIN DE LA ENCUESTA, GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

50. ¿Qué tipo de especialidad de Servicios de Rehabilitación ha recibido usted en el CAL?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Terapia de Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia Educativa |
| <input type="checkbox"/> Terapia Física Adaptada | |

51. ¿Cuándo recibe los servicios de Rehabilitación, el personal encargado lo realiza con amabilidad?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de veces | <input type="checkbox"/> Nunca |

52. ¿Considera que los servicios de Rehabilitación son brindados con prontitud?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de veces | <input type="checkbox"/> Nunca |

53. ¿Durante la prestación de los Servicios de Rehabilitación brindado, el personal encargado le proporcione la información de forma clara y sencilla?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de veces | <input type="checkbox"/> Nunca |

54. ¿Considera que el tiempo de atención de los Servicios de Rehabilitación dedicado es el adecuado?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de veces | <input type="checkbox"/> Nunca |

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

55. Durante la prestación de Servicios de Rehabilitación, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Mala |

56. A partir de la prestación de los Servicios de Rehabilitación, ¿Cómo considera la evolución de su salud?

- Ha mejorado Ha empeorado Sigue igual Otro: _____

57. ¿Alguna vez le han suspendido la cita de terapia?

- SI NO

*Si es Si, pasar a la pregunta 58, Si es No, pasar a la pregunta 60

58. ¿Cuál fue el motivo por el cual se suspendió su cita de terapia?

59. ¿La cita suspendida se la han reprogramado para otra fecha?

- SI NO

60. ¿Considera que es necesario la incorporación de otros servicios de rehabilitación?

SI ¿Cuáles servicios? _____ NO

61. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de Terapia es:

Excelente Regular
 Buena Mala

62. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios de rehabilitación brindados por el CAL?

Excelente Regular
 Bueno Malo

63. ¿Considera que los servicios de rehabilitación brindados cumplieron con sus expectativas?

Si No Parcialmente

64. ¿De los servicios de rehabilitación brindados qué considera que debe ser mejorado?

65. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de rehabilitación brindados, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?

SI NO

¿Por qué?: _____

66. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de rehabilitación brindados, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de rehabilitación?

SI NO

¿Por qué?: _____

67. ¿Desea añadir algún comentario? Mencínelo

¡FIN DE LA ENCUESTA! MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!!!

ANEXO 10: Instrumento para la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT)

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL): UNIDAD DE ORTOPEdia TÉCNICA (UOT)

Objetivo: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en la UOT perciben de los servicios y atenciones brindados en dicho unidad.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación marcando con una “X” la opción con la que se identifica y brindándonos amablemente su opinión en las preguntas abiertas. De antemano Muchas Gracias!!

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. **Sexo del usuario:** F M
2. **Edad del Usuario:**
De 0-17 años 18-25 Años 26-35 Años 36-45 Años 46 y más Años
3. **Nivel de escolaridad:**
 1° a 3° 4° a 6° 7° a 9°
 Bachillerato Técnico/ Universitario Ninguno

SECCIÓN II: GENERALIDADES

4. **¿Ha recibido servicios de la Unidad de Ortopedia Técnica del CAL?**
Si No
Si su respuesta es “Si” pase a la pregunta N° 5, si es “No”: **FIN DE LA ENCUESTA ;MUCHAS GRACIAS!**
5. **¿La prestación de los servicios los recibe como parte de?**
 Convenio ISSS Remitido de Red Nacional
 Convenio ISBM Remitido del CAL
6. **¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado menor satisfacción al realizarlo?**
 Proceso de Ingreso Proceso de Prueba
 Proceso de Toma de Medida Proceso de Entrega
 Proceso de Elaboración de ortésis y/o prótesis (tiempo de espera) Procesos de Ajuste de ortésis y/o prótesis
 Proceso de reparación de ortésis y/o prótesis. Otros: _____
7. **¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado mayor satisfacción al realizarlo?**
 Proceso de Ingreso Proceso de Prueba
 Proceso de Toma de Medida Proceso de Entrega
 Proceso de Elaboración de ortésis y/o prótesis (tiempo de espera) Procesos de Ajuste de ortésis y/o prótesis

Proceso de reparación de ortésis y/o prótesis. Otros: _____

8. En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término Servicios de Calidad?

- Atención puntal de los servicios
- Rápida y Agradable Atención por parte del personal
- Condiciones adecuadas de las instalaciones
- Rapidez en los tramites
- Servicios brindados sin inconvenientes
- Otros: _____

9. ¿Considera que los servicios brindados en la UOT son Servicios de Calidad?

SI NO

¿Por qué?: _____

SECCIÓN III: ORTÉSIS Y PRÓTESIS

10. ¿Qué tipo de especialidad de servicios de ortésis y/o prótesis ha recibido usted en el CAL?

- Elaboración de Ortésis y/o prótesis
- Reparación de Ortésis y/o prótesis
- Calzado Ortopédico
- Reparación de Sillas de ruedas normales
- Silla de ruedas adaptadas
- Otros: _____

11. Marque el tiempo que la UOT ha demorado en la entrega de su aparato o reparaciones (Ortésis, prótesis, calzado ortopédico, silla de ruedas adaptadas, reparaciones de ortésis/prótesis, reparación de sillas normales).

- a) Un mes
- b) Dos meses
- c) Tres meses
- d) Cuatro meses
- e) Cinco meses
- f) Seis Mecas
- g) Otra (especifique): _____

12. ¿Cuándo recibe los servicios técnicos, el personal encargado lo realiza con amabilidad?

- Siempre
- Algunas veces
- La mayoría de veces
- Nunca

13. ¿Considera que los servicios médicos son brindados con prontitud?

- Siempre
- Algunas veces
- La mayoría de veces
- Nunca

14. ¿Durante la prestación del servicio, el personal encargado le proporciono la información de forma clara y sencilla?

- Siempre
- Algunas veces
- La mayoría de veces
- Nunca

15. **¿Considera que el tiempo de atención del servicio dedicado es el adecuado?**

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

16. **Durante la prestación del servicio, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?**

- Excelente Regular
 Buena Mala

17. **A partir de la prestación de los servicios, ¿Cómo considera la aportación de rehabilitación a su salud?**

- Ha mejorado Ha empeorado Sigue igual Otro: _____

18. **Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de la UOT es:**

- Excelente Regular
 Buena Mala

19. **¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios brindados por la UOT?**

- Excelente Regular
 Bueno Malo

20. **¿Considera que los servicios brindados por la UOT cumplieron con sus expectativas?**

- Si No Parcialmente

21. **¿De los servicios brindados qué considera que debe ser mejorado?**

22. **En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término Productos de Calidad?**

- Que sea adecue de la mejor manera al usuario (confort)
 Que sea resistente y durable
 Que su presentación visual sea adecuada
 Que funcione de correctamente
 Otros: _____

23. **¿Considera que los productos de ortésis y/o prótesis son de calidad?**

- SI NO

¿Por qué?: _____

24. **A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la UOT, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?**

- SI NO

¿Por qué?: _____

25. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la UOT, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de la UOT?

SI NO

¿Por qué?: _____

26. ¿Desea añadir algún comentario? Menciónelo

¡FIN DE LA ENCUESTA! MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!!!

ANEXO 11: Instrumento para la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM)

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL): UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES (ULAM)

Objetivo: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CAL en la ULAM perciben de los servicios y atenciones brindados en dicho unidad.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación marcando con una “X” la opción con la que se identifica y brindándonos amablemente su opinión en las preguntas abiertas. De antemano Muchas Gracias!!

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO

1. **Sexo del usuario:** F M

2. **Edad del Usuario:**

De 0-17 años 18-25 Años 26-35 Años 35 Años 45 Más Años

3. **Nivel de escolaridad:**

1° a 3° 4° a 6° 7° a 9°
 Bachillerato Técnico/ Universitario Ninguno

SECCIÓN II: GENERALIDADES

4. **¿La prestación de los servicios los recibe como parte de?**

Remitido del CAL Remitido de Red Nacional Convenio ISBM

5. **¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado mayor satisfacción al realizarlo?**

Proceso de Ingreso Atención Medica
 Atención Psicológica Atención de enfermería
 Atención de Trabajo Social Procesos de egreso
 Proceso de Terapias de rehabilitación Otros: _____

6. **¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado menor satisfacción al realizarlo?**

Proceso de Ingreso Atención Medica
 Atención Psicológica Atención de enfermería
 Atención de Trabajo Social Procesos de egreso
 Proceso de Terapias de rehabilitación Otros: _____

7. **En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término “Servicios de Calidad”?**

Atención puntal de los servicios Rapidez en los tramites

- Rápida y Agradable Atención por parte del personal Servicios brindados sin inconvenientes
- Condiciones adecuadas de las instalaciones Otros: _____

8. **¿Considera que los servicios brindados en la ULAM son Servicios de Calidad?**

- SI NO

¿Por qué?: _____

9. **¿Cuándo recibe los servicios médicos, el personal médico encargado lo realiza con amabilidad?**

- Siempre Algunas veces
- La mayoría de veces Nunca

10. **¿Considera que los servicios médicos son brindados con prontitud?**

- Siempre Algunas veces
- La mayoría de veces Nunca

11. **¿Durante la prestación del servicio médico, el personal médico encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?**

- Siempre Algunas veces
- La mayoría de veces Nunca

12. **¿Considera que el tiempo de atención del servicio médico dedicado es el adecuado?**

- Siempre Algunas veces
- La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

13. **Durante la prestación del servicio médico, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?**

- Excelente Regular
- Buena Mala

14. **¿Cuándo recibe los servicios de terapia de rehabilitación, el personal encargado lo realiza con amabilidad?**

- Siempre Algunas veces
- La mayoría de veces Nunca

15. **¿Considera que los servicios de terapia de rehabilitación son brindados con prontitud?**

- Siempre Algunas veces
- La mayoría de veces Nunca

16. ¿Durante la prestación del servicio de terapia de rehabilitación, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

17. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de terapia de rehabilitación dedicado es el adecuado?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

18. Durante la prestación del servicio de terapia de rehabilitación, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?

- Excelente Regular
 Buena Mala

19. ¿Cuándo recibe los servicios de psicología, el personal encargado lo realiza con amabilidad?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

20. ¿Considera que los servicios de psicología son brindados con prontitud?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

21. ¿Durante la prestación del servicio de psicología, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

22. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de psicología dedicado es el adecuado?

- Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

23. Durante la prestación del servicio de psicología, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?

- Excelente Regular
 Buena Mala

24. Cuando recibe los servicios de Trabajo Social, el personal encargado lo realiza con amabilidad?

- Siempre Algunas veces

La mayoría de veces Nunca

25. **¿Considera que los servicios de Trabajo Social son brindados con prontitud?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

26. **¿Durante la prestación del servicio de Trabajo Social, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

27. **¿Considera que el tiempo de atención del servicio de Trabajo Social dedicado es el adecuado?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

28. **Durante la prestación del servicio de Trabajo Social, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?**

Excelente Regular
 Buena Mala

29. **¿Cuándo recibe los servicios de enfermería, el personal encargado lo realiza con amabilidad?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

30. **¿Considera que los servicios de enfermería son brindados con prontitud?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

31. **¿Durante la prestación del servicio de enfermería, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

32. **¿Considera que el tiempo de atención del servicio de enfermería dedicado es el adecuado?**

Siempre Algunas veces
 La mayoría de veces Nunca

Si su respuesta es “Algunas veces” o “Nunca”, ¿Cuál considera que debería de ser el tiempo de atención? _____

33. Durante la prestación del servicio de enfermería, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?

- Excelente Regular
 Buena Mala

34. ¿Ha tenido algún inconveniente o contratiempo con el servicio brindado por enfermería relacionado con atención de los medicamentos?

- Si No Si es SI pase a la pregunta 35 si es NO pase a la pregunta 36.

35. ¿Menciones el inconveniente ocasionado por el servicio brindado por enfermería relacionado con atención de los medicamentos?

36. ¿Ha tenido algún inconveniente o contratiempo con el servicio brindado por enfermería relacionado con atención de los alimentos y dietas?

- Si No Si es SI pase a la pregunta 37 si es NO pase a la pregunta 38.

37. ¿Menciones el inconveniente ocasionado por el servicio brindado por enfermería relacionado con atención de los alimentos y dietas?

38. ¿Ha tenido algún inconveniente o contratiempo con el servicio brindado por enfermería relacionado, que considere relevante?

- Si No Si es SI pase a la pregunta 39 si es NO pase a la pregunta 40.

39. ¿Menciones el inconveniente ocasionado por el servicio brindado por enfermería?

40. A partir de la prestación de los servicios, ¿Cómo considera la aportación de rehabilitación a su salud?

- Ha mejorado Ha empeorado Sigue igual Otro: _____

41. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de la ULAM es:

- Excelente Buena Regular Mala

42. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios brindados por la ULAM?

- Excelente Buena Regular Mala

43. ¿Considera que los servicios brindados por la ULAM cumple con sus expectativas?

- Si No Parcialmente

¿Por qué?: _____

44. ¿De los servicios brindados qué considera que debe ser mejorado?

45. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la ULAM, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?

- SI NO

¿Por qué?: _____

46. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la ULAM, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de la ULAM?

SI NO

¿Por qué?: _____

47. ¿Desea añadir algún comentario? Menciónelo.

¡FIN DE LA ENCUESTA! MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!!!

ANEXO 12: Análisis de la Información referente a la Satisfacción del cliente externo

A. Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa

Tabla de Análisis de satisfacción de usuario de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO	
PREGUNTAS	ANÁLISIS
<p>1. Sexo del usuario</p> <p>2. Edad del Usuario</p> <p>3. Nivel de escolaridad</p>	<p>1) Según los datos estadísticos obtenidos del estudio se puede identificar que hay una mínima diferencia entre la población femenina y masculina, mostrando que tanto hombres como mujeres en similar proporción hacen uso de los diferentes servicios brindados por el CAL considerándose las áreas de servicios de apoyo, médicos y terapias de rehabilitación.</p> <p>2) En los resultados la mayoría de la población encuestada se encuentra en el rango de 36 a 45 años lo que denota que hay más personas en ese rango haciendo uso de los diferentes servicios de consulta externa, que personas de edades entre los 0 a 35 años, posicionándose en segundo lugar el rango de personas con más 45 años.</p> <p>3) La mayoría de la población encuestada con la cantidad de 53 personas posee un nivel de escolaridad de bachillerato, mientras que el segundo lugar con la cantidad de 38 personas posee un nivel de Técnico/Bachillerato, identificando así que a pesar de poseer una discapacidad la rehabilitación ha contribuido a mejorar el proceso de aprendizaje de las personas permitiéndoles escolarizarse, además se tiene una mínima cantidad repartida en personas con escolaridad baja de 4° a 9° y solo 7 personas no poseen estudios.</p>
SECCIÓN II: GENERALIDADES	
<p>4. ¿Ha recibido servicios médicos, de apoyo o terapias en el CAL?</p>	<p>4) Se puede observar que las 128 personas consideradas como población muestra, ha recibido por lo menos alguno de los servicios brindados por el CAL lo que indica que existe una demanda constante hacia dichas atenciones.</p>
<p>5. ¿La prestación de los servicios los recibe como parte de?</p>	<p>5) Se puede observar que la mayoría con el numero de 53 personas que hacen uso de los servicios brindados por el CAL son remitidos de la Red Nacional (Hospitales públicos), ya que siendo el CAL una institución pública dedicada a la rehabilitación de la población salvadoreña de manera gratuita, es una oportunidad para las personas de mejorar su calidad de vida y que no pueden costearse procesos de rehabilitación en una institución privada, en segundo lugar se encuentra la población que por iniciativa propia acude a la institución por los servicios que presta denotando así que la población está consciente de la necesidad que posee y es concedora que existe una institución como el ISRI para dichos servicios y acude</p>

	<p>por un proceso de rehabilitación, mientras que otras cantidad relativamente significativas reciben los servicios por convenios del ISSS, ISBM cada uno con 24 y 17 personas respectivamente, y una minoría de 9 personas recibe los servicios remitidos de otras instituciones privadas.</p>
<p>6. ¿Cuánto tiempo tiene de hacer uso de los servicios del CAL?</p>	<p>6) Se puede observar que la mayoría de la población con 72 personas marcaron la opción otro en donde se verifica que la mayoría de personas posee 1 año o más de recibir atenciones en el CAL. Lo que se puede interpretar que existe una perseverancia y deseo de recuperación al asistir de manera constante a los diferentes servicios que presta el CAL reconociendo que dichos servicios contribuyen a mejorar la condición de salud de los usuarios, mientras que otra cantidad considerable de 15 personas tienen 2 meses de estar recibiendo los servicios, otras 14 personas se encuentran en las opciones de un mes y 6 meses respectivamente lo que identifica una demanda constante de los servicios de atención en el CAL.</p>
<p>7. ¿Con qué frecuencia visita el CAL?</p>	<p>7) Se identificó que la mayoría de personas con un total de 55 asisten por lo menos 2 días a la semana al CAL para recibir sus servicios, mientras que 37 personas asisten 1 vez a la semana, y en tercer lugar se encuentra que una población considerable de 31 personas asisten 3 veces a la semana, por lo que el CAL tiene que tener personal y equipo adecuado y suficiente para la prestación de dichos servicios ya que las necesidades de los usuarios son constantes.</p>
<p>8. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado mayor satisfacción al realizarlo?</p>	<p>8) Se puede observar en la grafica que la totalidad de la población con 128 personas encuentra satisfactorio la atención de los servicios brindados por el CAL, lo que significa que la población percibe que los servicios son realizados adecuadamente según las necesidades de cada usuario.</p>
<p>9. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado menor satisfacción al realizarlo?</p>	<p>9) Según los datos que se visualizan en la grafica se puede identificar que la mayoría de la población representando una cantidad de 78 personas no encuentran ningún proceso como insatisfactorio, mientras que una cantidad de 31 personas encuentran que el proceso de menor satisfacción es el proceso de ingreso y otras 19 el proceso de egreso, identificando específicamente que los procesos administrativos son los más engorrosos percibidos por los usuarios.</p>
<p>10. En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término “Servicios de Calidad”?</p>	<p>10) Según la percepción de la población encuestada 72 personas piensan que Servicios de Calidad es cuando los servicios son brindados de manera rápida y agradable por el personal, mientras que 60 personas piensan que es más relevante atención puntual de los servicios, identificando que la mayoría se encuentra concentrada en las opciones mencionadas, por lo que el CAL debe considerar a la hora de la prestación de sus servicios que estos sean puntuales, de manera rápida y con una atención amable y agradable por parte del personal para mantener así la satisfacción de sus usuarios.</p>
<p>11. ¿Considera que los servicios brindados en el CAL son</p>	<p>11) Según la grafica la totalidad de la población con 128 personas encuestadas considera que los servicios brindados por el CAL son servicios de Calidad, por lo que en relación a la pregunta anterior la</p>

<p>“Servicios de Calidad”?</p>	<p>población considera que los servicios brindados por el CAL son prestados de manera puntual, rápida y agradable por parte del personal. Además las personas manifestaron que reciben los servicios en instalaciones adecuadas, con equipo y personal capacitado logrando cumplir el objetivo y razón de ser de la Institución que es la rehabilitación de la población salvadoreña.</p>
<p>SECCIÓN III: SERVICIOS MEDICOS (Medicina Especializada y General)</p>	
<p>12. ¿Ha recibido usted servicios médicos en el CAL?</p>	<p>12) Según la grafica se puede observar que la totalidad de la población encuestada ha recibido servicios médicos en el CAL ya sea medicina especializada o general, por lo que se identifica que existe una demanda constante para la prestación de servicios médicos, que son atenciones necesarias para el proceso de rehabilitación o complementarias para su desarrollo.</p>
<p>13. ¿Qué tipo de especialidad de servicios médicos ha recibido usted en el CAL?</p>	<p>13) Según los datos de la grafica se observa que la mayoría de la población encuestada ha recibido servicios de Fisiatría y Ortopedia con 53 y 49 personas respectivamente por lo que se identifica que la mayor demanda de servicios se encuentra focalizada en personas que necesitan de rehabilitación física y de servicios de ortopedia, dichas especialidades en cierta medida se pueden considerar complementarias ya que los usuarios al tener la necesidad al utilizar una ortésis o prótesis, posteriormente necesitaran de un proceso de rehabilitación para aprender a adaptarse y desempeñarse en la vida cotidiana con dicha pieza.</p>
<p>14. ¿Cuándo recibe los servicios médicos, el personal médico encargado lo realiza con amabilidad?</p>	<p>14) Según la grafica se observa que la mayoría de la población con la cantidad de 102 personas encuestadas percibe que el personal que brinda los servicios médicos lo realiza de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para la población a la hora de asistir a sus citas, mientras que una minoría de 26 personas sienten que la mayoría o algunas veces el personal los trata con amabilidad.</p>
<p>15. ¿Considera que los servicios médicos son brindados con prontitud?</p>	<p>15) Se puede identificar mediante la grafica que la mayoría de la población con 112 personas percibe que los servicios son brindados con prontitud siempre, lo que demuestra que las personas reciben sus debidas atenciones en el momento adecuado que estas las demandan, mientras que una minoría de 16 personas sienten que la mayoría de las veces les prestan los servicios con prontitud, por lo que alguna vez sintieron inconformidad en el tiempo que le hicieron esperar para recibir dicha atención.</p>
<p>16. ¿Durante la prestación del servicio médico brindado, el personal encargado le proporciono la información que de forma clara y sencilla?</p>	<p>16) Según la grafica se observa que la mayoría de las personas encuestadas con un total de 107, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios médicos, lo que demuestra que dicho personal trata de mantener una comunicación con el usuario proporcionándole información sobre los procesos que se realiza y el objetivo de porque lo hacen, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 21 personas manifiesta que reciben información de forma clara y sencilla la mayoría o algunas veces.</p>
<p>17. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio</p>	<p>17) Según los datos obtenidos de la grafica que 83 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios médicos es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de</p>

<p>médico dedicado es el adecuado?</p>	<p>satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesarios para cada uno de los diferentes servicios médicos brindados en el CAL, mientras que una minoría siente el tiempo de atención es el adecuado la mayoría o algunas veces.</p>
<p>18. Durante la prestación del servicio médico, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?</p>	<p>18) Según los datos de la grafica la mayoría de la población encuestada con un total de 81 personas califica como Buena la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad considerable de 47 personas manifiestan que la atención por parte del personal es excelente, dichas calificaciones son positivamente aceptables ya que ninguna persona calificó la atención como regular o mala lo que demuestra que el CAL ha venido brindando servicios de manera adecuada en cuanto a la atención de su personal indicando que el personal médico que labora en el Centro se encuentra comprometido con los usuarios a proporcionarles servicios de calidad, donde el factor principal es la satisfacción del cliente.</p>
<p>19. A partir de la prestación de los servicios médicos, ¿Cómo considera la evolución de su salud?</p>	<p>19) Se puede observar que según la grafica se identifica que la mayoría de las personas encuestadas con la cantidad de 119 manifiestan que su salud ha mejorado a partir de recibir los servicios médicos que presta el CAL, por lo que se concluye que se está haciendo cumplir el objetivo de rehabilitar a las personas para que puedan tener una calidad de vida mejor enfrentando los retos del quehacer cotidiano. Además se identifica que 8 personas no pueden identificar alguna mejoría debido a que comienzan su proceso de rehabilitación y una persona manifiesta que su salud sigue igual.</p>
<p>20. ¿Alguna vez le han suspendido la cita médica?</p>	<p>20) Según los datos obtenidos de la población encuestada el 98% manifestó que no se le han suspendidos citas de sus servicios médicos lo que significa que el cumplimiento de atención de las citas es aceptable las personas asisten y reciben los servicios cuando están los necesitan, mientras que solo un 2% respondió haber tenido una suspensión para recibir sus servicios médicos, cuyos motivos para tal hecho fueron que el médico o encargado de terapia no asistió a la hora de la cita previamente programada.</p>
<p>21. ¿Cuál fue el motivo por el cual se suspendió su cita médica?</p>	<p>21) Según lo manifestado por los encuestados la cita fue suspendida dado que el personal asignado no asistió a la cita programada previamente, lo que se puede identificar que las citas son suspendidas debido a hechos furtivos o fuera de alcance del personal encargado, por lo que se considera una reprogramación de citas para los usuarios y poder brindarle los servicios que este demanda.</p>
<p>22. ¿La cita suspendida se la han reprogramado para otra fecha?</p>	<p>22) Según los datos a pesar de que cierto cantidad de personas tuvieron una suspensión de su cita médica esta fue reprogramada nuevamente para poder recibir los servicios demandados por los usuarios, identificando así el interés y compromiso que posee el CAL para brindar los servicios médicos.</p>
<p>23. ¿Considera que es necesario la incorporación de otros servicios médicos?</p>	<p>23) La población encuestada no considera necesario la implementación de otros servicios médicos, lo que puede interpretarse que los servicios que se prestan actualmente en el CAL están de acuerdo a las demandas de los usuarios y sus necesidades.</p>
<p>24. Su valoración referente a las</p>	<p>24) Según los datos que muestra la grafica la mayoría de la población con 75 personas considera que la calificación respecto a las condiciones</p>

<p>condiciones de las instalaciones Consulta Externa es:</p>	<p>de las instalaciones de consulta externa es buena, si bien es cierto la atención por parte del personal es calificada positivamente las instalaciones donde reciben los servicios deben estar también en excelentes condiciones, además se encuentra otra cantidad considerable de 37 personas las cuales consideran que las condiciones de las instalaciones son excelentes, mientras que 16 personas la califican como regular dichas diferencias pueden considerarse como posibles oportunidades de mejoras para el Centro de Atención y poder así prestar servicios de mayor calidad para sus usuarios.</p>
<p>25. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios médicos brindados por el CAL?</p>	<p>25) Se puede identificar que la mayoría de la población con 95 personas encuestadas califica como excelente el nivel de satisfacción logrado mediante la prestación de los servicios médicos en el CAL, mientras que la minoría de 28 y 5 personas la califica como buena o regular, lo que puede interpretarse que los servicios médicos son brindados de manera adecuada, en el tiempo que son demandados y con atención del personal amable y altamente calificado.</p>
<p>26. ¿Considera que los servicios médicos brindados cumplieron con sus expectativas?</p>	<p>26) La mayoría de la población encuestada con un 93% manifestaron que los servicios médicos cumplieron con sus expectativas, mientras que solo un 7% dice que lo hizo parcialmente, lo que se puede interpretar que el CAL está realizando un buen trabajo en el área de prestación de servicios médicos, y que el mínimo porcentaje que se encuentra en parcialmente debe tratar de disminuirse trabajando en áreas identificadas como oportunidades de mejora relacionando así la pregunta 24 respecto a las condiciones de las instalaciones ya que si se mejoran puntos similares podrán brindar servicios de mayor calidad para los usuarios logrando así un nivel más alto de satisfacción.</p>
<p>27. ¿De los servicios médicos brindados qué considera que debe ser mejorado?</p>	<p>27) Según lo manifestado por los usuarios que fueron encuestados el CAL no tiene nada que mejorar por lo que se identifica un alto nivel de satisfacción pues la mayoría con la cantidad de 72 personas están de acuerdo en que no hay puntos de mejora en los servicios médicos, mas sin embargo se encuentra otra cantidad considerable que representa la minoría la cual expresa que deben mejorar tanto en instalaciones como en Equipo Utilizado por lo que es de tomar en consideración para futuros cambios a realizar dentro del centro y poder así seguir brindando servicios con los más altos estándares de calidad.</p>
<p>28. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la consulta, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?</p>	<p>28) Según los datos obtenidos de la grafica se puede identificar que la totalidad de la población con 128 personas harían uso nuevamente de estos servicios si así lo necesitara ya que según lo manifestado la experiencia de haber recibido estos servicios fue satisfactoria y agradable además de contribuir en la mejora de la salud.</p>
<p>29. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la Consulta, ¿Recomendaría a</p>	<p>29) Según las 128 personas encuestadas estos recomendarían a otros los servicios de consulta, lo que se interpreta que a partir de la experiencia positiva obtenida del servicio consideran que las atenciones son buenas por parte del personal, así como los procesos que se realizan de manera adecuada y cuando deben durante la prestación del servicio.</p>

otras personas los servicios de la consulta?	
30. ¿Desea añadir algún comentario? Menciónelo	30) En esta pregunta ninguno encuestado agregó un comentario extra hacia los servicios de consulta externa.
SECCIÓN IV: SERVICIOS DE APOYO (Imagenología (Rayos X), Trabajo Social y Psicología)	
31. ¿Ha recibido usted servicios de apoyo en el CAL?	31) Se puede identificar según la grafica que la mayoría representando un 69% ha recibido por lo menos alguno de los servicios de apoyo brindados por el CAL, mientras que un 31% dice no haber recibido servicios de apoyo, considerando una demanda significativa para dichos servicios que se identifican como complementarios en el proceso de rehabilitación.
32. ¿Qué tipo de especialidad de servicios de apoyo ha recibido usted en el CAL?	32) Se puede analizar que la mayoría de la población ha tenido la experiencia de hacer uso de la mayoría de los servicios de apoyo del CAL, identificando que el servicio de apoyo con mayor frecuencia es 61 personas en imagenología (rayos x) lo que demuestra una mayor demanda de los usuarios, mientras que la segunda posición se encuentra en psicología con 54 personas, para la mayoría de los usuarios es necesario que reciban esta atención como complemento en su proceso de rehabilitación y poder así ayudar en la evolución de la rehabilitación considerando los aspectos emocionales y no solo los de carácter físico, y por último se encuentra Trabajo Social con la cantidad de 46 personas cuyo objetivo es acercar a la familia hacia la persona que está siendo rehabilitada y que participen activamente en el proceso y su evolución.
33. ¿Cuándo recibe los servicios de apoyo, el personal encargado lo realiza con amabilidad?	33) Según la grafica se observa que la mayoría de la población con la cantidad de 57 personas encuestadas percibe que el personal que brinda los servicios apoyo lo realiza de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para la población a la hora de recibir los servicios de apoyo pues se encuentra en un ambiente de armonía y calidez, mientras que una minoría de 31 personas sienten que la mayoría de las veces el personal los trata con amabilidad durante la prestación del servicio.
34. ¿Considera que los servicios de apoyo son brindados con prontitud?	34) Se puede identificar que la mayoría de la población con un total de 76 personas percibe que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben los servicios de apoyo, en el momento adecuado que estas las demandan o según sea la programación de las mismas, mientras que una minoría de 12 personas sienten que la mayoría de las veces les prestan los servicios con prontitud, por lo que hace notar una inconformidad en el tiempo de espera para recibir dicha atención, por lo que se debe de trabajar para lograr que la gran mayoría reciba a tiempo sus servicios.
35. ¿Durante la prestación del servicio de apoyo brindado, el personal encargado le proporciono la información de forma clara y	35) Según la grafica se observa que la mayoría de las personas encuestadas con un total de 61, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios de apoyo, lo que se interpreta que el personal trata de mantener una comunicación activa con el usuario proporcionándole información sobre los procesos que se realiza, como los realiza y la razón de porque los realiza dando lugar a que el usuario comprenda que se realiza en pro de su salud, mientras que otra cantidad relativamente significativa de 22 y 5 personas

sencilla?	manifiestan que reciben información de forma clara y sencilla la mayoría o algunas veces respectivamente.
36. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de apoyo dedicado es el adecuado?	36) Según los datos obtenidos de la grafica que 72 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de apoyo es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesarios para cada uno de los diferentes servicios de apoyo brindados en el CAL, mientras que una minoría de 16 personas siente que el tiempo de atención es el adecuado la mayoría veces.
37. Durante la prestación del servicio de apoyo, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?	37) Según los datos de la grafica la mayoría de la población encuestada con un total de 73 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 10 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena y solo 5 personas dicen que calificarían con regular la atención brindada por el personal, dichas calificaciones son positivamente aceptables ya que la mayoría perciben que la atención del personal es excelente durante la prestación de los servicios, lo que cabe interpretar es que dicho personal trata de una manera adecuada a los usuarios manteniendo un ambiente familiar y agradable.
38. ¿Alguna vez le han suspendido la cita de servicio de apoyo?	38) Según los datos obtenidos de la encuesta se identifico que los usuarios no han tenido alguna suspensión de sus citas de servicios de apoyo, por lo que se interpreta que las citas y reuniones programadas han sido cumplidas según lo planificado.
39. ¿Cuál fue el motivo por el cual se suspendió su cita de servicio de apoyo?	39) Esta pregunta no aplica ya que en las personas encuestadas ninguna manifestó haber tenido incumplimiento en sus citas o reuniones de servicios de apoyo.
40. ¿La cita suspendida se la han reprogramado para otra fecha?	40) Esta pregunta no aplica ya que en las personas encuestadas ninguna manifestó haber tenido incumplimiento en sus citas o reuniones de servicios de apoyo.
41. ¿Considera que es necesario la incorporación de otros servicios de apoyo?	41) La población encuestada no considera necesario la implementación de otros servicios de apoyo, lo que puede interpretarse que los servicios que se prestan actualmente en el CAL están de acuerdo a las demandas de los usuarios y sus necesidades.
42. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de los Servicios de Apoyo es:	42) Según los datos que muestra la grafica la mayoría de la población con 62 personas considera que la calificación respecto a las condiciones de las instalaciones de servicios de apoyo es excelente, y se encuentra otra cantidad considerable de 17 y 9 personas que las califican como buena y regular respectivamente, por lo que resulta favorable pues más personas consideran que las instalaciones donde reciben sus servicios son adecuadas de acuerdo a las necesidades de las distintas especialidades brindadas, y menos personas piensan que la instalaciones están en condiciones buenas o regulares.
43. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción	43) Se puede identificar que la mayoría de la población encuestada con 52 personas califica como excelente el nivel de satisfacción logrado mediante la prestación de los servicios apoyo, mientras que una

logrado por los servicios de apoyo brindados por el CAL?	cantidad considerable 31 consideran un nivel de satisfacción buena y solamente 5 personas la califica como regular, lo que puede concluirse que los servicios de apoyo son brindados de manera adecuada, en el tiempo que son demandados y con atención del personal amable y altamente calificado logrando una experiencia positiva y satisfactoria a la hora de recibir los servicios por los usuarios.
44. ¿Considera que los servicios de apoyo brindados cumplieron con sus expectativas?	44) La mayoría de la población encuestada con un 81% manifestaron que los servicios de apoyo cumplieron con sus expectativas, mientras que solo un 19% dice que lo hizo parcialmente, lo que podemos interpretar el CAL está realizando un buen trabajo en el área de prestación de servicios apoyo, y en cuanto al porcentaje que se encuentra en parcialmente se pueden interpretar que las personas consideran que no fueron cubiertas todas las expectativas en los servicios recibidos considerándose en el desempeño del trabajo realizado por el personal o las instalaciones en donde recibieron dicha atención relacionando la preguntas anteriores.
45. ¿De los servicios de apoyo brindados qué considera que debe ser mejorado?	45) Según manifestaron los encuestados no consideran cambios en los servicios.
46. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de apoyo brindados, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?	46) Según los datos obtenidos de la grafica se puede identificar que la totalidad de 128 personas haría uso nuevamente de estos servicios ya que según lo manifestado la experiencia de haber recibido los servicios de apoyo fue satisfactoria y agradable además de reconocer que ha ayudado a su proceso de rehabilitación.
47. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de apoyo brindados, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de apoyo?	47) Según las 128 personas encuestadas estos recomendarían a otros los servicios de apoyo, lo que se interpreta que a partir de la experiencia positiva obtenida del servicio consideran que las atenciones son buenas por parte del personal, así como los procesos que se realizan de manera adecuada y cuando deben durante la prestación del servicio.
48. ¿Desea añadir algún comentario?	48) En esta pregunta ningún encuestado agregó un comentario extra hacia los servicios de consulta externa.
SECCIÓN V: SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	
49. ¿Ha recibido usted Servicios de Rehabilitación en el CAL?	49) Se puede identificar según la grafica que la totalidad de la población encuestada de 128 personas ha recibido terapias de rehabilitación por lo que se puede interpretar que existe una demanda constante por parte de los usuarios para recibir dichas atenciones.
50. ¿Qué tipo de especialidad de Servicios de Rehabilitación ha recibido usted en el CAL?	50) El tipo de especialidad de servicios de rehabilitación que más ha recibido la población son los servicios de Terapia Física con una cantidad de 102 personas, mientras que la segunda posición en frecuencia son las atenciones de Terapia Ocupacional con 19 personas, siguiéndole los servicios de Terapia Física Adaptada con la frecuencia de 15 personas, mientras que existe una minoría de 8 y 3 personas en los servicios de Terapia de lenguaje y Terapia Educativa respectivamente, de lo que podemos interpretar que los servicios con mayor demanda por la

	<p>población son los servicios de Terapia Física lo que evidencia que el área de trabajo más representativa del CAL es la rehabilitación física que se complementa con las demás atenciones especializadas como lo son terapias de Lenguaje, Educativa, Ocupacional y Terapia Física Adaptada</p>
<p>51. ¿Cuándo recibe los servicios de Rehabilitación, el personal encargado lo realiza con amabilidad?</p>	<p>51) Según la grafica se observa que la mayoría de la población con la cantidad de 107 personas encuestadas considera que el personal que brinda los servicios de rehabilitación lo realiza de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para la población a la hora de recibir dichas atenciones pues se encuentra en un ambiente de armonía y calidez, mientras que una minoría de 21 personas sienten que la mayoría de las veces el personal los trata con amabilidad durante la prestación del servicio.</p>
<p>52. ¿Considera que los servicios de Rehabilitación son brindados con prontitud?</p>	<p>52) Se puede identificar que la mayoría de la población con un total de 103 personas considera que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben los servicios de rehabilitación en el momento adecuado que estas las demandan o según sea la programación de las mismas, mientras que una minoría de 21 personas sienten que la mayoría de las veces les prestan los servicios con prontitud, por lo que hace notar una inconformidad en el tiempo de espera para recibir dicha atención y solamente 3 personas consideran que los servicios de rehabilitación son brindados con prontitud solamente algunas veces.</p>
<p>53. ¿Durante la prestación de los Servicios de Rehabilitación brindado, el personal encargado le proporcione la información de forma clara y sencilla?</p>	<p>53) Según los datos obtenidos se identifica que la mayoría de las personas encuestadas con un total de 91, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios de rehabilitación, por lo que indica que el personal trata de mantener una comunicación activa con el usuario proporcionándole información sobre los procesos que se realiza, como los realiza y la razón de porque los realiza, mientras que otra cantidad relativamente significativa de 18 y 15 personas manifiestan que reciben información de forma clara y sencilla la mayoría o algunas veces respectivamente.</p>
<p>54. ¿Considera que el tiempo de atención de los Servicios de Rehabilitación dedicado es el adecuado?</p>	<p>54) Según los resultados obtenidos 105 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de rehabilitación es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesarios para cada uno de los diferentes atenciones especializadas brindadas en el CAL, mientras que una minoría de 20 y 3 personas manifiestan que el tiempo de atención es el adecuado la mayoría y algunas veces.</p> <p>Dado que algunas personas manifestaron que algunas veces el tiempo de rehabilitación es el adecuado, se les interrogo acerca de cuál sería el tiempo de duración de los servicios para lo cual se obtuvieron las siguientes respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más de 30 minutos • 45 minutos • 1 hora
<p>55. Durante la prestación de</p>	<p>55) La mayoría de la población encuestada con un total de 115 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras</p>

<p>Servicios de Rehabilitación, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?</p>	<p>que otra cantidad relativamente pequeña de 13 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena, dichas calificaciones son positivamente aceptables ya que ninguna persona calificó la atención como regular o mala lo que demuestra que el CAL ha venido brindando servicios de manera adecuada en cuanto a la atención de su personal, lo que indica que dentro de su equipo de trabajo se encuentran personas capacitadas y en concientización que la buena atención al cliente es fundamental en el desarrollo de su trabajo.</p>
<p>56. A partir de la prestación de los Servicios de Rehabilitación, ¿Cómo considera la evolución de su salud?</p>	<p>56) Se puede observar que según la grafica se identifica que la mayoría de las personas encuestadas con la cantidad de 119 manifiesta que su salud ha mejorado a partir de recibir los servicios médicos que presta el CAL, por lo que se concluye que se está haciendo cumplir el objetivo de rehabilitar a las personas para que puedan tener una calidad de vida mejor enfrentando los retos del quehacer cotidiano, mientras que solamente 8 personas marcaron la casilla de otros manifestando que aun no podían identificar alguna mejoría ya que estaban empezando con su proceso de rehabilitación.</p>
<p>57. ¿Alguna vez le han suspendido la cita de terapia?</p>	<p>57) Según los datos obtenidos de la población encuestada el 88% manifestó que no se le han suspendidos citas de sus servicios de rehabilitación lo que significa que el cumplimiento de atención de las citas es aceptable, los usuarios asisten y reciben los servicios cuando estás los necesitan y según sean las programaciones establecidas, mientras que solo un 12% respondió haber tenido una suspensión para recibir sus servicios de rehabilitación.</p>
<p>58. ¿Cuál fue el motivo por el cual se suspendió su cita de terapia?</p>	<p>58) El motivo con el que coincidieron los usuarios fue que el CAL estuvo celebrando su aniversario por lo cual las citas programadas para esa determinada fecha fueron suspendidas lo que indica que solamente por situaciones especiales se dan suspensiones de citas de lo contrarios los usuarios reciben sus debidas atenciones en su fecha programada.</p>
<p>59. ¿La cita suspendida se la han reprogramado para otra fecha?</p>	<p>59) Según los datos a pesar de que cierta cantidad de personas tuvieron una suspensión de su cita de terapias de rehabilitación estas fueron reprogramada nuevamente para poder recibir los servicios demandados por los usuarios, identificando así el interés y compromiso que posee el CAL para brindar los servicios de rehabilitación.</p>
<p>60. ¿Considera que es necesario la incorporación de otros servicios de rehabilitación?</p>	<p>60) La población encuestada no considera necesario la implementación de otros servicios de rehabilitación, lo que puede interpretarse que los servicios que se prestan actualmente en el CAL están de acuerdo a las demandas de los usuarios y sus necesidades.</p>
<p>61. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de Terapia es:</p>	<p>61) Según los datos obtenidos la mayoría de la población con 102 personas considera que la calificación respecto a las condiciones de las instalaciones de terapias de rehabilitación es Excelente, mientras que 23 personas consideran la consideran como buena y solo 3 personas consideran que son regulares, se puede identificar que por lo expresado por la población que las instalaciones se encuentran en excelentes condiciones para recibir los servicios de rehabilitación según las necesidades de cada especialidad de terapia.</p>
<p>62. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios de</p>	<p>62) Se puede identificar que la mayoría de la población encuestada con la cantidad de 98 califica como excelente el nivel de satisfacción logrado mediante la prestación de los servicios de rehabilitación, mientras que la minoría de 18 y 12 personas la califica como buena y regular, lo que puede interpretarse que los servicios de rehabilitación son brindados de</p>

rehabilitación brindados por el CAL?	manera adecuada, en el tiempo que son demandados y con atención del personal amable y altamente calificado haciendo cumplir la razón de ser de la institución en el campo de rehabilitación.
63. ¿Considera que los servicios de rehabilitación brindados cumplieron con sus expectativas?	63) La mayoría de la población encuestada con un 92% manifestaron que los servicios de rehabilitación cumplieron con sus expectativas, mientras que solo un 8% dice que lo hizo parcialmente, lo que se puede interpretar que el CAL está realizando un buen trabajo en el área de prestación de servicios rehabilitación cumpliendo las expectativas de los usuarios, proporcionando terapias de acuerdo a las necesidades específicas de cada usuario.
64. ¿De los servicios de rehabilitación brindados qué considera que debe ser mejorado?	64) Según manifestaron la mayoría de los encuestados con una cantidad de 63 no consideran cambios en cómo se realizan los servicios de rehabilitación, mas sin embargo 14 personas sugirieron que deben haber más cubículos y con mayor privacidad a la hora de recibir las terapias para proporcionar mayor comodidad a los usuarios, así también 42 personas manifestaron que se deben mejorar en el área de limpieza de los baños sanitarios debido a que pacientes dada sus condiciones específicas necesitan de lugares higiénicos, además 9 personas coincidieron en que debe haber mayor equipo de rehabilitación pues la demanda de la población de estos servicios es alta.
65. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de rehabilitación brindados, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?	65) Según los datos obtenidos de la grafica se puede identificar que la totalidad de las 128 personas encuestadas harían uso nuevamente de estos servicios ya que según lo manifestado la experiencia de haber recibido los servicios de terapias fue satisfactoria, además de haber notado una mejora considerable en su salud a partir de empezar su proceso de rehabilitación en el CAL.
66. A partir de la experiencia obtenida en los servicios de rehabilitación brindados, ¿Recomendaría a otras personas los servicios de rehabilitación?	66) Según la totalidad de la población encuestada estos recomendarían a otros los servicios de rehabilitación, lo que se interpreta que a partir de la experiencia positiva obtenida del servicio consideran que las atenciones son buenas por parte del personal, así como los procesos que se realizan de manera adecuada y cuando deben durante la prestación del servicio, además de contribuir a la mejora de la salud y calidad de vida de las personas que poseen una discapacidad. ¿Por qué? <ul style="list-style-type: none"> • Comentarios realizados: • La atención es muy Buena • Las terapias de rehabilitación ayudan a las personas a mejorar su salud • Servicios buenos a pesar de que son gratuitos
67. ¿Desea añadir algún comentario?	67) Las personas manifestaron que los servicios de rehabilitación en general son muy buenos y que contribuyen a mejorar la salud de las personas que poseen una discapacidad y que no poseen la capacidad de costearse servicios de rehabilitación en otras instituciones privadas, por lo que se identifica una alta satisfacción de las personas al recibir dichos servicios pues son atendidos de manera especializada y de forma gratuita.

B. Análisis de satisfacción de usuario del Centro del Aparato Locomotor: Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM)

Tabla de Análisis de satisfacción de usuario de la Unidad De Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM) del Centro del Aparato Locomotor (CAL) del ISRI

SECCIÓN I: DATOS DE INTERES DEL ENCUESTADO	
PREGUNTAS	ANÁLISIS
<p>1. Sexo del Usuario 2. Edad del Usuario 3. Nivel de Escolaridad</p>	<p>1) Según los datos estadísticos obtenidos se puede identificar que hay una mínima diferencia entre la población femenina como masculina, mostrando que tanto hombres como mujeres pueden hacer uso de los diferentes servicios brindados por el ULAM de internamiento para proceso de rehabilitación de afecciones medulares.</p> <p>2) En los resultados la mayoría de la población encuestada se encuentra en el rango más de 45, le sigue la categoría de 36-45 años con 4 personas, en la tercera posición se encuentran las categorías de 18-25 y 26-35 años con 3 personas y en la categoría de 0-17 se encuentran 2 personas por lo que se identifica que la ULAM lo que se interpreta que en la ULAM se atienden personas con afecciones medulares de todas las edades, que necesiten de un proceso de rehabilitación especializado.</p> <p>3) La mayoría de la población encuestada con la cantidad de 7 personas posee un nivel de escolaridad de bachillerato, mientras que el segundo lugar con la cantidad de 5 personas posee un nivel de 4° a 6° grado, de la misma manera que 5 personas se encuentran en la categoría de 7° a 9° grado, identificando así que la mayoría de las personas no poseen un alto nivel de escolaridad, presumiendo que la lesión de la que padecen pudo haber contribuido a avanzar de manera más lenta en su proceso de escolaridad.</p>
SECCION II: GENERALIDADES	
<p>4. ¿La prestación de los servicios los recibe como parte de?</p>	<p>4) Se puede identificar que 13 personas encuestadas provienen de redes de hospitalarias nacionales lo que se puede interpretar que dichas personas son de recursos limitados y necesitan de atenciones especializadas que pueden recibir de manera gratuita en el CAL, mientras que solo una minoría con una cantidad de 4 personas provienen remitidas del CAL por lo que se interpreta que siendo conocedoras de los servicios que brinda la institución y teniendo una necesidad de rehabilitación se acudieron al centro para poder recibir atenciones a sus padecimientos.</p>
<p>5. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado mayor satisfacción al realizarlo?</p>	<p>5) Se puede identificar según los datos obtenidos que la mayoría de la población encuestada con una frecuencia de 15 personas manifiesta que el proceso que le genera mayor satisfacción cuando lo realiza son los procesos de terapias de rehabilitación lo que nos indica que la experiencia que ellos obtienen durante el proceso es positiva pues al recibirla esto contribuye directamente a que su condición de salud mejore, en segunda posición con la cantidad de 8 personas se encuentra la atención medica la cual es un servicio de vital importancia en el proceso de rehabilitación de los usuarios pues reciben atención por parte de médicos especializados en la condiciones que padecen los</p>

	<p>cuales se encargan de controlar y medir la evolución de cada paciente respecto a su lesión e informarle todo sobre sus avances respecto a su salud a partir de los servicios de terapias que realiza ya que todas las personas desean conocer en qué estado se encuentran y el progreso que tienen a lo largo del proceso de rehabilitación, en tercera posición se encuentran los procesos de atención de enfermería y atención de trabajo social con la cantidad de 5 personas por lo que se puede identificar que las personas perciben que una buena atención por parte del personal de enfermería, y respecto a la atención de trabajo social los pacientes sienten un sienten satisfacción al realizar este proceso aunque lo realicen directamente pero es el área encargada de relacionar a la familia del paciente con el proceso de rehabilitación del mismo logrando que sea un proceso integral relacionando no solo al paciente sino al ambiente que lo rodea, y por último se tienen los procesos de ingreso o egreso personas dado que las personas perciben que se realiza de manera efectiva y sin inconvenientes.</p>
<p>6. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado menor satisfacción al realizarlo?</p>	<p>6) Se puede identificar que 7 personas representado la mayoría consideran que el proceso de menor satisfacción es el proceso de atención psicológica lo cual se interpreta como que a la mayoría de personas le es difícil el compartir asuntos de índole personal y familiar en las sesiones que son necesarias para comprender las condiciones de cada paciente y poder contribuir en el aspecto emocional al progreso de su proceso de rehabilitación, en segundo lugar se encuentra la atención de enfermería con la cantidad de 5 personas lo que se puede interpretar que los pacientes sienten menor satisfacción al recibir la atención de enfermería dado que algunos procedimientos que se realizan en algunos pacientes resultan ser incómodos o dolorosos para algunos pacientes con condiciones especiales, en tercera posición se encuentra el proceso de ingreso dado que ciertos casos algunos pacientes siente engorrosos los procesos y tramites que son obligatorios para el ingreso de los pacientes a dicha unidad, además en 4° y 5° posición se encuentra la atención medica y el proceso de terapias de rehabilitación con la frecuencia de 2 y 1 persona solamente como procesos que generan menor satisfacción.</p>
<p>7. ¿En Base a sus conocimientos, Cual de los siguientes puntos considera que describe mejor el término "Servicios de Calidad"?</p>	<p>7) Según la percepción de la población encuestada 8 personas piensan que Servicios de Calidad es cuando los servicios son brindados de manera rápida y agradable por el personal, mientras que 4 personas piensan que es más importante que exista rapidez en los tramites, además 3 personas consideran que servicios de calidad en cuando los servicios son brindados sin inconvenientes y solo 2 personas manifiestan que lo importante en calidad son las condiciones adecuadas en las instalaciones, lo que podemos identificar en los resultados la mayoría de personas considerar que servicios de Calidad es cuando reciben sus atenciones de manera rápida y cuando lo necesitan además que dichos servicios sean realizados de forma agradable por el personal encargado obteniendo así una experiencia positiva durante la prestación de los mismos, mientras que la segunda mayoría de la población considera que la calidad reside en que los tramites sean de manera rápida pues al realizar ciertos tramitas se tornan engorrosos a la hora de realizarlos ya sea por los requisitos que se deben cumplir o en el tiempo que se realizan, y en tercera posición se encuentra la opción que los servicios sean</p>

	brindados sin inconvenientes dado que las personas no desean esperar demasiado tiempo por sus atenciones o por aplazar sus terapias por falta de equipo o insumos necesarios para sus terapias.
8. ¿Considera que los servicios brindados en la ULAM son servicios de calidad?	8) Según los resultados estadísticos obtenidos el 94% de la población encuestada considera que los servicios brindados por la ULAM son servicios de Calidad, y solamente un 6% manifiesta estar en desacuerdo, por lo que en relación a la pregunta anterior la población considera que los servicios brindados son prestados de manera rápida y agradable por parte del personal, además de que los tramites se realizan de con rapidez contribuyendo a cumplir el objetivo y razón de ser de la Institución que es la rehabilitación de la población salvadoreña que poseen una discapacidad.
9. ¿Cuando recibe servicios médicos, el personal médico encargado lo realiza con amabilidad?	9) Según los resultados se identifica que la mayoría de la población con la cantidad de 15 personas encuestadas percibe que el personal médico brinda sus servicios de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para la población a la hora de asistir a sus citas, mientras que una minoría de 1 personas sienten que la mayoría veces el personal lo trata con amabilidad.
10. ¿Considera que los servicios médicos son realizados con prontitud?	10) Se puede identificar según los datos estadísticos la mayoría de la población con 15 personas percibe que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben sus debidas atenciones en el momento adecuado que estas las demandan, mientras que una minoría de 1 persona siente que la mayoría de las veces les prestan los servicios con prontitud, por lo que indica que alguna vez experimento inconformidad en el tiempo que le hicieron esperar para recibir dicha atención.
11. ¿Durante la prestación del servicio médico, el personal médico encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?	11) La mayoría de las personas encuestadas con una frecuencia de 14, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios médicos, lo que demuestra que dicho personal trata de mantener una comunicación con el usuario proporcionándole información sobre los procesos que se realiza y el objetivo de porque lo hacen, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 2 personas manifiesta que reciben información de forma clara y sencilla la mayoría veces.
12. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio médico dedicado es el adecuado?	12) Según los datos obtenidos 11 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios médicos es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesarios para cada uno de las diferentes atenciones medicas según los casos específicos de cada paciente, mientras que una minoría de 5 y 2 personas siente el tiempo de atención es el adecuado la mayoría o algunas veces.
13. ¿Durante la prestación del servicio médico, Como calificaría la atención brindada por el personal?	13) La mayoría de la población encuestada con un total de 12 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad considerable de 3 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena, y solamente 1 persona califica como Regular la atención brindada por el personal lo que demuestra que el personal se preocupa por realizar bien su trabajo atendiendo de manera adecuada a cada uno de los usuarios de que se encuentran en la ULAM.
14. ¿Cuando recibe	14) Se puede identificar que la mayoría de la población con 14 personas

<p>los servicios de terapia de rehabilitación, el personal encargado lo realiza con amabilidad?</p>	<p>encuestadas considera que el personal que brinda los servicios de terapia de rehabilitación lo realiza de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para la población a la hora de recibir dichas atenciones pues se encuentra en un ambiente de armonía y calidez, mientras que una minoría de 3 personas sienten que la mayoría de las veces el personal los trata con amabilidad durante la prestación del servicio lo que indica que alguna vez han percibido por parte del personal una actitud poco amable a la hora de recibir los servicios .</p>
<p>15. ¿Considera que los servicios de terapia de rehabilitación son brindados con prontitud?</p>	<p>15) Se puede identificar que la mayoría de la población con un total de 11 personas considera que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben los servicios de terapias de rehabilitación en el momento adecuado que estas las demandan o según sea la programación de las mismas, mientras que una minoría de 3 personas consideran que la mayoría de las veces les prestan los servicios con prontitud y 3 personas también consideran la opción de algunas veces, por lo que hace notar una inconformidad en el tiempo de espera para recibir dicha atención.</p>
<p>16. ¿Durante la prestación del servicio de terapia de rehabilitación, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?</p>	<p>16) Según los datos obtenidos se identifica que la mayoría de los encuestados con una frecuencia de 10 personas, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios de terapia de rehabilitación, por lo que indica que el personal trata de mantener una comunicación con el usuario proporcionándole información sobre los procesos que se realiza, como los realiza y la razón de porque los realiza, mientras que 3 personas manifiestan que la mayoría de veces se les proporciona información de forma clara y sencilla, así mismo otras 3 personas consideran que lo hacen algunas veces y solamente 1 persona manifiesta que nunca recibe información clara y sencilla.</p>
<p>17. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de terapia de rehabilitación dedicado es el adecuado?</p>	<p>17) Según los resultados obtenidos 13 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de terapias de rehabilitación es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesarios para cada una de las diferentes atenciones especializadas brindadas por la ULAM, mientras que una minoría de 2 y 2 personas manifiestan que el tiempo de atención es el adecuado la mayoría y algunas veces.</p> <p>Dado que algunas personas manifestaron que algunas veces el tiempo de terapias de rehabilitación es el adecuado, se les interrogo acerca de cuál sería el tiempo de duración de los servicios para lo cual se obtuvieron las siguientes respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos • Más de 30 minutos • 40 minutos
<p>18. ¿Durante la prestación de los servicios de terapia de rehabilitación, Como Calificaría la atención brindada</p>	<p>18) La mayoría de la población encuestada con un total de 12 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 5 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena, dichas calificaciones son positivamente aceptables ya que ninguna persona calificó la atención como regular o mala lo que demuestra que en la ULAM se ha venido brindando servicios de manera adecuada en</p>

<p>por el personal?</p>	<p>cuanto a la atención de su personal, lo que indica que dentro de su equipo de trabajo se encuentran personas capacitadas y comprometidas con su trabajo brindando una buena atención al cliente lo que parte fundamental en la prestación de servicios.</p>
<p>19. ¿Cuando recibe los servicios de psicología, el personal encargado lo realiza con amabilidad?</p>	<p>19) Según la grafica se observa que la mayoría de la población con la cantidad de 12 personas encuestadas percibe que el personal que brinda los servicios psicología lo realiza de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para la población a la hora de recibir dichos servicios pues se encuentra en un ambiente agradable y familiar factor importante para que las personas tengan la confianza de exponer sus casos ante el profesional calificado y su proceso de rehabilitación sea más efectivo, mientras que una minoría de 4 personas sienten que la mayoría de las veces el personal los trata con amabilidad durante la prestación del servicio y solamente 1 personas que algunas veces son tratados de manera amable.</p>
<p>20. ¿Considera que los servicios de psicología son brindados con prontitud?</p>	<p>20) Se puede identificar que la mayoría de la población con un total de 14 personas percibe que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben los servicios de psicología en el momento adecuado que estas los necesitan o previamente les hayan la programado las sesiones, mientras que una minoría de 2 y 1 personas sienten que la mayoría y algunas veces respectivamente les prestan los servicios con prontitud, por lo que hace notar una inconformidad en el tiempo de espera para recibir dicha atención.</p>
<p>21. ¿Durante la prestación del servicio de psicología, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?</p>	<p>21) La mayoría de las personas encuestadas con un total de 12, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios de psicología, lo que se interpreta que el personal trata de mantener una comunicación con el usuario de manera que sienta un ambiente de confianza lo cual contribuya de manera positiva en el proceso de rehabilitación, mientras que otra cantidad relativamente significativa de 3 y 2 personas manifiestan que reciben información de forma clara y sencilla la mayoría o algunas veces respectivamente.</p>
<p>22. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de psicología dedicado es el adecuado?</p>	<p>22) Según los datos obtenidos 11 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de psicología es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan las sesiones para conocer cada caso independiente de los pacientes y proporcionar un apoyo en el aspecto emocional durante el proceso de rehabilitación, mientras que una minoría de 6 personas siente que el tiempo de atención es el adecuado la mayoría veces.</p>
<p>23. ¿Durante la prestación de los servicios de psicología, Como Calificaría la atención brindada por el personal?</p>	<p>23) La mayoría de la población encuestada con un total de 12 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 4 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena y solamente 1 persona califica como regular la atención brindada por el personal, dichas calificaciones son aceptables ya que la mayoría perciben que la atención del personal es excelente durante la prestación de los servicios, lo que cabe interpretar es que dicho personal trata de una manera adecuada a los usuarios manteniendo un ambiente familiar y agradable.</p>
<p>24. ¿Cuando recibe</p>	<p>24) Se observa que la mayoría de la población con la cantidad de 10</p>

<p>los servicios de Trabajo Social, el personal encargado lo realiza con amabilidad?</p>	<p>personas encuestadas percibe que el personal que brinda los servicios de Trabajo social lo realiza de manera amable lo que genera una mayor satisfacción para los usuarios y sus respectivos familiares a la hora de recibir dichos servicios ya que se encuentran en un ambiente agradable y familiar factor importante para que las personas tengan la confianza de participar de una manera activa en el proceso de rehabilitación de los pacientes ya que el objetivo de la institución es proporcionar rehabilitación a las personas de manera integral con ayuda de los familiares, mientras que una minoría de 4 y 3 personas respectivamente manifiestan que la mayoría y algunas veces el personal los trata con amabilidad durante la prestación de dicho servicio.</p>
<p>25. ¿Considera que los servicios de Trabajo Social son brindados con prontitud?</p>	<p>25) Se puede identificar que la mayoría de la población con un total de 13 personas percibe que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben los servicios de Trabajo Social en el momento adecuado según la programación previamente establecida, mientras que una minoría de 3 y 1 personas sienten que la mayoría y algunas veces respectivamente les prestan los servicios con prontitud, por lo que hace notar una inconformidad en el tiempo de espera para recibir dicho servicio.</p>
<p>26. ¿Durante la prestación del servicio de Trabajo Social, el personal encargado le proporciona la información de forma clara y sencilla?</p>	<p>26) La mayoría representada por 14 personas afirman que durante la prestación del servicio reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios de Trabajo Social, lo que se interpreta que el personal trata de mantener una comunicación con el usuario de manera que sienta un ambiente de confianza lo que es parte fundamental en la prestación de dicho servicio para que contribuya de manera positiva en el proceso de rehabilitación, mientras que otra cantidad relativamente significativa de 3 personas manifiestan que reciben información de forma clara y sencilla la mayoría veces.</p>
<p>27. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio Trabajo Social dedicado es el adecuado?</p>	<p>27) Según los datos obtenidos 14 personas como mayoría manifiestan que el tiempo de atención de los servicios Trabajo Social es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan las sesiones para conocer a los familiares que acompañan a los pacientes durante el proceso de rehabilitación y poder brindarles información y recomendaciones que contribuyan al desarrollo efectivo de la rehabilitación, mientras que una minoría de 2 y 1 personas respectivamente siente que el tiempo de atención es el adecuado la mayoría y algunas veces.</p>
<p>28. ¿Durante la prestación de los servicios Trabajo Social, Como Calificaría la atención brindada por el personal?</p>	<p>28) La mayoría de la población encuestada con un total de 13 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 4 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena, dichas calificaciones son aceptables ya que la mayoría perciben que la atención del personal es excelente durante la prestación de los servicios, lo que cabe interpretar es que dicho personal trata de una manera adecuada a los usuarios manteniendo un ambiente familiar y agradable.</p>
<p>29. ¿Cuando recibe los servicios de Enfermería, el</p>	<p>29) Se puede identificar que la mayoría de la población con 9 personas encuestadas considera que el personal que brinda los servicios de Enfermería lo realiza de manera amable lo que genera una mayor</p>

<p>personal encargado realiza con amabilidad?</p>	<p>satisfacción para la población a la hora de recibir dichas atenciones pues procedimientos que pueden resultar incómodos o dolorosos con una atención amable pueden ser mas aceptados por los usuarios, mientras que 6 personas sienten que algunas veces el personal los trata con amabilidad durante la prestación del servicio lo que indica que más de una ocasión el personal ha realizado las atenciones de manera no grata para los usuarios generando insatisfacción o desagrado, mientras que 2 personas manifiestan que la mayoría de las veces el personal ha realizado las atenciones con amabilidad.</p>
<p>30. ¿Considera que los servicios de Enfermería son brindados con prontitud?</p>	<p>30) Se puede identificar que la mayoría de la población con un total de 11 personas considera que los servicios son brindados con prontitud, lo que demuestra que las personas reciben los servicios de Enfermería en el momento adecuado que estas las necesitan denotando que poseen una efectiva programación de las atenciones distribuidas en la capacidad del personal de Enfermería de la ULAM, mientras que 5 personas consideran que la mayoría de las veces les prestan los servicios con prontitud y 1 personas consideran la opción de algunas veces.</p>
<p>31. ¿Durante la prestación del servicio de Enfermería, el personal encargado proporciona la información de forma clara y sencilla?</p>	<p>31) Según los datos obtenidos se identifica que la mayoría de los encuestados con una frecuencia de 9 personas, afirman que reciben información de forma clara y sencilla por parte del personal encargado durante la prestación de los servicios de Enfermería, por lo que indica que el personal mantiene comunicación con el usuario proporcionándole información sobre los procesos que se le realizan, como los realiza y la razón de porque los realiza, mientras que 3 personas manifiestan que la mayoría de veces se les proporciona información de forma clara y sencilla, así mimos otras 3 personas consideran que lo hacen algunas veces y solamente 2 personas manifiesta que nunca reciben información clara y sencilla.</p>
<p>32. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio de Enfermería dedicado es el adecuado?</p>	<p>32) La mayoría de la población representada por 8 personas manifiestan que el tiempo de atención de los servicios de Enfermería es el adecuado, por lo que se identifica un nivel aceptable de satisfacción ante el tiempo de duración de los servicios, tiempo en el cual se realizan todos los procesos necesitan los usuarios dadas sus condiciones específicas en cuanto a medicamentos y demás procedimientos que le compete a esta área, mientras que una 5 personas consideran que algunas veces es el adecuado y 4 personas manifiestan lo es la mayoría de veces.</p> <p>Algunas personas manifestaron que la duración de los servicios debería de ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 minutos • Más de 15 minutos • El tiempo según las condiciones de cada usuario
<p>33. ¿Durante la prestación de los servicios de Enfermería, Como Calificaría la atención brindada por el personal?</p>	<p>33) La mayoría de la población encuestada con un total de 7 personas califica como Excelente la atención brindada por el personal, mientras que otra cantidad relativamente pequeña de 5 personas manifiestan que la atención por parte del personal es Buena, y otras 5 personas lo califican como Regular, dichas calificaciones son aceptables respecto a la mayoría lo que indica que en la ULAM el personal de Enfermería ha venido brindando servicios de manera adecuada en cuanto a la atención de su personal, lo que muestra que</p>

	dentro de su equipo de trabajo se encuentran personas capacitadas y comprometidas con su trabajo brindando una buena atención al cliente lo que parte fundamental en la prestación de servicios.
34. ¿Ha tenido algún inconveniente o contratiempo con el servicio brindado por enfermería relacionado con atención de los medicamentos?	34) Según los resultados obtenidos la totalidad de la población de 17 personas encuestadas manifiesta no haber tenido algún inconveniente relacionado con los medicamentos lo que se interpreta que el personal de enfermería realiza un trabajo efectivo en la atención de los medicamentos que les corresponden a cada uno de los usuarios.
35. ¿Mencione el inconveniente ocasionado por el servicio brindado por Enfermería relacionado con atención de los medicamentos?	35) Esta pregunta no aplica dado que ningún paciente manifestó haber tenido algún inconveniente relacionado a medicamentos.
36. ¿Ha tenido algún inconveniente o contratiempo con el servicio brindado por enfermería relacionado con atención de los alimentos y dietas?	36) La totalidad de la población de 17 personas encuestadas manifiesta no haber tenido algún inconveniente relacionado con atención de los alimentos y dietas lo que se identifica que el personal se encarga de proporcionar la dieta correcta asignada por el personal médico según las condiciones de cada usuario.
37. Mencione el inconveniente ocasionado por el servicio brindado por Enfermería relacionado con atención de los alimentos y dietas	37) Esta pregunta no aplica dado que ningún paciente manifestó haber tenido algún inconveniente relacionado a medicamentos.
38. ¿Ha tenido algún inconveniente ocasionado por el servicio brindado por Enfermería relacionado, que considere relevante?	38) Según los datos obtenidos el 94% de la población manifestó no haber tenido ningún inconveniente relacionado con Enfermería, mientras que el 6% manifiesta haber tenido algún inconveniente relevante, lo que se puede interpretar que el área de enfermería está realizando un trabajo efectivo respecto a las atenciones de los usuarios.
39. Mencione el inconveniente ocasionado por el servicio brindado por Enfermería	39) Según los resultados obtenidos el inconveniente manifestado por la persona encuestada fue que el personal de enfermería dejó caer al paciente, lo que indica que el personal de enfermería no fue el más indicado para brindar la atención del usuario ya que las condiciones de cada uno varían de acuerdo a su padecimiento y necesitan de personal que pueda controlar al paciente mientras le brinda la atención

	necesaria.
40. ¿A partir de la prestación de los servicios, Como considera la aportación de rehabilitación a su salud?	40) La totalidad de la población encuestada de 17 personas manifiesta que su salud ha mejorado a partir de los servicios brindados por la ULAM, lo que indica que se está realizando un buen trabajo en el área de rehabilitación pues los usuarios pueden identificar los progresos que han experimentado a partir de su internamiento al Centro.
41. ¿Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de la ULAM es?	41) Según los datos que muestra la grafica la mayoría de la población con 8 personas considera que la calificación respecto a las condiciones de las instalaciones de la ULAM es excelente, y se encuentra otra cantidad considerable de 6 y 3 personas que las califican como buena y regular respectivamente, por lo que resulta favorable pues la mayoría de las personas consideran que las instalaciones donde reciben sus servicios son adecuadas, y menos personas piensan que la instalaciones están en condiciones regulares, mas sin embargo siempre deben considerarse las opiniones proporcionadas de los usuarios para lograr identificar oportunidades de mejora y seguir proporcionando un servicio de calidad con personas capacitadas en instalaciones propicias para ello.
42. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios brindados por la ULAM?	42) Se puede identificar que la mayoría de la población encuestada con la cantidad de 11 personas califica como excelente el nivel de satisfacción logrado mediante la prestación de los servicios brindados por la ULAM, mientras que una cantidad 4 personas consideran un nivel de satisfacción buena y solamente 2 personas la califica como regular, lo que puede que indica un buen desempeño de la ULAM en el campo de la rehabilitación de las personas brindando servicios en el tiempo que son demandados y con atención del personal amable y altamente calificado logrando una experiencia positiva y satisfactoria a la hora de recibir los servicios por los usuarios.
43. ¿Considera que los servicios brindados por la ULAM cumplen con sus expectativas?	43) La mayoría de la población encuestada con un 76% manifestaron que los servicios brindados por la ULAM cumplieron con sus expectativas, mientras que solo un 24% dice que lo hizo parcialmente, lo que se puede interpretar que la ULAM se preocupa por realizar de manera efectiva su trabajo logrando así el cumplimiento de las expectativas de los usuarios de lograr rehabilitarse de sus padecimientos, proporcionando terapias y tratamientos de acuerdo a las necesidades específicas de cada uno.
44. ¿De los servicios brindados que considera que deber ser mejorado?	44) Según los resultados obtenidos la mayoría de la población encuestada representada por 14 personas consideran que no deber ser mejorado nada en la prestación de servicios en la ULAM, mientras que 2 personas piensan que en el área de terapia física pueden ser mejoradas las atenciones brindadas, y solamente 1 persona manifiesta que el servicio de enfermería deber ser mejorado, lo que indica que la mayoría de la población está satisfecha con los servicios de brinda la ULAM y la manera que lo ha venido realizando hasta la fecha.
45. ¿A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la ULAM, Haría uso	45) Según los resultados las 17 personas encuestadas manifestaron que harían uso nuevamente de los servicios de la ULAM, lo que se puede interpretar que según la experiencia positiva que tienen al recibir los servicios de rehabilitación y la buena atención por parte del personal sienten satisfacción de recibir dichos servicios que contribuyen al mejoramiento de su salud.

nuevamente de estos servicios?	
46. ¿A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la ULAM, Recomendaría a otras personas los servicios de la ULAM?	46) Según la totalidad de la población encuestada estos recomendarían a otros los servicios de la ULAM, lo que se interpreta que a partir de la experiencia positiva obtenida del servicio consideran que las atenciones son buenas por parte del personal, así como los procesos que se realizan de manera adecuada y cuando deben efectuarse, además de contribuir a la mejora de la salud y calidad de vida de las personas que poseen una afección medular. ¿Por qué? <ul style="list-style-type: none"> • Comentarios realizados: • La atención es muy Buena • Las terapias son excelentes
47. ¿Desea añadir algún comentario? Mencionalo	47) La población encuestada no agregó más comentarios al cuestionario.

C. Análisis de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica

Tabla de Análisis de satisfacción de usuario de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL

PREGUNTA DEL CUESTIONARIO	ANÁLISIS
1. Sexo del usuario 2. Edad del Usuario 3. Nivel de escolaridad	De las 91 personas encuestadas 51 son hombres y 40 mujeres. La edad de la mayoría de personas que visita la UOT es de 45 años o más (44 personas), seguido de 23 personas que su edad oscila en el rango de 0-17 años. Respecto al nivel de escolaridad 39 personas que representan el mayor porcentaje de la población (43%) han estudiado los grados de primero a tercer grado, 25 personas que son el 27% lograron estudiar hasta bachillerato seguido de 23 personas que representan el 25% de personas que estudiaron los grados de 4° a 6°.
4. ¿Ha recibido servicios de la Unidad de Ortopedia Técnica del CAL?	Las 91 personas entrevistadas han recibido y reciben servicios de parte de la Unidad Técnica Ortopédica del CAL.
5. ¿La prestación de los servicios los recibe como parte de?	El 71% (65 personas) de la población encuestada que ha recibido servicios de la UOT ha sido remitido directamente del CAL, 23 personas (25%) vienen remitidos de los Hospitales del servicio Nacional de Salud Pública. El mayor porcentaje de personas atendidas han sido remitidos del CAL.
6. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza,	Las 91 personas entrevistadas, contestaron que el proceso que les generó menor satisfacción fue el de la elaboración de ortésis y/o prótesis, el segundo lugar con un 51% fue el proceso de toma de medidas que es el

<p>considera usted que le ha generado menor satisfacción al realizarlo?</p>	<p>antecesor de la elaboración de aparatos, y a 10 personas les causo menor satisfacción el proceso de ajustes de los aparatos, este se da después de los ajustes de los aparatos cuando así lo requieren mejorarlos para el adecuado uso y adaptabilidad del usuario al aparato. El proceso que genera menor satisfacción, es resultado del tiempo en que se tardan en tomar las medidas y del tiempo tardado después que han tomado las medidas en entregar los aparatos, este punto se aborda con mayor profundidad en las preguntas 20, 22-25.</p>
<p>7. ¿Cuál de los siguientes procesos que realiza, considera usted que le ha generado mayor satisfacción al realizarlo?</p>	<p>El proceso que les genero mayor satisfacción a 45 personas (49%) fue el de reparación de los aparatos que han recibido siendo el de mayor porcentaje, e igual cantidad de personas, 23 personas, el proceso que les genero mayor satisfacción fue el de ingreso y el de toma de medidas. El proceso de reparación es el que genero mayor satisfacción debido a que las reparaciones de los aparatos se realizan en menor tiempo en comparación con el tiempo de fabricación de los aparatos, las personas que reciben el servicio de reparación no necesariamente han recibido su aparato fabricado en la UOT.</p>
<p>8. En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término Servicios de Calidad?</p>	<p>Los elementos que consideraron como los que describen mejor el termino de servicios de Calidad, representados por la mayor cantidad de personas que los seleccionaron (76%) fueron los de: Atención puntal de los servicios y la rapidez en los tramites, el segundo elemento que presenta mayor cantidad de personas que lo seleccionaron (46 personas) es que la atención por parte del personal sea rápida y agradable.</p> <p>Esos puntos obtuvieron mayor calificación aclarando que desde que las personas son referidas a la UOT ellos realizan una serie de pasos como lo es llegar a recepción para la programación de las medidas, esperan que se les tome la medida para después entregarles los aparatos, esos puntos son los tomados en cuenta por ellos para considerar que describen mejor el termino servicios de calidad recibidos en la UOT.</p>
<p>9. ¿Considera que los servicios brindados en la UOT son Servicios de Calidad?</p>	<p>El 75%(68 personas) de la población manifestó que los servicios recibidos en la UOT son servicios de Calidad y el restante 25% considero que no.</p> <p>Las diversas razones por las que contestaron afirmativamente la interrogante planteada son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los aparatos son buenos, duran y sobretodo no se paga por ellos. • La atención que reciben por parte del personal siempre es amable y agradable. • La atención del personal es rápida. <p>Las razón fundamental por la que contestaron que no eran servicios de calidad es las siguiente:</p> <p>Por la tardanza en la toma de medidas y en la entrega de aparatos</p>
<p>10. ¿Qué tipo de especialidad de servicios de ortésis y/o prótesis ha</p>	<p>El tipo de servicio (especialidad) que más han recibido las personas (68) representan el 75%, ha sido la Elaboración de Ortésis y/o prótesis, en segundo lugar ha sido la elaboración de Calzado Ortopédico, 10 personas y en tercer lugar la reparación de Ortésis y/o prótesis con un porcentaje de del</p>

<p>recibido usted en el CAL?</p>	<p>3%.</p>
<p>11. Marque el tiempo que la UOT ha demorado en la entrega de su aparato o reparaciones (Ortésis, prótesis, calzado ortopédico, silla de ruedas adaptadas, reparaciones de ortésis/prótesis, reparación de sillas normales).</p>	<p>Según los resultados de la encuesta la mayoría de la población con 39 personas manifiestan que el tiempo que tuvieron que esperar por su aparato es de 6 meses, mientras que otras 21 personas coinciden en que el tiempo de espera es de 5 meses y otras 13 personas dicen que 4 meses hasta la entrega, se observa un largo periodo hasta el recibimiento del aparato lo que genera consecuencias de cambios en las necesidades de los usuarios respecto al aparato, además se observa que otras 18 personas consideran que el tiempo de espera está entre 1 y 3 meses.</p>
<p>12. ¿Cuándo recibe los servicios técnicos, el personal encargado lo realiza con amabilidad?</p>	<p>El 75% de la población considera que el personal de la UOT siempre los han tratado con amabilidad cuando reciben los servicios y el restante 25% afirmo que la mayoría de veces reciben el trato amable por parte del personal. El trato que reciben los usuarios por parte de los técnicos se da en las etapas siguientes: toma de medidas, entrega de aparatos, reparación, ajustes y pruebas de estos, en la mayoría de casos cuando el técnico toma la medida del usuario él es el responsable de la fabricación de la ayuda a la persona. En estas fases es donde los usuarios tiene contacto con el personal técnico calificado el trato recibido como amable siempre por el 75%.</p>
<p>13. ¿Considera que los servicios médicos son brindados con prontitud?</p>	<p>De las 91 personas entrevistadas, 46(51%) respondieron que siempre les han brindado los servicios médicos con prontitud, 23 personas opinaron que la mayoría de veces y las restantes 22 respondieron que algunas veces. Vale la pena aclarar que los servicios médicos los reciben en el proceso de Ingreso y cuando ya han recibido sus aparatos para evaluar la efectividad de ellos en la rehabilitación del usuario.</p>
<p>14. ¿Durante la prestación del servicio, el personal encargado le proporcione la información de forma clara y sencilla?</p>	<p>Respecto a si el personal de la UOT proporciona la información de forma clara 68 personas (75%) opina que siempre ha sido así, las demás personas opinan que la mayoría de veces ha sido de esa forma. Las personas entrevistadas calificaban si se brindaba al información de forma clara y sencilla desde el inicio de la prestación del servicio, que parte de la asignación de la cita para toma de medidas por parte de la secretaria, toma de medidas, fabricación y entrega de aparatos por parte de los técnicos finalizando con la evaluación médica respecto al uso de los aparatos por parte del usuario aportando a su proceso de rehabilitación.</p>
<p>15. ¿Considera que el tiempo de atención del servicio dedicado es el adecuado?</p>	<p>Referente al tiempo de atención en los servicios que presta la UOT, 46(51%) personas consideran que siempre es el tiempo adecuado el que les dedican y el 49% considero que la mayoría de veces le dedican el tiempo adecuado. El tiempo dedicado en el servicio está contemplado en las actividades te toma de medidas, prueba de los aparatos, ajustes etc. Todo este tiempo</p>

<p>16. Durante la prestación del servicio, ¿Cómo calificaría la atención brindada por el personal?</p>	<p>El 51% del total de personas encuestadas(46) califican la atención brindada por el personal de la UOT excelente y el restante 49% califica como buena la atención recibida, vale la pena resaltar que la calificación respecto a la atención brindada no fue calificada como regular o mala. El personal que tiene contacto con los usuarios de la UOT es la secretaria, los técnicos, el Jefe de la Unidad y por último el Doctor que evalúa el proceso de rehabilitación ayudado con el aparato fabricado, la atención brindada fue evaluada a estas personas.</p>
<p>17. A partir de la prestación de los servicios, ¿Cómo considera la aportación de rehabilitación a su salud?</p>	<p>Respecto a la aportación a la rehabilitación de su salud con los servicios recibidos en la UOT el 64%, 58 personas consideran que su salud ha mejorado y las demás 33 personas respondieron que su estado de salud sigue igual. Ninguna persona respondió que su estado de salud había empeorado.</p> <p>Parte de las personas que respondieron que su estado de salud sigue igual se debe a la tardanza en recibir los aparatos los cuales ayudan a mejorar su estado de salud aportando a su proceso de rehabilitación.</p>
<p>18. Su valoración referente a las condiciones de las instalaciones de la UOT es:</p>	<p>Las personas entrevistadas calificaron como regulares las condiciones de las Instalaciones de la UOT (46 personas representando el 51%) y las 45 personas restantes calificaron las instalaciones de la UOT como malas.</p> <p>Estas calificaciones se deben a que para poder llegar a la UOT los pasillos y caminos no están diseñados para ser transitados por personas con discapacidades, además los cubículos donde se toman las medidas y se hacen parte de las pruebas y ajustes son muy pequeños, la mayoría de veces se encuentran un poco sucios esas son las razones de mayor peso por las cuales las personas entrevistadas calificaron las condiciones de las instalaciones de esa forma.</p>
<p>19. Cómo calificaría el nivel de satisfacción logrado por los servicios brindados por la UOT?</p>	<p>De las 91 personas que contestaron el cuestionario, 55 calificaron el nivel de satisfacción logrado con los servicios recibidos en la UOT como regulares (60%), y las 36 personas restantes se dividieron a la mitad, en la calificación del nivel de satisfacción como buena (20%) y excelente (20%). No se recibieron calificaciones de regular o malo.</p>
<p>20. ¿Considera que los servicios brindados por la UOT cumplieron con sus expectativas?</p>	<p>La respuesta afirmativa que las personas encuestadas respondieron acerca de si los servicios de la UOT cumplieron sus expectativas la respondieron 68 personas (75%), y la repuesta si parcialmente habían cumplido con sus requisitos la respondieron 23 personas.</p>
<p>21. ¿De los servicios brindados qué considera que debe ser mejorado?</p>	<p>Las opiniones respecto a que se debe de mejorar se centraban en dos aspectos importantes que es el tiempo de entrega de aparatos y las condiciones de las instalaciones.</p> <p>Respecto al tiempo de entrega: desde que la persona llega referida con la orden medica para que se le fabrique algún aparato, se le programa la toma de medidas, desde ese momento es tardado todo el tiempo que esperan las personas para que le tomen sus medidas, cuando ya le han tomado sus medidas, viene otro tiempo largo de espera para que le entreguen sus</p>

	<p>aparatos en los cuales ellos tienen que estar hablando por teléfono para no ir y que no esté listo su pedido en la UOT. De las principales razones a exponer por las cuales no están listos los aparatos es por la falta de material etc.</p> <p>Después de entregar los aparatos vienen las etapas de prueba y ajuste si así lo requiere</p> <p>Con respecto a las condiciones de las instalaciones son las valoraciones expuestas en las observaciones de la pregunta 18.</p>
<p>22. En base a su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes puntos considera que describe mejor el término Productos de Calidad?</p>	<p>De los 4 elementos que los usuarios consideran que describen mejor el termino productos de Calidad, el 76%(69 personas) considera que el producto debe ser resistente y durable, en segundo lugar con el 51%(46 personas) los aparatos deben de funcionar correctamente, quedando en tercer lugar que su presentación visual sea adecuada (25%, 23 personas).</p> <p>Estos tres elementos son los necesarios a cumplir para que un aparato sea de calidad y ayude al proceso de rehabilitación de las personas, los cuales son cumplidos por los aparatos fabricados en la UOT, como lo confirma la pregunta 22.</p>
<p>23. ¿Considera que los productos de ortésis y/o prótesis son de calidad?</p>	<p>El 100% de las personas entrevistadas contesto que los productos que ha recibido de la UOT son de calidad basando sus respuestas en que el material que están hechos los aparatos son resistentes además que los aparatos han durado sin presentar ningún daño a lo largo del tiempo.</p>
<p>24. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la UOT, ¿Haría uso nuevamente de estos servicios?</p>	<p>El 100% de la población entrevistada contesto que harían nuevamente uso de los servicios que brinda la UOT basando sus respuestas en la calidad de aparatos fabricados, sumado a que el trato y atención brindada por el personal de la UOT (técnicos, secretaria, Jefe etc.) que siempre es un trato agradable y humano en combinación que los productos son gratuitos vienen a ser el conjunto de razones por las cuales las personas volverían a hacer uso de los servicios brindados por la UOT.</p>
<p>25. A partir de la experiencia obtenida en los servicios brindados en la UOT, ¿Recomendaría a otros personas los servicios de la UOT?</p>	<p>El 76%(69 personas) confirman que recomendarían a otras personas los servicios que se brindan en la UOT, el restante de personas no lo recomendarían (22 personas) esto se debe al tiempo que es muy tardado para que los usuarios puedan recibir sus aparatos, esa es la razón principal por la cual las personas no recomendarían a otras los servicios que se brindan en la UOT.</p>
<p>26. ¿Desea añadir algún comentario? Mencionalo</p>	<p>Los comentarios recibidos giran en torno a reducir el tiempo de entrega de los aparatos a los usuarios, desde que se programan la toma de las medidas, y a partir del momento que les han tomado las medidas hasta que les entregan los aparatos a las personas.</p>

ANEXO 13: PROPUESTA DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA EN LA UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA (UOT)

1.1 Análisis de la propuesta de solución:

Producción de la Unidad de Ortopedia Técnica:

Como parte del análisis de la problemática se obtuvo como eficiencia de la producción un 110.62%, con ello se identifica que el Laboratorio de Ortésis y Prótesis está trabajando con un ritmo de producción satisfactorio, pero que a pesar de lograr cumplir con las metas programadas mensualmente y lograr una mayor producción de la esperada, estas no logran solventar la problemática de la unidad de la insatisfacción de la demanda por la cantidad de productos en rezago que se tienen.

Actualmente la Unidad de Ortopedia Técnica presenta la siguiente demanda de productos en espera (rezago):

Los datos presentados son la producción pendiente hasta Noviembre 2011.

TOTAL DE PRODUCTOS PENDIENTES: 478²⁸ productos

Estándar de producción mensual de los técnicos de la UOT:

Para la determinación del estándar de producción de los técnicos del laboratorio es importante considerar que la carga de trabajo es distribuida equitativamente entre los técnicos, el trabajo es asignado por medio de órdenes de trabajo las cuales se les entrega a cada uno de los técnicos, el encargado de llevar este control es el Jefe de la Unidad.

Se presenta a continuación el cálculo del estándar:

Datos:

Cantidad de personal: **10 Técnicos**

Producción 2011²⁹: **1107 Productos³⁰**

Meses de producción: **7 meses (de Enero a Julio)**

Estándar de producción mensual = $(1107 \text{ productos} / 7 \text{ meses}) / 10 \text{ Técnicos}$

Estándar de producción mensual = 15.81 Productos por Técnico

Estándar de producción mensual = **16 Productos por Técnico**

1.1.1 PROPUESTA DE SOLUCIÓN ALTERNATIVA A:

Como propuesta para solventar la problemática se presenta la opción de disminuir la demanda en espera a su mínimo, ello será posible a partir de la consideración de la cantidad de demanda en espera y la cantidad de técnicos necesarios para lograr dicha disminución durante el periodo de Diciembre de 2011 a abril 2012, con el objetivo de iniciar el nuevo periodo de producción en las mejores condiciones.

²⁸ Listado de Aparatos Pendientes hasta noviembre de 2011 en la Unidad de Ortopedia Técnica del CAL.

²⁹ Producción 2011: considerado de enero a Julio del 2011

³⁰ Se considera como Producción la producción de Ayudas Técnicas presentadas en la situación actual de la UOT, por ser los productos del are en análisis.

Para determinar la cantidad de personal necesario se consideran los siguientes datos:

- TOTAL DE PRODUCTOS EN ESPERA HASTA NOVIEMBRE 2011: **478 productos**
- TOTAL DE DEMANDA DE PRODUCTOS PROYECTADOS CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE DICIEMBRE DE 2011 a ABRIL 2012: **664³¹ productos**
- ESTÁNDAR DE PRODUCCIÓN MENSUAL DE TÉCNICOS: **16 Productos**

Para determinar la cantidad exacta a producir durante los meses de diciembre de 2011 a abril de 2012 para solventar la problemática se consideran las siguientes cantidades:

Cantidad a Producir= Productos en espera hasta Noviembre 2011 +
Demanda de productos proyectados de diciembre de 2011 a abril 2012

Cantidad a Producir= **478 productos + 664 productos**

Cantidad a Producir= **1142 productos**

Teniendo la cantidad necesaria a producir para iniciar el 2012 sin demanda en espera se determina la cantidad de personal necesaria para lograr dicha producción e iniciar el nuevo año sin rezago, garantizando así un desempeño exitoso de la unidad, para ello consideramos el estándar de producción de los técnicos de la UOT.

Cantidad a Producir= **1142 productos**
Periodo disponible para la Producción: **5 meses**
ESTÁNDAR DE PRODUCCIÓN DE TÉCNICOS: **16 Productos al mes**

La cantidad de personal a necesitar en el periodo establecido será:

Primero se establece la producción que cubrirían los 10 técnicos actuales con los que cuenta la unidad.
Así:

Producción de personal actual = 10 Técnicos X 16 productos por técnico x 5 meses

Producción de personal actual = **800 productos**

Ahora calculamos el personal que se necesita para cumplir con la demanda de producción.

La cantidad restante a 1142 productos a cubrir es: **342 productos**

Si se considera 4 recursos temporales a contratar, durante el periodo de diciembre 2011 a abril de 2012, se establece una producción extra de:

Producción de extra = 4 Técnicos X 16 productos por técnico x 5 meses

Producción de extra = **320 productos**

³¹ Considerando la demanda de Diciembre de 2010 a Abril 2011 con 10% adicional como base para la proyección.
Demanda 2010-2011: 604 productos. Demanda 2011-2012: 604 X 1.1= 664 productos

Obteniendo así una demanda en espera de:

Demanda en espera= 1142 productos – 800 productos – 320 productos

Demanda en espera= **22 productos**

Disminuyendo de esta manera la demanda en espera para el nuevo periodo de producción 2012.

Ahora bien, si se considera que la demanda proyectada para el periodo considerado es de 664 productos y la capacidad de producción del personal actual de la unidad es de 800 productos podemos establecer que ese margen de sobreproducción (17%) en relación a la demanda, se utilice en las próximas producciones 2012 para terminar de solventar por completo en el nuevo periodo la demanda en espera que quede, considerando así mantener los 10 técnicos que actualmente laboran en la unidad y solo realizar la contratación de los 4 técnicos para el periodo de diciembre 2011 a abril 2012.

COSTO DE PRODUCCIÓN ALTERNATIVA A:

Considerando que para la determinación del costo de producción se consideran tres elementos básicos como lo son:

- Materia prima
- Mano de obra
- Gastos de fabricación o producción

Es necesario definir que para la determinación del costo de producción para el análisis de las alternativas solo se considerara el costo de la mano de obra, es decir el salario de los técnicos, dado que el costo de la materia prima resultara igual para cualquier alternativa ya que la cantidad de productos a fabricar es la misma, por ello no se considera. También al considerar que los gastos de fabricación son las erogaciones necesarias para lograr esa transformación, tales como: espacio, equipo, herramientas, etc., podemos considerar que los gastos serán los mismos dado que se producirán la misma cantidad de productos en un tiempo igual de producción.

Por ello para la evaluación se determina el costo de mano de obra, estableciendo que el salario para un Técnico de Ortésis y Prótesis en base al escalafón es de \$399.43 a \$1094.85, se establece como base para el cálculo del costo de producción el salario base de dicho escalafón, el cual corresponde a \$399.43 al mes. Dado que los nuevos técnicos a considerar temporalmente entrarían con dicho salario.

Con los datos anteriores podemos calcular el costo de producción:

Costo de producción = Salario del técnico x # de Técnicos X Meses laborales

Costo de producción = \$399.43 x 4 Técnicos x 5 meses

Costo de producción: **\$7,988.60**

1.1.2 PROPUESTA DE SOLUCIÓN ALTERNATIVA B:

Propuesta de Horas Extras: Como proyecto

Si se considera la jornada de horas extras como:

Sábado de 7:30 am a 3:30 pm y de Lunes a Viernes de 3:30 pm a 5:00 pm

Y se descuentan 1 hora por almuerzo y necesidades personales.

Se tendrían a la semana: 7 hr + 7.5 hr= **14.5 hr reales de producción**

Considerando el promedio de semanas al mes del año 2011:

Promedio de Semanas laborales en el 2011

SEMANAS LABORALES 2011												
Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept	Octu	Nov	Dic	Promedio
4.20	4	4.60	3.20	4.20	4.40	4.20	3.60	4.40	4.20	4.20	3.20	4.03

Es decir que la cantidad promedio de semanas laborales en el 2011 fueron: **4 semanas**

Se determina las horas disponibles al mes:

14.5 hr a la semana x 4 semanas= **58 hr al mes disponibles**

Correspondiente a:

Días al mes= 58 hr al mes /7 hr al día

Días al mes= **8.29 días**

Considerando el promedio de los días laborales al mes:

Promedio de Días laborales en el 2011

DÍAS LABORALES 2011												
Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept	Octu	Nov	Dic	Promedio
21	20	23	16	21	22	21	18	22	21	21	17	20.25

Es decir que la cantidad promedio de Días laborales en el 2011 fueron: **20 días**

Se determina el estándar de producción diaria de de los técnicos de la UOT:

ESTÁNDAR DE PRODUCCIÓN DIARIA DE TÉCNICOS= $\frac{\text{ESTÁNDAR DE PRODUCCIÓN MENSUAL}}{\text{PROMEDIO DE DÍAS LABORALES AL MES}}$

ESTÁNDAR DE PRODUCCIÓN DIARIA DE TÉCNICOS= $\frac{16 \text{ Productos}}{20 \text{ días}}$

ESTÁNDAR DE PRODUCCIÓN DIARIA DE TÉCNICOS= **0.8 Producto**

Considerando el estándar diario y los Días al mes disponibles se determina en cuanto tiempo se lograría obtener la producción pendiente.

Producción pendiente: **342³² productos**

Estándar de producción diaria de técnicos= **0.8 Productos**

Días al mes= **8.29 días**

Periodo de desarrollo del proyecto= **5 meses**

Producción de Demanda pendiente= (8.29 días X 0.8 productos) (10 técnicos) (5 Meses)

Producción de Demanda pendiente= = (6.63) (10)(5)

Producción de Demanda pendiente=**331 productos**

Obteniendo así una demanda en espera de:

³² Producción pendiente retomada de la resta de la demanda pendiente total menos la producción cubierta por el personal actual del laboratorio.

Demanda en espera= 1142 productos – 800 productos – 331 productos

Demanda en espera= **11 productos**

Disminuyendo de esta manera la demanda en espera para el nuevo periodo de producción del año 2012. Ahora bien, si se considera que la demanda proyectada para el periodo considerado es de 664 productos y la capacidad de producción del personal actual de la unidad es de 800 productos podemos establecer que ese margen de sobreproducción (17%) en relación a la demanda, se utilice en las próximas producciones 2012 para terminar de solventar por completo en el nuevo periodo la demanda en espera que quede, considerando así mantener los 10 técnicos que actualmente laboran en la unidad y realizar el proyecto con los mismos técnicos para el periodo de diciembre 2011 a abril 2012, es decir por un periodo de **5 meses**.

COSTO DE PRODUCCIÓN ALTERNATIVA B:

Haciendo las mismas consideraciones que se establecieron en la alternativa A, para la alternativa B solo se determinara el costo de mano de obra, es decir el salario de los técnicos.

Estableciendo que el salario para un Técnico de Ortésis y Prótesis en base al escalafón es de \$399.43 a \$1094.85, se establece como base para el cálculo del costo de producción para el proyecto la media de dicho escalafón, el cual corresponde a \$747.14 al mes, dado que se establecerá un pago equivalente al salario percibido actualmente por los técnicos ya contratados considerando su tiempo de trabajo para el proyecto.

Al considerar que el proyecto se realizara por una jornada laboral de 34 horas al mes que corresponde a 4.86 días y que regularmente un mes está compuesto por 20 días a lo que corresponde el salario de \$747.14, es necesario la determinación del salario correspondiente a 8.29 días.

Salario del proyecto por técnico= (\$747.14/20 días)(8.29 días)

Salario del proyecto por técnico= \$309.69

Con los datos anteriores podemos calcular el costo de producción del proyecto:

Costo de producción = Salario del proyecto por técnico x # de Técnicos X Meses laborales

Costo de producción = \$309.69 x 10 Técnicos x 5 meses

Costo de producción: **\$15,484.50**

1.2 Selección de Alternativa de Solución:

Resultado de Alternativas de solución para la UOT

	Alternativa A	Alternativa B
Costo de producción:	\$7,988.60	\$15,484.50
Tiempo de ejecución:	5 meses	5 meses

En base a los resultado obtenidos, se identifica que la alternativa más factible tanto por el tiempo de ejecución como el costo de producción de la demanda en espera, es la **“Alternativa A”**, ya que representa el 50% del costo en el mismo tiempo de ejecución de la Alternativa B. Razón por la cual se selecciona a dicha alternativa como propuesta de solución a la problemática presentada en la Unidad de Ortopedia Técnica en el Laboratorio de Ortésis y Prótesis. Logrando con ello solventar la problemática y contribuyendo al diseño del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008.

ANEXO 14: ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001: 2008 EN EL ISRI

En las dos tablas siguientes se muestra el porcentaje de cumplimiento del ISRI con respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001.2008, la primera tabla muestra los resultados del primer cuestionario con el cual se entrevistaron a las Jefaturas de la Administración Central y al Director del CAL, en estas tablas se presenta el porcentaje de cumplimiento de cada requisito.

1. Tabla de Cumplimiento de requisitos basada en el Cuestionario ISO 9001:2008 para la Administración Superior

El cálculo del porcentaje de cumplimiento se establece a partir de considerar las respuestas obtenidas. Así:

Tabla de Puntaje utilizado para calificación de requisito de cuestionarios

Respuesta	Puntaje
SI	1
NO	0
Parcialmente	1/2
No sabe	0

Con el puntaje asignado de cumplimiento se obtiene el Total de Cumplimiento el cual se determina así:

$$\text{Total de Cumplimiento} = (\text{Cantidad de SI obtenidos} * 1) + (\text{Cantidad de Parcialmente Obtenidos} * \frac{1}{2})$$

Con el Total de Cumplimiento obtenido se obtiene el Porcentaje Total considerando como 100% a las 11 posibles respuestas consideradas en la encuesta.

Tabla de Calificación de requisito de cuestionarios ISO 9001:2008 para la Administración Superior

4.SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		SI	NO	Parcialmente	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL	% SUB TOTAL
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION								
4.2.1 Generalidades								
Preguntas	1	0	0	11	0	5.5	50.00%	61.82%
	2	0	0	11	0	5.5	50.00%	
	3	11	0	0	0	11	100.00%	
	4	4	2	4	1	6	54.55%	
	5	6	5	0	0	6	54.55%	
4.2.3 Control de documentos								
Pregunta	6	6	5	0	0	6	54.55%	54.55%
4.2.4 Control de los registros								
Pregunta	7	6	5	0	0	6	54.55%	54.55%
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN								
5.2 ENFOQUE AL CLIENTE								
Pregunta	8	10	0	1	0	10.5	95.45%	95.45%
5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD								
Preguntas	9	11	0	0	0	11	100.00%	86.36%
	10	10	0	1	0	10.5	95.45%	
	12	6	3	2	0	7	63.64%	
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN								
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad								
Preguntas	13	10	0	0	1	10	90.91%	90.91%
	14	10	0	0	1	10	90.91%	
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS								
6.2 RECURSOS HUMANOS								
6.2.1 Generalidades								
Pregunta	18	10	1	0	0	10	90.91%	77.27%
	19	3	0	8	0	7	63.64%	
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia								
	20	11	0	0	0	11	100.00%	90.91%
	21	6	1	4	0	8	72.73%	
	22	11	0	0	0	11	100.00%	
6.4 AMBIENTE DE TRABAJO								90.91%

Pregunta	23	9	0	2	0	10	90.91%	
7.4 COMPRAS		SI	NO	Parcialmente	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL	% TOTAL
7.4.1 PROCESO DE COMPRAS								87.50%
Preguntas	28	11	0	0	0	11	100.00%	
	29	0	0	11	0	5.5	50.00%	
	30	11	0	0	0	11	100.00%	
	31	11	0	0	0	11	100.00%	
7.4.2 Información de las Compras								50.00%
	33	0	11	0	0	0	0.00%	
	34	11	0	0	0	11	100.00%	
7.4.3 Verificación de los Productos Comprados								45.45%
	35	3	4	4	0	5	45.45%	
	36	6	4	1	0	6.5	59.09%	
	37	2	6	3	0	3.5	31.82%	

2. Tabla de cumplimiento de requisitos, basada en el Cuestionario ISO 9001:2008 para el Centro del Aparato Locomotor

El cálculo del porcentaje de cumplimiento se establece a partir de considerar las respuestas obtenidas. Así:

Respuesta	Puntaje
SI	1
NO	0
Parcialmente	1/2
No sabe	0

Con el puntaje asignado de cumplimiento se obtiene el Total de Cumplimiento el cual se determina así:

$$\text{Total de Cumplimiento} = (\text{Cantidad de SI obtenidos} * 1) + (\text{Cantidad de Parcialmente Obtenidos} * \frac{1}{2})$$

Con el Total de Cumplimiento obtenido se obtiene el Porcentaje Total considerando como 100% a las 7 posibles respuestas consideradas en la encuesta.

Tabla de Calificación de requisito de cuestionarios ISO 9001:2008 para Centro del Aparato Locomotor

ANALISIS DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008 PARA EL ISRI								
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		SI	NO	Parcialmente	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL	% TOTAL
5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN								
Pregunta	1	7	0		0	7	100.00%	75.00%
	3	0	0	7	0	3.5	50.00%	
7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO (SERVICIO)		SI	NO	Parcialmente	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL	% TOTAL
7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO (SERVICIO)								
Pregunta	5	3	0	3	1	4.5	64.29%	75.00%
	7	5	0	2	0	6	85.71%	
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE								
7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO (SERVICIO)								
Pregunta	8	3	3		1	3	42.86%	76.30%
	9	3	3		1	3	42.86%	
	10	4	0		3	4	57.14%	
	11	7	0		0	7	100.00%	
	12	7	0		0	7	100.00%	
	13	6	0		1	6	85.71%	
7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO (SERVICIO)								
Pregunta	15	4	0		3	4	57.14%	
	16	3	0		1	3	75.00%	
7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE						0		
Pregunta	17	5	0	2	0	6	85.71%	
	19	7	0		0	7	100.00%	
	21	6	0	1	0	6.5	92.86%	
7.3 DISEÑO Y DESARROLLO								
7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO								
Pregunta	23	6	0	1	0	6.5	92.86%	
	25	7	0	0	0	7	100.00%	
7.3.2 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO						0		
Pregunta	26	5	0	2	0	6	85.71%	90.48%
	28	6	0	1	0	6.5	92.86%	
7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO								
Pregunta	29	3	0	4	0	5	71.43%	

7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO									
Pregunta	30	6	0		1	6	85.71%		
	31	6	0		0	6	100.00%		
7.3.5 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO									
Pregunta	32	7	0		0	7	100.00%		
	33	7	0		0	7	100.00%		
7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO									
Pregunta	34	5	0		2	5	71.43%		
7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO						0			
Pregunta	35	6	0		1	6	85.71%		
	36	6	0		0	6	100.00%		
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO									
7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO									
Pregunta	37	7	0		0	7	100.00%		
	38	1	0	6	0	4	57.14%		
	39	5	1		1	5	71.43%		
	40	6	1		0	6	85.71%		
	41	7	0		0	7	100.00%		
7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO									
Pregunta	42	5	0	1	1	5.5	78.57%	86.81%	
	43	6	0		0	6	100.00%		
	44	6	0		0	6	100.00%		
7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD									
Pregunta	45	6	0	1	0	6.5	92.86%		
	46	6	0	0	1	6	85.71%		
	47	6	0	0	1	6	85.71%		
	48	3	0	4	0	5	71.43%		
7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE									
Pregunta	49	7	0		0	7	100.00%		
7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN									85.71%
Pregunta	50	5	0		2	5	71.43%		
	52	5	0	2	0	6	85.71%		
	53	6	0		1	6	85.71%		
	54	6	0		0	6	100.00%		
8. MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA		SI	NO	Parcialmente	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL	% TOTAL	
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN									70.66%

8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE							
Pregunta	55	7	0		0	7	100.00%
	57	7	0		0	7	100.00%
8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS						0	
Pregunta	59	4	3		0	4	57.14%
8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO						0	
Pregunta	62	2	1	2	2	3	42.86%
	63	2	1	1	0	2.5	62.50%
8.3 CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME						0	
Pregunta	64	4	3		0	4	57.14%
	65	2	0	2	0	3	75.00%

2.1 Tabla de Exclusiones de Requisitos en Cuestionarios ISO 9001:2008

En la tabla siguiente se presentan las exclusiones de los requisitos que no fueron considerados en los cuestionarios. A cada requisito se le ha asignado un porcentaje de cumplimiento con respecto a cada punto que establece el requisito que exige la Norma ISO 9001:2008, los requisitos han sido divididos en puntos claves que lo conforman y dependiendo de la cantidad de puntos que lo conforman así se ha dividido el porcentaje es decir, el 100%, con esos porcentajes se analiza cuanto de ese punto se cumple y así se obtiene el porcentaje de calificación de los requisitos que se excluyeron. Esta calificación está basada en la observación directa, el análisis de los procesos documentados y en las entrevistas realizadas a cada una de las jefaturas cuando se entrevistaron utilizando los cuestionarios.

La determinación del Sub total de cumplimiento que permite obtener el Total se obtiene de la siguiente manera:

Ejemplo:

REQUISITOS	% Asignado	% Cumplido	Sub Total
4.1 Requisitos generales	25.00%	70.00%	17.50%

El **porcentaje Asignado** depende del número de puntos que conforman el requisito o el sub-requisito, es decir, corresponde a la división del 100% entre el número de puntos. El **porcentaje Cumplido** se refiere al porcentaje que logra cumplir el punto del requisito o del sub-requisito que se está evaluando. Así el sub-requisito *4.1 Requisitos generales* esta conformado por *cuatro puntos*, razón por la cual cada punto tiene un % *Asignado* de 25%. El primer punto logra un % *Cumplido* del 70%, es decir, que el sub-requisito 4.1 en su primer punto logra un **Sub-Total** de 17.50% de cumplimiento, lo cual se obtuvo de considerar el 70% del 25% que corresponde al primer punto.

Tabla de Calificación de requisitos Excluidos en cuestionarios ISO 9001:2008

REQUISITOS	% Asignado	% Cumplido	Sub Total	Total	ANALISIS
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD					
4.1. Requisitos generales					
Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad	25.00%	70.00%	17.50%	70.00%	Se documentaron 82 procesos de la Administración Superior del ISRI y 46 procesos del CAL, de estos 128 procesos se encuentran los necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad, ya que estos procesos forman parte de la coordinación y control de actividades en ruta a brindar servicios de rehabilitación integral de calidad, de todos estos procesos se seleccionaran los necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad en la etapa de diseño, además de documentar los procesos de mejora continua y medición, enmarcados en los procesos de análisis y mejora según los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, debido a eso se cumple en un 70% este elemento. La secuencia e interacción de estos procesos se ha detallado en los mapas de proceso de cada Unidad, uniéndolos todos en el Mapa de Procesos
	25.00%	70.00%	17.50%		

Determinar la secuencia e interacción de estos procesos					<p>del ISRI, pero hace falta detallar la interacción de los procesos necesarios del Sistema de Gestión de Calidad que se realizara en la etapa de Diseño por esa razón el cumplimiento es del 70%.</p> <p>Respecto a la determinación de los métodos para que estos procesos sean eficaces tomando en cuenta los resultados visualizados en las encuestas de satisfacción, el nivel de satisfacción de los usuarios del CAL es calificado como excelente a excepción de la UOT, cumpliendo los objetivos planteados en brindar servicios de rehabilitación de calidad, además de tener los procesos necesario para el control de estos por ejemplo: Seguimiento y evaluación del plan de trabajo, supervisión del uso del sistema de Control de la Gestión Técnica a los Centros de Atención, Control de la Gestión Técnica a cada Centro, auditoria del Expediente Clínico basado en el ESDOMED, Supervisión del uso del sistema de información de enfermedades y discapacidades (SIEDIS) etc., en la mayoría de estos el control y supervisión de los procesos que realizan todas las dependencias del ISRI se lleva a cabo trimestralmente, eso hace que el cumplimiento de ese elemento sea del 70% siendo el faltante de agregar los procesos de control de los procesos del Sistema de Gestión seleccionados.</p> <p>Actualmente la disponibilidad de recursos necesarios para la operación y el seguimiento de estos procesos es la necesaria para que puedan funcionar y cumplirse cada una de las actividades que componen cada uno de estos procesos lo cual queda confirmado con lo visualizado en los resultados de la encuesta 1 para la Administración Superior del ISRI en el apartado 6.Gestion de los Recursos, pero como no se han seleccionado los procesos necesarios del Sistema de Gestión de Calidad, ni los procesos faltantes de medición y control de estos, por lo tanto hace falta determinar la disponibilidad de recursos necesarios para estos procesos faltantes si así fuera, eso hace que el cumplimiento de este elemento sea del 70%.</p>
Determinar los métodos necesarios para asegurarse que el control de estos procesos sean eficaces	25.00%	70.00%	17.50%		
Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para la operación y el seguimiento de estos procesos	25.00%	70.00%	17.50%		
4.2. Requisitos de la documentación					
4.2.2.Manual de la calidad				0.00%	
El manual de Calidad debe de					No existe un manual de calidad conforme a los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 en el ISRI, ni algún ningún

contener:						
El alcance del sistema de gestión de la calidad.	33.33%	0.00%	0.00%			documento que contenga: el Alcance del Sistema de Gestión de Calidad, ni se han documentado los procedimientos propios del Sistema de Gestión de Calidad en este documento ,faltando la descripción de la interacción de estos procesos, esto no se ha realizado ya que esto se completara con la selección y la descripción de estos procesos así como el establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de Calidad, por esas razones es que el cumplimiento de estos elementos es del 0%.
Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad.	33.33%	0.00%	0.00%			
Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.	33.33%	0.00%	0.00%			
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN						
5.4. Planificación						
5.4.1.Objetivos de la calidad						
Se deben de establecer los objetivos de la calidad	50.00%	0.00%	0.00%			Los objetivos de Calidad no se han establecido, ya que no se ha definido la Política de Calidad que son las intenciones globales respecto a la Calidad que persigue El ISRI en congruencia con su razón de ser, a la vez no se han establecido los procesos para la medición de estos objetivos de Calidad.
Los objetivos deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.	50.00%	0.00%	0.00%	0.00%		
5.4.2.Planificación del sistema de gestión de la calidad						
La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los objetivos de la calidad, además de mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%		El Sistema de Gestión de Calidad se planifica a intervalos determinados rumbo a cumplir los Objetivos de Calidad, y no se puede planificar el Sistema de Gestión de Calidad ya que no existe en el ISRI, debido a eso es la calificación de cumplimiento del 0%.
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación						
5.5.2.Representante de la dirección						
La alta dirección debe designar un miembro de la dirección que debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:					40.00%	Si existe un Comité de Calidad que trabaja en proyectos de mejora continua de la calidad referente a la prestación de servicios de rehabilitación en los Centros de Atención, la Directora es la Dra. Canizales (Gerente Medica), ella tiene la responsabilidad de establecer implementar y mantener los procesos necesarios para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de rehabilitación a través de proyectos de mejora continua que los presentan y desarrollan cada uno de los Centros de Atención. Ella se encarga de informar a la Dirección General del ISRI el estado de los Centros y de los proyectos de mejora continua de la Calidad, Se toma parcialmente en cuenta los requisitos del usuario de los servicios de rehabilitación en los proyectos de mejora continua de los servicios pero solo en los proyectos referentes a los Centros de Atención.
	33.33%	50.00%	16.67%			La calificación del 50% acerca del establecimiento, implementación y

Se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad					<p>mantenimiento de los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad se debe a las siguientes razones: no se han seleccionado los procesos que componen el Sistema, y el trabajo actual en esta área solo está en los límites de los Centros de Atención faltando la Administración Superior y el trabajo no es directamente con procesos, sino como proyectos.</p> <p>El 20% se debe a que la información del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad se realizaría conforme a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 cuando se haya implementado el Sistema de Gestión de Calidad, el esfuerzo actual respecto al trabajo realizado con el Comité de Calidad logra obtenerse la calificación del 20%.</p> <p>El 50% de calificación respecto a la promoción de la toma de conciencia de los requisitos se debe a que en el CAL se persigue en los procesos de prestación de servicios de rehabilitación en la Consulta externa por ejemplo, tomar en cuenta la opinión del usuario lo cual lo hacen en primera instancia las trabajadoras sociales en el proceso contacto inicial, siguiendo con los procesos de Ingreso , atención y egreso realizados en conjunto las Terapistas, Psicólogas y Doctores, tomando en cuenta los requisitos del usuario además de los elementos como buzón de sugerencias y ventana abierta al Director que se realizan en el CAL, todo esto para tomar en cuenta los requisitos del usuario en la prestación de los servicios , pero no se realiza en toda la organización por esas razones es el porcentaje de cumplimiento del 50%.</p>
Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad	33.33%	20.00%	6.67%		
Se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en toda la Organización	33.33%	50.00%	16.67%		
5.6. Revisión por la dirección					
5.6.1.Generalidades					
La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados.	100.00%	40.00%	40.00%	40.00%	<p>La Alta Dirección del ISRI no puede revisar a intervalos planificados el desempeños del Sistema de Calidad ya que no, se ha implementado el Sistema de Gestión, pero si se revisa el desempeño del sistema de Gestión del ISRI a través de los diferentes procesos como son los siguientes: Seguimiento y evaluación del plan de trabajo, supervisión del uso del sistema de Control de la Gestión Técnica a los Centros de Atención, Control de la Gestión Técnica a cada Centro, auditoria del Expediente Clínico basado en el ESDOMED, Supervisión del uso del</p>

				<p>sistema de información de enfermedades y discapacidades (siedis) etc.</p> <p>De esta forma se revisa el Sistema de Gestión del ISRI institucionalmente donde participan todas las Jefaturas de las Unidades de la Administración Superior y del CAL en conjunto con la Unidad de Planificación Estratégica, debido a eso es el porcentaje de cumplimiento del 40% ya que no se puede revisar el Sistema de Gestión de Calidad conforme a los requisitos de la Norma ya que no se ha implementado.</p>
5.6.2. Información de entrada para la revisión				<p>38.57%</p> <p>En el ISRI se revisa el desempeño de la Gestión de los procesos a través de los diferentes procesos de revisión como lo es la evaluación del Plan Anual de Trabajo, Control de la Gestión Técnica en los Centros de Atención Seguimiento y evaluación del plan de trabajo, supervisión del uso del sistema de Control de la Gestión Técnica a los Centros de Atención, Control de la Gestión Técnica a cada Centro, auditoría del Expediente Clínico basado en el ESDOMED, Supervisión del uso del sistema de información de enfermedades y discapacidades (siedis) etc.</p> <p>Sobre todo esta la revisión en todas las áreas del cumplimiento de metas establecidas en el Plan Anual de Trabajo; con respecto a la información de entrada para estos procesos de revisión se debe tomar en cuenta la siguiente:</p> <p>Los resultados de auditorías son el fruto de las auditorías del Sistema de Gestión de Calidad, que no existen en el ISRI pero si existen informes del seguimiento de las actividades realizadas además de los resultados propios de la Unidad de Auditoría, sin olvidar el seguimiento al plan Anual de Trabajo para toda la Institución, debido a eso el porcentaje de cumplimiento es del 50%.</p> <p>La retroalimentación del Cliente se toma en cuenta a través de los diversos mecanismos donde los usuarios expresan su opinión en el CAL, buzón de sugerencias, ventana abierta al Director y en los propios procesos de prestación de servicios de rehabilitación etc. Por esa razón el porcentaje de cumplimiento es del 50%.</p>
La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:				
Los resultados de auditorías	14.29%	50.00%	7.14%	
La retroalimentación del cliente	14.29%	50.00%	7.14%	
El desempeño de los procesos	14.29%	40.00%	5.71%	

				<p>El desempeño de los procesos se mide en parte en el proceso seguimiento del Plan Anual de trabajo en toda la Institución por ejemplo, y para los Centros de atención se mide el desempeño a través del proceso supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, pero faltan los procesos propios del Sistema de Gestión de Calidad, debido a eso el porcentaje de Cumplimiento es del 40%.</p> <p>La conformidad del usuario respecto a los servicio de rehabilitación se puede observa a través de escuchar la voz de los usuarios, los cuales califican el nivel de satisfacción recibido como excelente a excepción de la UOT, esta nos da una referencia para poder calificar que se cumple el requisito a un 40%, ya que no existe alguna metodología establecida para medir y comprobar la conformidad de los usuarios con los servicios recibidos pero si con los procesos de rehabilitación desarrollados en el CAL se trata de verificar siempre la conformidad del usuario con el servicio recibido en cada área de prestación de servicios de rehabilitación por ejemplo en los procesos de atención medica , en el contacto de las trabajadoras sociales con el usuario, en las atenciones individuales de psicología y en las diferentes procesos de atención de terapia de rehabilitación, se busca conocer la conformidad del usuario con los servicios recibidos.</p> <p>No se ha establecido como lo exige la Norma ISO 9001: 2008 el procedimiento de las acciones correctivas y preventivas, pero cuando se desarrolla el proceso supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, en donde se supervisan el cumplimiento de metas trimestralmente de todas las dependencias del ISRI, se plantean las acciones correctivas si no se están cumpliendo estas metas en el tiempo establecido, además de establecer las recomendaciones de mejora para corregir lo que no se está haciendo bien, además de establecer algunas líneas de acción para prevenir que se sigan dando estas situaciones. En general las recomendaciones para la mejora de todo el desarrollo de las actividades que se realizan en el ISRI. Por esas razones es que el porcentaje de cumplimiento es del 50%.</p>
La conformidad del producto o servicio	14.29%	40.00%	5.71%	
El estado de las acciones correctivas y preventivas	14.29%	50.00%	7.14%	
Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas	14.29%	20.00%	2.86%	
Las recomendaciones para la mejora.	14.29%	20.00%	2.86%	

					Respecto a Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección y las recomendaciones para la mejora se realizan en conjunto en el proceso supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, en el control de gestión técnica en centro de atención y en el seguimiento y evaluación del plan de trabajo; como se explico en el párrafo anterior la revisión de las medidas o acciones de seguimiento y la revisión de si se han aplicado las recomendaciones es fruto de los procesos antes mencionados para los Centros de Atención y para toda la administración Superior del ISRI, debido a eso se da el cumplimiento del 20% a cada elemento de Las recomendaciones para la mejora y acerca de las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección realizadas anteriormente.
5.6.3.Resultados de la revisión					
Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con: la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.	100.00%	20.00%	20.00%	20.00%	No se sigue el procedimiento de revisión de la dirección como lo exige la Norma ISO 9001: 2008, ya que no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad, pero si se trabaja en le mejora de la Gestión de todas las actividades que realiza el ISRI como se ha explicado ampliamente en el requisito 5.6.2.Información de entrada para la revisión, pero se establecen las decisiones y acciones necesarias para la mejora de la gestión del todo lo que realiza el ISRI cumpliendo un 20% de este requisito.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS					
6.1. Provisión de recursos					
La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:				65.00%	El ISRI provee los recursos necesarios para que la Institución pueda brindar los servicios de rehabilitación integral y gestione todos los procesos para que cumplan la razón de ser de la Institución de una manera adecuada, esto queda respaldado por los hallazgos del Cuestionario 1 para la administración Superior del ISRI(ver Apartado de Provisión de Recursos del Análisis de resultados del primer Cuestionario), pero no se han tomado en cuenta la provisión de los recursos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad así como los necesarios para aumentar la satisfacción del usuario que hace uso de los servicios de rehabilitación, la cual ha sido analizada a través del cuestionario
Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia	50.00%	50.00%	25.00%		
Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.	50.00%	80.00%	40.00%		

					<p>que estudia el nivel de satisfacción de los usuarios, en el análisis de la opinión del usuario del CAL se visualizo que el nivel de satisfacción de los usuarios del CAL a excepción de los de la UOT, el nivel del satisfacción es excelente lo cual abona a concluir lo siguiente:</p> <p>Respecto a si el ISRI proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia el cumplimiento sea del 50%.</p> <p>A la vez proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos su cumplimiento es del 80%.</p>
6.3. Infraestructura					
La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura debe incluir:					80.00%
Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados,	33.33%	80.00%	26.67%		
Equipo para los procesos	33.33%	80.00%	26.67%		
Servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).	33.33%	80.00%	26.67%		
					Tomando en cuenta lo obtenido en los resultados del cuestionario 1 para la Administración Superior en el punto provisión de recursos, respaldado por la observación de la Infraestructura del ISRI, la Institución provee la infraestructura necesaria para la provisión de servicios de rehabilitación integral de calidad sin olvidar que no se han determinado las necesidades de infraestructura si así lo requiere la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Por esas razones es que el porcentaje de cumplimiento del requisito 6.3. Infraestructura es del 80%.
7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS					
7.5. Producción y Prestación de los servicios					
7.5.5. Preservación del producto					
Mantener la conformidad con los requisitos del servicio (producto)	100%	75.00%	75.00%		75.00%
					En el CAL se han dividido por áreas los servicios de rehabilitación integral que se ofrecen para las personas con discapacidad, estás áreas son: Trabajo Social, Psicología, Terapias, Servicios Médicos y de Apoyo, UOT y ULAM, estas están divididas de esta forma para poder identificar los requisitos del usuario para poder brindar los servicios de rehabilitación adecuados al perfil de los usuarios discapacitados, cumpliendo con los requisitos del usuario; siempre desempeñando el trabajo en conjunto todas las áreas del CAL desempeñando los procesos en armonía para aportar a la mejoría en el proceso de rehabilitación del usuario, lo cual se puede ver en los mapas de procesos del CAL, por esas razones se califica con el 75% de cumplimiento ya que falta definir la metodología general del CAL para mantener la conformidad con los requisitos de los usuarios de los servicios de rehabilitación.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA					
8.1. Generalidades					
Planificación e implementación de procesos de seguimiento	25%	50.00%	12.50%	50.00%	<p>El ISRI trabaja con la medición y seguimiento de los procesos que realiza en su campo de trabajo, a través del desarrollo de los siguientes procesos: seguimiento y evaluación del plan de trabajo, supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, control de gestión técnica en centro de atención, auditoria del expediente clínico, basados en la norma ESDOMED, supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED, y supervisión de uso del sistema de información de enfermedades y discapacidades (SIEDIS).</p> <p>Todo esto con el fin de determinar las debilidades del sistema y las oportunidades de mejora mediante acciones correctivas y de mejora, mas sin embargo no posee una planificación establecida y los lineamientos a seguir para el desarrollo de este punto de la Norma ISO 9001:2008, por lo que el cumplimiento de este requisito es del 50%.</p>
Planificación e implementación de procesos de medición	25%	50.00%	12.50%		
Planificación e implementación de procesos de análisis	25%	50.00%	12.50%		
Planificación e implementación de procesos de mejora	25%	50.00%	12.50%		
8.2. Seguimiento y medición					
8.2.2. Auditoría interna					
Planificación de las auditorías en base a estado de procesos y áreas a auditar y auditorías previas	25%	80.00%	20.00%	70.00%	<p>En el ISRI existe un departamento de Auditoría Interna la cual verifica la efectividad del sistema de control interno previo y concurrente de las operaciones institucionales, dichas auditorías son previamente planificadas y con la finalidad de contribuir a los objetivos del ambiente de control interno, de modo que a pesar que la Norma estipula el desarrollo de auditorías del Sistema de Gestión las que se realizan actualmente pueden adaptarse según lo establecido a lo que rige la Norma ISO 9001:2008 que busca el hacer cumplir el desarrollo de servicios de calidad.</p> <p>Por eso es que respecto a la Planificación de las auditorías en base a estado de procesos y áreas a auditar y auditorías previas de calidad ya que hacen falta cumplir los requisitos de las auditorías de calidad y no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad el porcentaje de cumplimiento es del 80%.</p> <p>Al haber establecido el procedimiento de auditorías de Calidad que se realizaran al</p>
Definición de responsabilidades y de los requisitos para las auditorías	25%	70.00%	17.50%		
	25%	80.00%	20.00%		

Mantener registros de las auditorias y sus resultados					<p>Sistema de Gestión de Calidad, es donde se definen las responsabilidades y los requisitos para las auditorias por eso es el cumplimiento del 70% ya que con el diseño de este procedimiento es que se superan estas faltantes, de la misma forma para mantener los registros de las auditorias y sus resultados queda establecido minuciosamente con el diseño de este procedimiento , cumpliendo el 80%, ya que las auditorias realizadas por la unidad de Auditoria del ISRI y los procesos que auditan las actividades realizadas en el ISRI ,mantienen los registros de las auditorias y sus resultados cumpliendo el 80%.</p> <p>La Jefaturas de los Centros de atención y de las Unidades del ISRI, se aseguran de la realización de correcciones para eliminar las no conformidades, siguiendo los procesos de supervisión en cada área descritos en el apartado de 5.6.2.Información de entrada para la revisión, cumpliendo el 50%.</p>
Dirección se asegura de realización de correcciones para eliminar no conformidades	25%	50.00%	12.50%		
8.4. Análisis de datos					
Determinación de datos apropiados para medir el SGC	33%	60.00%	20.00%	66.67%	<p>Actualmente en el ISRI trabaja con una serie de informes y reportes de acuerdo al trabajo que se realiza en las distintas áreas que lo componen(reportes que surgen de los siguientes procesos: seguimiento y evaluación del plan de trabajo, supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, control de gestión técnica en centro de atención, auditoria del expediente clínico, basados en la norma ESDOMED, supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED). Estos reportes ayudan a poder controlar y monitorear el desempeño de cada una de las Unidades y de los procesos realizados en ellas, todo eso con el fin de medir el rendimiento que se obtiene y posterior al análisis de los resultados del desempeño, crear estrategias de mejora para las áreas con déficit identificadas, estos puntos referentes a la Norma ISO 9001:2008 no se cumplen totalmente pues los datos a recolectar son propiamente del Sistema de Gestión del ISRI, no de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001.2008, el cual aun no ha sido implementado, mas sin embargo el ISRI ya considera el análisis de datos de trabajo realizado.</p> <p>Por eso referente a la determinación de</p>
Recolección de datos	33%	80.00%	26.67%		

					datos apropiados para medir el Sistema de Gestión de Calidad, falta recolectar los datos de medición de este ya que no se ha implementado por eso el porcentaje de cumplimiento es del 60%.
Análisis de datos recolectados	33%	60.00%	20.00%		La Recolección de datos en congruencia con el Sistema de Gestión de Calidad hace falta agregar los datos que son necesarios del Sistema por lo tanto el porcentaje de cumplimiento es del 80%. A la vez el análisis de estos datos se cumple al 60% ya que no se ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad.
8.5. Mejora					En este punto de la norma se identifica que el ISRI trabaja con la mejora continua de acuerdo a los resultados que obtiene de la auditorias, las encuestas de satisfacción, buzón de sugerencias, etc., las cuales son las herramientas que utiliza para medir el desempeño de los servicios, además de los procesos de seguimiento y medición (seguimiento y evaluación del plan de trabajo, supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención, control de gestión técnica en centro de atención, auditoria del expediente clínico, basados en la norma ESDOMED, supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED); identificando así posibles oportunidades de mejora e implementando acciones correctivas a los hallazgos encontrados, por lo que este punto de la norma no se cumple en su totalidad pues no se ha establecido directamente las políticas de calidad, auditorias, análisis de datos, acciones correctivas y revisión de la dirección explícitamente para el Sistema de Gestión de Calidad.
8.5.1.Mejora continua					
Mejora del SGC mediante Política de calidad y Objetivos de calidad	20%	0.00%	0.00%	51.00%	
Mejora del SGC mediante resultados de auditorias	20%	80.00%	16.00%		
Mejora del SGC mediante análisis de datos	20%	75.00%	15.00%		
Mejora del SGC mediante acciones correctivas y preventivas	20%	50.00%	10.00%		
Mejora del SGC mediante revisión por la Dirección	20%	50.00%	10.00%		
8.5.2.Acción correctiva					Este punto no se cumple en su totalidad debido a que a pesar de que existen acciones correctivas para las no conformidades que se identifican mediante entrevistas a los usuarios o mediante el buzón de sugerencias (en el CAL) y de los procesos detallados en el apartado de 5.6.2.Información de entrada para la revisión ; no existe un documento en donde estén establecidos los lineamientos o pasos a seguir para dichas acciones.
Existencia de un procedimiento documentado para revisar las no conformidades y determinar sus causas	33%	60.00%	20.00%	46.67%	
Adopción de acciones correctivas que aseguren la no repetición de las no conformidades	33%	60.00%	20.00%		
Registrar resultados de acciones correctivas tomadas y su eficacia	33%	20.00%	6.67%		
8.5.3.Acción preventiva					El ISRI aun no tiene establecido ni documentado los lineamientos para prevenir las no conformidades del servicio de rehabilitación, mas sin
Existencia de un procedimiento documentado para determinar las no conformidades	33%	20.00%	6.67%	21.67%	

potenciales y sus causas				embargo de acuerdo a los datos obtenidos de las herramientas para medir el desempeño y los procesos detallados en el apartado de 5.6.2. Información de entrada para la revisión , se crean estrategias para solventar posibles inconvenientes en el futuro.
Actuar oportunamente para prevenir la ocurrencia de las no conformidades	33%	25.00%	8.33%	
Registrar resultados de acciones preventivas tomadas y su eficacia	33%	20.00%	6.67%	

ANEXO 15: REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1. Requisitos generales

4.2. Requisitos de la documentación

- 4.2.1. Generalidades
- 4.2.2. Manual de la calidad
- 4.2.3. Control de los documentos
- 4.2.4. Control de los registros

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1. Compromiso de la dirección

5.2. Enfoque al cliente

5.3. Política de la calidad

5.4. Planificación

- 5.4.1. Objetivos de la calidad
- 5.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad

5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación

- 5.5.1. Responsabilidad y autoridad
- 5.5.2. Representante de la dirección
- 5.5.3. Comunicación interna

5.6. Revisión por la dirección

- 5.6.1. Generalidades
- 5.6.2. Información de entrada para la revisión
- 5.6.3. Resultados de la revisión

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1. Provisión de recursos

6.2. Recursos humanos

- 6.2.1. Generalidades
- 6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia

6.3. Infraestructura

6.4. Ambiente de trabajo

7. REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

7.1. Planificación de la realización de los servicios

7.2. Procesos relacionados con el cliente

7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con los servicios

7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con los servicios

7.2.3. Comunicación con el cliente

7.3. Diseño y desarrollo

7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo

7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo

7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo

7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo

7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo

7.3.6. Validación del diseño y desarrollo

7.3.7. Control de los cambios del diseño y desarrollo

7.4. Compras

7.4.1. Proceso de compras

7.4.2. Información de las compras

7.4.3. Verificación de los productos comprados

7.5. Producción y Prestación de los servicios

7.5.1. Control de la prestación de los servicios

7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios

7.5.3. Identificación y trazabilidad

7.5.4. Propiedad del cliente

7.5.5. Preservación del producto

7.6. Control de los equipos de seguimiento y de medición

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1. Generalidades

8.2. Seguimiento y medición

8.2.1. Satisfacción del cliente

8.2.2. Auditoría interna

8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos

8.2.4. Seguimiento y medición de los servicios

8.3. Control del servicio no conforme

8.4. Análisis de datos

8.5. Mejora

8.5.1. Mejora continua

8.5.2. Acción correctiva

8.5.3. Acción preventiva

ANEXO 16:

1.1 CUESTIONARIO PARA LA PROPUESTA DE MISIÓN, VISIÓN, POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD.



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

CUESTIONARIO PARA LA PROPUESTA DE MISIÓN, VISIÓN, POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD.



Objetivo: Conocer la opinión de las jefaturas del ISRI referente a la Misión, Visión y Política de Calidad del ISRI, a fin de unificar criterios identificados que contribuyan al diseño de las propuestas de Misión, Visión, Valores Institucionales, Política y Objetivos de Calidad.

Indicaciones: Lea detenidamente y conteste lo que se le pide a continuación, marcando con una “X” la opción con la que se identifica y brindándonos amablemente su opinión en las preguntas abiertas. De antemano Muchas Gracias!!

“Hacer de la calidad la única forma de hacer las cosas en El Salvador”

I. MISIÓN

1. De acuerdo a su criterio ¿Cuál es el propósito de existencia o la razón de ser de ISRI?

2. ¿Por qué es importante la existencia del ISRI?

- Rehabilitación de los discapacitados.
- Lograr la inserción de las personas discapacitadas a la vida social plena.
- Ayudar a las familias de escasos recursos con miembros del grupo familiar que poseen alguna discapacidad.
- Otros: _____

3. ¿Cómo trabaja el ISRI para lograr sus objetivos, es decir que hace el ISRI para ello?

4. ¿Hacia quienes va destinada su atención y sus servicios?

5. ¿Considera que los servicios y los programas de rehabilitación brindados actualmente por el ISRI son de calidad? ¿Por qué?

II. VISIÓN

6. ¿Quiénes son los usuarios del ISRI actualmente y quienes pueden llegar a ser en 5 años?

- Actualmente: _____
- 5 años: _____

7. ¿Considera usted que en el ISRI todos los procesos se desarrollan bajo un sistema de calidad establecido?

8. Si todos los procesos y servicios se desarrollaran de forma óptima y con calidad en el ISRI, ¿Cómo sería reconocido el ISRI a 5 años?

- Institución reconocida a nivel nacional
- Institución reconocida a nivel Regional e internacional
- No cambiaría nada
- Otros. _____

9. A su consideración, ¿Qué aspectos de los servicios brindados por el ISRI deberían tener un mayor impacto o satisfacción a los usuarios?

“En la mayoría de organizaciones del mundo, los clientes son por quienes estas existen, y por ende la importancia de la satisfacción en ellos”

10. ¿Podría mencionar algunas debilidades que a su consideración posee la institución y por la cuales debería de trabajar?

11. ¿Quiénes son nuestros principales competidores y cuáles son las sus ventajas?

12. ¿Cuáles son los logros que puede asignarse al ISRI?

III. VALORES INSTITUCIONALES, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

13. En base a su criterio y conocimiento, ¿Cuáles son los valores morales que deben ser parte de los valores Institucionales del ISRI?

14. ¿Qué objetivos busca lograr el ISRI?

- Lograr la rehabilitación de las personas discapacitadas
- Desarrollar y mejorar el nivel de conocimiento técnico del personal
- Disponer de los recursos necesarios para brindar los servicios en el tiempo adecuado
- Otros _____

15. ¿Según su criterio, mencione las cualidades que debe tener el personal del ISRI para lograr la satisfacción de los clientes internos y externos?

- Amabilidad
- Espíritu de servicio
- Puntualidad en la prestación de los servicios
- Capacidad para sus funciones
- Confiable

- Todas las anteriores
- Otro: _____

16. ¿Considera que el ISRI como institución pública que busca la calidad en sus servicios debe de poseer una política de la calidad que le permita direccionar sus actividades?

- SI
- NO

¿Por qué? _____

17. ¿Qué elementos cree que debe de considerar el ISRI para la definición de la política de la calidad? Marque como máximo 5 elementos.

- Satisfacción de los clientes
- Servicios competitivos en calidad
- Atención y Reducción a las quejas de los usuarios
- Responder a las necesidades de los clientes
- Institución Líder e innovadora
- Expandir el área de cobertura de atención
- Ambiente de trabajo agradable
- Mantener una comunicación abierta con los clientes
- Trabajo en Equipo
- Atención Integral
- Otros _____

¡FIN DE LA ENCUESTA! MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!!!

1.2 Análisis de resultados de la Gestión Estratégica de la Calidad

El análisis se realiza considerando las respuestas de los panelistas, primero se realiza un análisis de los resultados obtenidos en la primera ronda de encuestas y se realiza la tabla resumen de respuestas con el objetivo de lograr una mayor unificación de las opiniones de los expertos, estos resultados son presentados a cada uno de los panelistas con el objetivo de reafirmar sus opiniones o considerar nuevas, lo cual corresponde a la segunda ronda de la metodología. Con la información resultante de dicho proceso se presentan los resultados para cada una de las preguntas del cuestionario.

Es importante mencionar que el análisis se realiza en base a cada pregunta la cual, en caso de ser una pregunta abierta, se consideran las diferentes ideas presentadas, denominados elementos, los cuales se listan y son ubicados en la columna correspondiente a **Elementos obtenidos en las respuestas**, luego se identifica la frecuencia correspondiente a dicho elemento, finalmente considerando la frecuencia del elemento se realiza una unificación considerando los elementos con mayor frecuencia.

Tabla de Resultados obtenidos de la Gestión Estratégica de la Calidad.

ELEMENTOS OBTENIDOS EN LAS RESPUESTAS	FRECUENCIA	UNIFICACIÓN DE ELEMENTOS
PREGUNTA 1 De acuerdo a su criterio ¿Cuál es el propósito de existencia o la razón de ser de ISRI?		
Brindar servicios especializados de rehabilitación	3	La razón de ser del ISRI es brindar servicios especializados de rehabilitación de forma integral con calidad y calidez a personas con discapacidad.
Brindar rehabilitación a personas discapacitados	3	
Brindar servicios con calidad y calidez a la población con discapacidad	3	
Rehabilitación integral a personas con discapacidad	2	
Total:	11	
PREGUNTA 2 ¿Por qué es importante la existencia del ISRI?		
<input type="checkbox"/> Rehabilitación de los discapacitados.	3	La existencia del ISRI es importante porque permite satisfacer el derecho a la salud que todas las personas tenemos y en especial las personas discapacitadas, al brindar rehabilitación y lograr su inserción a la vida social plena, ayudando a las familias de escasos recursos.
<input type="checkbox"/> Lograr la inserción de las personas discapacitadas a la vida social plena.	5	
<input type="checkbox"/> Ayudar a las familias de escasos recursos con miembros del grupo familiar que poseen alguna discapacidad.	2	
<input type="checkbox"/> Otros: Es un derecho de toda persona recibir atención medica en especial con discapacidad	1	
Total:	11	
PREGUNTA 3 ¿Cómo trabaja el ISRI para lograr sus objetivos, es decir que hace el ISRI para ello?		
Planifica, organiza y brinda servicios de rehabilitación	4	El ISRI planifica, organiza y brinda servicios de rehabilitación, Generando vínculos y coordinaciones interinstitucionales para potenciar la inclusión de las personas con discapacidad. Para lograrlo realiza Planes de trabajo de forma integral para los servicios de rehabilitación.
Genera vínculos y coordinaciones interinstitucionales para potenciar la inclusión de las personas con discapacidad.	3	
Planes de trabajo de forma integral para lograr los objetivos orientados a la rehabilitación de los discapacitados.	4	
Total:	11	
PREGUNTA 4 ¿Hacia quienes va destinada su atención y sus servicios?		
Población con discapacidad y en riesgo de discapacidad.	3	El ISRI brinda atención a la población con discapacidad y en riesgo de discapacidad de forma integral con sus familias y en especial a la población con bajos recursos económicos.
Personas con discapacidad con bajos recursos económicos.	3	
Personas con discapacidad y sus familias	3	
Personas con discapacidad	2	
Total:	11	
PREGUNTA 5 ¿Considera que los servicios y los programas de rehabilitación brindados actualmente por el ISRI son de calidad? ¿Por qué?		
Si, en las áreas técnicas de atención	3	El ISRI trabaja por lograr la calidad en los servicios de rehabilitación que brinda al potenciar las áreas técnicas, planificando sus recursos para obtener el máximo desempeño de este. Logrando así brindar servicios de calidad de forma gratuita.
Si, en especial al considerar la política de gratuidad	2	
No, se esta trabajando en ello	2	
Parcialmente, Por que esta ligado a los recursos con los que dispone el ISRI	4	
Total:	11	
PREGUNTA 6 ¿Quiénes son los usuarios del ISRI actualmente y quienes pueden llegar a ser en 5 años?		
· Actualmente		Actualmente los usuarios del ISRI son

Los que pueden acceder a los servicios: Por conocimiento del ISRI, ubicación geográfica, capacidad económica para traslado.	3	todas las personas con discapacidad que conocen de los servicios que brinda la institución y se encuentran dentro del alcance del área geográfica del ISRI.
Personas con discapacidad	8	
Total:	11	
5 años		En 5 años la población del ISRI se espera que sea toda persona con discapacidad que necesita de los servicios independientemente de su ubicación geográfica y su capacidad económica.
Los que necesitan los servicios y actualmente no pueden acceder por no conocer del ISRI, ubicación geográfica, capacidad económica para traslado.	4	
Población con discapacidad que geográficamente no logran la cobertura actual del ISRI, ello con los CCR	7	
Total:	11	
PREGUNTA 7 ¿Considera usted que en el ISRI todos los procesos se desarrollan bajo un sistema de calidad establecido?		
Si, en el área técnica al lograr un nivel de satisfacción aceptable por parte de los usuarios	1	El ISRI no trabaja bajo un Sistema de Calidad establecido, mas sin embargo tiene definidos lineamientos orientados a la calidad, los cuales contribuyen a la lograr un nivel de satisfacción aceptable por parte de los usuarios en las áreas técnicas de atención.
No, pero si bajo lineamientos orientados a la calidad.	5	
No, Se esta trabajando en desarrollar un sistema.	3	
No, Debería de trabajar en ello.	2	
Total:	11	
PREGUNTA 8 Si todos los procesos y servicios se desarrollaran de forma óptima y con calidad en el ISRI, ¿Cómo sería reconocido el ISRI a 5 años?		
<input type="checkbox"/> Institución reconocida a nivel nacional	5	El ISRI tiene como visión ser una institución reconocida a nivel nacional en el campo de la rehabilitación y a partir de su desempeño llegar a ser reconocida a nivel regional e internacional.
<input type="checkbox"/> Institución reconocida a nivel Regional e internacional	6	
<input type="checkbox"/> No cambiaría nada	0	
<input type="checkbox"/> Otros	0	
Total:	11	
PREGUNTA 9 A su consideración, ¿Qué aspectos de los servicios brindados por el ISRI deberían tener un mayor impacto o satisfacción a los usuarios?		
Los servicios médicos y de rehabilitación	3	El ISRI debe potenciar los servicios médicos y de rehabilitación que contribuyan a la inserción social y productiva de las personas discapacitadas, con el desarrollo de programas integrales que involucren a las familias en especial aquellas con escasos recursos económicos.
Lograr servicios Integrales con programas que beneficien a personas con escasos recursos	2	
Lograr servicios Integrales con programas que integren en el proceso de rehabilitación a la familia del usuario	2	
Lograr la inserción productiva del rehabilitado	4	
Total:	11	
PREGUNTA 10 ¿Podría mencionar algunas debilidades que a su consideración posee la institución y por la cuales debería de trabajar?		
Gran cantidad de normativa a seguir, (protocolos, guías, lineamientos, etc.)	1	El ISRI para lograr su visión debe de potenciar los bajos grados de inserción laboral que posee, establecer una definición de los procesos y en especial de aquellos que contribuyen al monitoreo y mejora de los procesos relacionados a la
Bajos resultados de inserción productiva de los discapacitados.	3	
Bajo presupuesto que limita los recursos financieros, infraestructura y humano.	5	

Ausencia de definición de procesos que contribuyan al monitoreo y mejora de los procesos relacionados a la atención de servicios de rehabilitación.	2	atención de servicios de rehabilitación. Trabajando en la optimización de sus recursos, los cuales pueden afectar el avance a la calidad de los servicios.
Total:	11	
PREGUNTA 11 ¿Quiénes son nuestros principales competidores y cuáles son las sus ventajas?		
FUNTER	9	FUNTER resulta el mayor competidor del ISRI por su ventaja en la publicidad que logra en los medios de comunicación, el apoyo de la empresa privada y su capacidad económica, sin embargo es importante mencionar que el ISRI a nivel de especialidades de discapacidad que cubre, resulta único y por su alcance a la población a partir de su política de gratuidad.
Publicidad y recursos económicos que logran conseguir.	5	
Capacidad económica y asesoría técnica en base a experiencias de otros países en área de rehabilitación.	2	
Apoyo de la empresa privada	2	
NO EXISTE	2	
Únicos por la nuestra visión y misión y la gratuidad y cobertura de especialidades de rehabilitación.	2	
Total:	11	
PREGUNTA 12 ¿Cuáles son los logros que puede asignarse al ISRI?		
Expansión y descentralización de los servicios con CCR	7	El ISRI en su búsqueda de la excelencia ha logrado mejorar sus servicios de rehabilitación a partir del Apoyo a la gestión técnica y administrativa por parte de las autoridades: Gerencias, Presidencia y JD con la Mejora en infraestructura y adquisición de equipo técnico, Expansión y descentralización de los servicios con CCR y considerando su política de gratuidad, todo a partir del enfoque del Servicio Publico con calidad y calidez.
Mejora en infraestructura y adquisición de equipo técnico	8	
Cambio de enfoque del Servicio Publico: calidad y calidez	5	
Política de Gratuidad	4	
Apoyo a la gestión técnica y administrativa del ISRI por autoridades: Gerencias, Presidencia y JD	6	
Total:	30	
PREGUNTA 13 En base a su criterio y conocimiento, Mencione: ¿Cuáles son los valores morales que deben ser parte de los valores Institucionales del ISRI?		
Honestidad	3	<input type="checkbox"/> Espíritu De Servicio <input type="checkbox"/> Liderazgo <input type="checkbox"/> Responsabilidad
Espíritu De Servicio	9	
Integridad	2	
Liderazgo	5	
Respeto	4	
Responsabilidad	7	
Trabajo En Equipo	3	
Total:	33	
PREGUNTA 14 ¿Qué objetivos busca lograr el ISRI?		
<input type="checkbox"/> Lograr la rehabilitación de las personas discapacitadas	11	<input type="checkbox"/> Lograr la rehabilitación de las personas discapacitadas
<input type="checkbox"/> Desarrollar y mejorar el nivel de conocimiento técnico del personal	6	<input type="checkbox"/> Desarrollar y mejorar el nivel de conocimiento técnico del personal
<input type="checkbox"/> Disponer de los recursos necesarios para brindar los servicios en el tiempo adecuado	7	<input type="checkbox"/> Disponer de los recursos necesarios para brindar los servicios en el tiempo adecuado
<input type="checkbox"/> Otros: Brindar servicios de calidad y no cantidad	3	<input type="checkbox"/> Otros: Brindar servicios de calidad y no cantidad
Total:	27	

PREGUNTA 15 ¿Según su criterio, mencione las cualidades que debe tener el personal del ISRI para lograr la satisfacción de los clientes internos y externos?		
<input type="checkbox"/> Amabilidad	0	Todas las anteriores:
<input type="checkbox"/> Espíritu de servicio	0	<input type="checkbox"/> Amabilidad
<input type="checkbox"/> Puntualidad en la prestación de los servicios	0	<input type="checkbox"/> Espíritu de servicio
<input type="checkbox"/> Capacidad para sus funciones	0	<input type="checkbox"/> Puntualidad en la prestación de los servicios
<input type="checkbox"/> Confiable	0	<input type="checkbox"/> Capacidad para sus funciones
<input type="checkbox"/> Todas las anteriores	11	<input type="checkbox"/> Confiable
<input type="checkbox"/> Otro	0	
Total:	11	
PREGUNTA 16 ¿Considera que el ISRI como institución pública que busca la calidad en sus servicios debe de poseer una política de la calidad que le permita direccionar sus actividades?		
<input type="checkbox"/> SI	11	El ISRI como parte de su planificación debe de considerar una política de calidad que le permita Unificar criterios de las unidades para un mejor desempeño, que le sirva como guía para realizar las actividades, logrando la Mejora continua en la Institución y orientado los objetivos a la calidad en los servicios.
<input type="checkbox"/> NO	0	
¿Por qué?		
Unificar criterios de las unidades para un mejor desempeño del ISRI	4	
Mejora continua en la Institución	2	
Permite enfocar los objetivos a la calidad en los servicios	3	
Establece la guía de como hacer las cosas. Orientación	1	
Contribuye a la cultura de Servicio	1	
Total:	11	
PREGUNTA 17 ¿Qué elementos cree que debe de considerar el ISRI para la definición de la política de la calidad? Marque como máximo 5 elementos.		
<input type="checkbox"/> Satisfacción de los clientes	7	<input type="checkbox"/> Satisfacción de los clientes
<input type="checkbox"/> Servicios competitivos en calidad	4	<input type="checkbox"/> Servicios competitivos en calidad
<input type="checkbox"/> Atención y Reducción a las quejas de los clientes	5	<input type="checkbox"/> Atención y Reducción a las quejas de los clientes
<input type="checkbox"/> Responder a las necesidades de los usuarios	6	<input type="checkbox"/> Responder a las necesidades de los clientes
<input type="checkbox"/> Institución líder e innovadora	8	<input type="checkbox"/> Institución líder e innovadora
<input type="checkbox"/> Expandir el área de cobertura de atención	7	<input type="checkbox"/> Expandir el área de cobertura de atención
<input type="checkbox"/> Ambiente de trabajo agradable	4	<input type="checkbox"/> Ambiente de trabajo agradable
<input type="checkbox"/> Mantener una comunicación abierta con los usuarios	2	<input type="checkbox"/> Mantener una comunicación abierta con los usuarios
<input type="checkbox"/> Trabajo en Equipo	4	<input type="checkbox"/> Trabajo en Equipo
<input type="checkbox"/> Atención Integral	5	<input type="checkbox"/> Atención Integral
<input type="checkbox"/> Otros	0	
Total:	52	

ANEXO 17: Objetivos de Calidad del ISRI.

1. *Elevar el nivel de satisfacción de los usuarios del ISRI a un 85% en Consulta Externa, un 80% en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y un 60% en la Unidad de Ortopedia Técnica, a partir de la planificación, supervisión y control de los servicios de rehabilitación brindados en el Centro del Aparato Locomotor (CAL).*

Para considerar el porcentaje de satisfacción que se desea obtener es necesario conocer el porcentaje actual de satisfacción que califica al Centro del Aparato Locomotor, para ello se presentan los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción realizadas en año 2011 en CAL:

Tabla del Nivel de Satisfacción de Usuarios
Fuente: Estudio de Investigación del CAL 2011

CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)				
Unidades	Excelente	Bueno	Regular	Total
CONSULTA EXTERNA	70%	24%	6%	100%
ULAM	65%	23%	12%	100%
UOT	20%	20%	60%	100%
PROMEDIO	52%	22%	26%	100%

CONSULTA EXTERNA				
ÁREAS	Excelente	Bueno	Regular	Total
Servicios Médicos	75%	22%	3%	100%
Apoyo	59%	35%	6%	100%
Servicios de Rehabilitación (Terapias)	77%	14%	9%	100%
PROMEDIO	70%	24%	6%	100%

2. *Ampliar la cobertura de atención del Centro del Aparato Locomotor en un 5%, a partir de la expansión de cobertura geográfica de los servicios de rehabilitación en la zona occidental y oriental del país.*

Para la determinación del porcentaje de cobertura de atención que se espera ascender en el CAL, se considera la capacidad de atención del Centro además de los resultados de la cantidad de personas atendidas por primera vez en el CAL por departamento para el año 2011 en base al Sistema Epidemiológico del ISRI y la cantidad de personas con discapacidad en el país por departamento, en base al Censo de población y vivienda 2007. Dichas estadísticas nos permiten identificar la distribución de las personas con facultades especiales y en base a ello establecer en que zona y cantidad se pretende aumentar.

Tabla del Rendimiento anual del Centro del Aparato Locomotor.

Fuente: Sistema de Control de la Gestión del ISRI

	Programadas/año	Realizadas/año
ATENCIONES	124664	105942
Capacidad de Atenciones:	(Programadas/año)/(Realizadas/año)	
Capacidad de Atenciones:	85%	

Tabla de Población que demanda los servicios en el CAL, comprende todo el país entre enero 2011 a diciembre 2011.

Fuente: Sistema Epidemiológico del ISRI.

DEPARTAMENTO	USUARIOS	PORCENTAJE
ZONA OCCIDENTAL	40	2.06%
Ahuachapán	15	0.77%
Sonsonate	14	0.72%
Santa Ana	11	0.57%
ZONA CENTRAL	1863	95.83%
Cabañas	14	0.72%
Chalatenango	27	1.39%
Cuscatlán	31	1.59%
La Libertad	129	6.64%
La Paz	101	5.20%
San Salvador	1548	79.63%
San Vicente	13	0.67%
ZONA ORIENTAL	35	1.80%
Morazán	4	0.21%
San Miguel	6	0.31%
Usulután	17	0.87%
La Unión	8	0.41%
OTROS	6	0.31%
Honduras	6	0.31%
TOTAL	1944	100.00%

Tabla de Personas con discapacidad en El Salvador

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos: Censo de Población y Vivienda 2007

CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2007		
PERSONAS CON LIMITACIONES		
Departamento	Personas	Porcentaje
ZONA OCCIDENTAL	47151	20.04%
Ahuachapán	11224	4.77%
Sonsonate	14828	6.30%
Santa Ana	21099	8.97%
ZONA CENTRAL	128754	54.72%
Cabañas	5871	2.50%
Chalatenango	10009	4.25%
Cuscatlán	9217	3.92%
La Libertad	21931	9.32%
La Paz	13876	5.90%
San Salvador	61061	25.95%
San Vicente	6789	2.89%
ZONA ORIENTAL	59397	25.24%
Morazán	10070	4.28%
San Miguel	21756	9.25%
Usulután	16555	7.04%
La Unión	11016	4.68%
TOTAL:	235302	100.00%

ANEXO 18: Valores para los Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

1. Valores para el Indicador de Eficiencia, Cumplimiento de la Producción y Cumplimiento de Atenciones

Los valores presentados a continuación corresponden a los tiempos establecidos y los tiempos máximos para realizar los procesos del Sistema de Gestión Calidad del ISRI así como la cantidad programada a realizar y la cantidad real realizada de la producción de productos y atenciones brindadas. Dichos valores se han considerado del Portafolio de Servicios del ISRI y de las consideraciones establecidas por los responsables del procedimiento con la supervisión del jefe de la unidad correspondiente y la observación del equipo de diseño del Sistema de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional.

Tabla de Tiempos para realización de procedimientos y Cantidad de servicios y productos.

Fuente: Sistema de Control de la Gestión de los Centros de Atención

ADMINISTRACIÓN SUPERIOR

DEPARTAMENTO: AUDITORIA INTERNA						
Procedimientos	Tiempo Estándar (meses)	Tiempo Máximo a utilizar (meses)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Elaboración de Plan Anual de Trabajo	1	1.25	80%	x	x	x
Arqueo de fondos	2	2.8	71%	x	x	x
Elaboración de Exámenes Especiales	4	5.5	73%	x	x	x
Seguimiento a recomendaciones de exámenes especiales	2	2.5	80%	x	x	x

DEPARTAMENTO: ASESORIA JURIDICA						
Procedimientos	Tiempo Estándar (días)	Tiempo Máximo a utilizar (días)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Asesorías	3	4	75%	x	x	x
Diligencias Extrajudiciales	x	x	x	x	x	x
Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios	x	x	x	x	x	x
Elaboración de Contratos	2	2.5	80%	x	x	x
Representación Judicial y Extrajudicial	x	x	x	x	x	x

DEPARTAMENTO: PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL						
Procedimientos	Tiempo Estándar	Tiempo Máximo a utilizar	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI	2 meses	3 meses	67%	x	x	x
Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo	x	x	x	x	x	x
Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros	4 hrs	5 hrs	80%	x	x	x

de atención						
Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED	4 hrs	5 hrs	80%	x	x	x
Supervisión de uso del sistema de Epidemiología	4 hrs	5 hrs	80%	x	x	x
Valoración de riesgos	3 días	4 días	75%	x	x	x
Elaboración del plan estratégico institucional	2 años	2.5 años	80%	x	x	x
Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión	7 meses	8 meses	88%			
Elaboración de Programas de Pre Inversión	1 año	1.25 años	80%	x	x	x
Seguimiento de Ejecución de Proyectos	x	x	x	x	x	x
Estudios de investigación	x	x	x	x	x	x
Revisión de normativa	x	x	x	x	x	x
Soporte técnico a equipo y redes	3 hrs	4 hrs	75%	x	x	x

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Reclutamiento y Selección de Personal	2	2.5	80%	x	x	x
Elaboración de acuerdos	0.33	0.5	66%	x	x	x
Capacitación del Recurso Humano	4	5	80%	x	x	x
Elaboración de planillas de Sueldos a empleados	120	128	94%	x	x	x
Sistema de incentivos por merito personal	24	32	75%	x	x	x

DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

Procedimientos	Tiempo Estándar (días)	Tiempo Máximo a utilizar (días)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
----------------	------------------------	---------------------------------	-------------------------	--	---	--

Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra	23	30	77%	x	x	x
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato	30	45	67%	x	x	x
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación	60	90	67%	x	x	x
Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa	60	90	67%	x	x	x

DEPARTAMENTO: UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

Procedimientos	Tiempo Estándar (días)	Tiempo Máximo a utilizar (días)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Formulación del Proyecto del Presupuesto	180	210	86%	x	x	x
Registro, control y pago de bienes y servicios	45	60	75%	x	x	x
Pagos de salarios al personal	20	22	91%	x	x	x
Registro de inventarios y donaciones	1	1.5	67%	x	x	x
Control y registros de convenios	15	20	75%	x	x	x
Seguimiento y ejecución Presupuestaria	x	x	x	x	x	x
Elaboración de modificación Presupuestaria	1.5	2	75%	x	x	x
Cierre contable Mensual	1	1.25	80%	x	x	x
Cierre contable Anual	22	24	92%	x	x	x

DEPARTAMENTO: COMUNICACIONES

Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Elaboración de material de difusión interna y externa	4	5	80%	x	x	x

DEPARTAMENTO: CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES						
Procedimientos	Tiempo Estándar (días)	Tiempo Máximo a utilizar (días)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir (año)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Conciliación de datos de activos fijos	30	40	75%	x	x	x
Verificación física de inventario a dependencias del ISRI	15	20	75%	x	x	x
Asignación de códigos de inventario	1	1.5	67%	x	x	x

DEPARTAMENTO: SERVICIOS GENERALES						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir (mes)	Cantidad de unidades mínimas a producir (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Sección de Transporte						
Transporte de Usuarios del ISRI	1.5	2	75%	200	180	90%
Mantenimiento de Vehículos	3	5	60%	x	x	x
Sección Vigilancia						
Seguridad y Vigilancia a la Institución	x	x	x	x	x	x
Sección Mantenimiento						
Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo	x	x	x	x	x	x
Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo	x	x	x	x	x	x

DEPARTAMENTO: ALMACÉN CENTRAL						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir (mes)	Cantidad de unidades mínimas a producir (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Ingreso de bienes al almacén central	0.83	1	83%	x	x	x

Egreso de bienes del almacén central	2	2.5	80%	x	x	x
--------------------------------------	---	-----	-----	---	---	---

CAL: CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir (mes)	Cantidad de unidades mínimas a producir (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Elaboración del Plan Anual de Trabajo	48	56	86%	x	x	x
Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación	16	20	80%	x	x	x
Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación	5	7	71%	x	x	x
Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	40	56	71%	x	x	x
Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación	8	10	80%	x	x	x

Administración del CAL						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir (mes)	Cantidad de unidades mínimas a producir (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Control de usuario del ISBM	32	40	80%	x	x	x
Control de usuarios del ISSS	16	20	80%	x	x	x
Control y seguimiento del inventario	1.5	2	75%	x	x	x
Ubicación de equipo	12	20	60%	x	x	x
Manejo de caja chica	12	16	75%	x	x	x
Control y seguimiento de presupuesto anual	x	x	x	x	x	x
Requisición de mantenimiento	6	8	75%	x	x	x
Solicitud a almacén	56	64	88%	x	x	x
Gestión de tardías y permisos de RRHH	2	2.5	80%	x	x	x
Control de tardías y permisos de RRHH	8	10	80%	x	x	x

Estadística y Documentos Médicos						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Registro de atenciones brindadas	2	2.5	80%	x	x	x
Control de gestión del CAL	3	4	75%	x	x	x
Control de asistencia	2	2.5	80%	x	x	x
Apertura de expediente	0.25	0.33	76%	x	x	x
Administración de expediente	4	5	80%	x	x	x

CONSULTA EXTERNA						
Observación: en los procedimientos en los cuales el valor mínimo de cumplimiento de la producción calculado sobrepasa el 100%, se considerara según las recomendaciones del Jefe de planificación del ISRI, como valor Mínimo el 90%, pues se identifica la capacidad para cumplir las metas establecidas.						
Servicios Médicos						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de atenciones planificadas a realizar (mes)	Cantidad de atenciones mínimas a realizar (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Atención de servicios médicos especializados	0.25	0.33	76%	1,451	930	64%

Psicología						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir (mes)	Cantidad de unidades mínimas a producir (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Psicología Consulta Externa						
Atenciones Individuales	1	1.25	80%	97	86	89%
Atenciones Grupales	1	1.25	80%	24	23	96%
Psicología ULAM						
Atenciones Individuales	1	1.25	80%	97	86	89%
Atenciones Grupales	1	1.25	80%	24	23	96%

Trabajo Social						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de atenciones planificadas a realizar (mes)	Cantidad de atenciones mínimas a realizar (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Visitas de campo	4	5	80%	9	9	100%
Charlas del ISRI	1	1.5	67%	6	6	100%
Contacto inicial	0.25	0.33	76%	x	x	x
Evaluación de casos	0.5	0.67	75%	3	3	100%

Imagenología						
Procedimientos	Tiempo Estándar (min)	Tiempo Máximo a utilizar (min)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de atenciones planificadas a realizar (mes)	Cantidad de atenciones mínimas a realizar (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Toma de radiografía	15	20	75%	272	322	118%

Servicios de Rehabilitación						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de atenciones planificadas a realizar (mes)	Cantidad de atenciones mínimas a realizar (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de Atenciones (%)
Ingreso	0.33	0.41	80%	x	x	x
Atención	0.5	0.67	75%	7417	6470	87%
Egreso	0.5	0.67	75%	x	x	x
Control de metas	18	24	75%	x	x	x
Control de Expediente	2	2.5	80%	x	x	x
Remisión de usuario	1.5	2	75%	x	x	x

Procedimientos de la ULAM: UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MUSCOESQUELETICAS						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de atenciones planificadas a realizar (mes)	Cantidad de atenciones mínimas a realizar (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Ingreso y atención en la ULAM	2	2.5	80%	988	872	88%
Egreso de la ULAM	0.41	0.5	82%	x	x	x

Gestión de transporte programado	de	0.25	0.33	76%	x	x	x
Gestión de transporte no programado	de	0.25	0.33	76%	x	x	x
Gestión de alimentación y dieta	de	0.33	0.41	80%	x	x	x
Gestión de medicamentos	de	0.33	0.41	80%	x	x	x
Gestión de insumos	de	0.67	0.83	81%	x	x	x

Procedimientos de la UOT: UNIDAD DE ORTOPEdia TÉCNICA						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir (mes)	Cantidad de unidades mínimas a producir (mes)	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Gestión de ortésis y/o prótesis	0.33	0.5	66%	x	x	x
Elaboración de ortésis y prótesis	x	x	x	121	205	169%
Reparación de ortésis y prótesis	2	2.5	80%	x	x	x
Elaboración de sillas de rueda de madera	32	34	94%	4	4	100%
Elaboración de calzado ortopédico	13	15	87%	22	13	59%
Elaboración de componentes	x	x	x	17	20	118%
Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico	0.33	0.41	80%	x	x	x
Control estadístico de la producción	0.25	0.33	76%	x	x	x

PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD DEL SISTEMA						
Comité de calidad						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Control de los Documentos	x	x	x	x	x	x

Control de los registros	0.25	0.33	76%	x	x	x
Auditoria del Sistema de gestión de Calidad	x	x	x	x	x	x
CAL y Comité de Calidad						
Procedimientos	Tiempo Estándar (hrs)	Tiempo Máximo a utilizar (hrs)	Valor Mínimo Eficiencia	Cantidad de unidades planificadas a producir	Cantidad de unidades mínimas a producir	Valor Mínimo Cumplimiento de la producción (%)
Acciones preventivas	x	x	x	x	x	x
Acciones correctivas	x	x	x	x	x	x
Control de servicio no conforme	x	x	x	x	x	x
Control y revisión de los instrumentos de medición	4	5	80%	x	x	x
Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación	8	10	80%	x	x	x
Medición de la satisfacción de los usuarios	6	8	75%	x	x	x

2. Valores para el Indicador de Cumplimiento de la Producción

Los valores presentados a continuación corresponden a los registros del Sistema de Control de la Gestión del ISRI para la Unidad de Ortopedia Técnica del Centro del Aparato Locomotor. Correspondientes a la cantidad de productos fabricados en las áreas de la unidad.

Tabla de Cantidad de productos planificado y elaborados en año 2011 en la UOT.

Fuente: Sistema de Control de la Gestión de los Centros de Atención

UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA					
Producto	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes	
Ayudas Técnicas	1453	2456	121	205	
Calzado	265	151	22	13	
Componentes	208	239	17	20	
Sillas Especiales	44	53	4	4	
Total Anual	1970	2899	164	242	

3. Valores para el Indicador de Cumplimiento de Atenciones

Los valores presentados a continuación corresponden a los registros del Sistema de Control de la Gestión del ISRI para el Centro del Aparato Locomotor. Correspondientes a la cantidad de atenciones para cada una de las áreas del Centro.

Tabla de Cantidad de atenciones planificadas y elaboradas en año 2011 en el CAL.

Fuente: Sistema de Control de la Gestión de los Centros de Atención

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN				
Área: Educación Física Adaptada				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Educación física adaptada	5490	4655	458	388
Evaluación EFA	225	202	19	17
Total del Área	5715	4857	476	405
Área: Terapia de Lenguaje				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Neurología	4368	3379	364	282
Total del Área	4368	3379	364	282
Área: Terapia Física				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Electroterapia	18780	18273	1565	1523
Mecanoterapia	8876	9331	740	778
Musculo Esquelética	1080	1045	90	87
Musculo Esquelética	16511	12697	1376	1058
Neurología	1104	1269	92	106
Neurología	16470	13564	1373	1130
Piscina terapéutica	2720	2170	227	181
Reumatología	6736	5462	561	455
ULAM	1760	1882	147	157
ULAM	5905	5085	492	424
Total del Área	79942	70778	6662	5898
Área: Terapia Ocupacional				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Musculo Esquelética	2192	2048	183	171
Neurología	3548	2836	296	236
Neurología	552	364	46	30
Reumatología	352	350	29	29
ULAM	225	246	19	21
ULAM	3970	3250	331	271
Total del Área	10839	9094	903	758
Total del servicio	100864	88108	8405	7342

SERVICIOS DE APOYO				
Área: Psicología				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Psicología	2331	2049	194	171
Psicoterapia	576	544	48	45
Total del Área	2907	2593	242	216
Área: Radiología				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Radiología	3262	3865	272	322
Total del Área	3262	3865	272	322
Área: Trabajo Social				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Charlas Educativas	72	69	6	6
Evaluación de casos	36	40	3	3
Visitas de campo	108	105	9	9
Total del Área	216	214	18	18
Total del servicio	6385	6672	532	556
SERVICIOS MÉDICOS				
Área: Medicina de Especialidad				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Evaluación de discapacidad	267	416	22	35
Fisiatra	3296	3519	275	293
Medicina familiar	808	1204	67	100
Neurocirugía	1792	633	149	53
Neurología Adulto	3448	1346	287	112
Ortopedia	5144	1786	429	149
Uro dinamia	92	13	8	1
Urología	1152	935	96	78
Total del Área	15999	9852	1333	821
Área: Medicina General				
Especialidad	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Medicina General	1416	1310	118	109
Total del Área	1416	1310	118	109
Total del Servicio	17415	11162	1451	930
Total Anual	124664	105942	10389	8829
Total anual ULAM	11860	10463	988	872
Total anual Consulta Externa	112804	95479	9400	7957
Total Anual	124664	105942	10389	8829

Tabla de Cantidad de atenciones planificadas y elaboradas en año 2011 en la ULAM.

Fuente: Sistema de Control de la Gestión de los Centros de Atención

ENFERMERÍA (Atenciones ULAM)				
Servicio	Programadas/año	Realizadas/año	Programadas/mes	Realizadas/mes
Número de Camas	9240	8032	770	669
Número de consultorios	976	966	81	81
Total Anual	10216	8998	851	750

5. Valores para el Indicador de Productos Defectuosos

Los valores presentados a continuación corresponden a los registros del Sistema de Control de la producción de la Unidad de Ortopedia Técnica del Centro del Aparato Locomotor. Correspondientes a la cantidad de productos fabricados en las áreas de la unidad y la cantidad de productos defectuosos.

Tabla de Cantidad de productos Defectuosos elaborados en año 2011 en la UOT.

Fuente: Sistema de Control de la Producción del UOT

UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA			
Producto	Realizadas/año	Defectuosos/año	% Defectuosos
Ayudas Técnicas	2456	43	1.75%
Calzado	151	2	1.32%
Componentes	239	7	2.93%
Sillas Especiales	53	0	0.00%
Total Anual	2899	52	1.79%

6. Valores para el Indicador de Producto No Conforme

Los valores presentados a continuación corresponden a los registros del Sistema de Control de la Gestión del ISRI para la Unidad de Ortopedia Técnica del Centro del Aparato Locomotor. Correspondientes a la cantidad de productos fabricados en las áreas de la unidad y los registros de las reparaciones que se realizan a los productos para adaptarlos a las conformidades de los usuarios.

Tabla de Cantidad de productos No Conforme elaborados en año 2011 en la UOT.

Fuente: Sistema de Control de la Producción del UOT

UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA			
Producto	Realizadas/año	No conforme/año	% Defectuosos
Ayudas Técnicas	2456	105	4.28%
Calzado	151	4	2.65%
Componentes	239	13	5.44%
Sillas Especiales	53	0	0.00%
Total Anual	2899	122	4.21%

7. Valores para el Indicador de Número de Quejas

Los valores presentados a continuación corresponden a los registros de la Dirección del Centro del Aparato Locomotor referente a la opinión de los usuarios recolectada en el Buzón de Sugerencias, la Ventana del Director y Quejas recibidas por los usuarios del CAL, las cuales son archivadas por año. Los registros que se presentan a continuación corresponden al año 2011. Además se hace referencia la cantidad total de atenciones brindadas en el 2011 por el Centro, datos que se presentan en los Valores para el Indicador Cumplimiento de Atenciones.

Tabla de Cantidad de quejas registradas en el año 2011 en el CAL.

Fuente: Registro de quejas del CAL

Tipo de Queja	Cantidad												TOTAL
	Enero	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sep	Oct	Nov	Dic	
Verbal	2	1	1	3	2	4	3	2	2	1	1	2	24
Escrita	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	13
TOTAL:	3	2	2	4	4	5	4	3	3	2	2	3	37

8. Valores para el Indicador de Satisfacción del Cliente

Para conocer los valores obtenidos de las encuestas de satisfacción realizadas en año 2011 y la base para la determinación del Rango Permissible se presentan a continuación los resultados por unidad del CAL:

Tabla del Nivel de satisfacción de los Usuarios de la CAL.

Fuente: Encuesta de Satisfacción realizada en el año 2011

CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)				
Unidades	Excelente	Bueno	Regular	Total
CONSULTA EXTERNA	70%	24%	6%	100%
ULAM	65%	23%	12%	100%
UOT	20%	20%	60%	100%

CONSULTA EXTERNA				
ÁREAS	Excelente	Bueno	Regular	Total
Servicios Médicos	75%	22%	3%	100%
Apoyo	59%	35%	6%	100%
Servicios de Rehabilitación (Terapias)	77%	14%	9%	100%
PROMEDIO	70%	24%	6%	100%

La UOT:

El 60% de la población califica como regular el nivel de satisfacción logrado esto debido al largo periodo de tiempo de espera para recibir su producto (ayudas ortopédicas, sillas, calzado), mientras que el 20% lo considera como bueno y el otro 20% lo considera como excelente.

ANEXO 19: PLAN DE ACCIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD DEL ISRI.

Instituciones de referencia para asistencia al Centro del Aparato Locomotor:

Tabla de Referencias al CAL
Fuente: Sistema Epidemiológico del ISRI.

Instituciones	Usuarios	Porcentaje
No referido	870	44.75%
Hospital MISPAS	390	20.06%
Unidad de Salud	189	9.72%
Medico Particular	137	7.05%
Bienestar Magisterial	97	4.99%
ISRI	93	4.78%
ISSS	69	3.55%
Clínica	53	2.73%
Otra entidad Externa	34	1.75%
Hospital Privado	5	0.26%
Organizaciones comunales	4	0.21%
ISNA	2	0.10%
Hospital Militar (FA o FP)	1	0.05%
TOTAL	1944	100.00%

ANEXO 20: REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Para los procedimientos: DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN y REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.

La norma ISO 9001:2008 en el numeral 7.2.1 *Determinación de los requisitos relacionados al producto*, especifica la determinación de los requisitos de los servicios de rehabilitación.

Para determinar los requisitos de los servicios de rehabilitación es necesario determinar:

- Los requisitos específicos por el cliente
- Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado de los servicios en considerados por la organización.

La determinación de los requisitos de los servicios es la base para la realización de los servicios de rehabilitación brindados por el Centro del Aparato Locomotor. A continuación se presentan los diferentes requisitos:

REQUISITOS ADMINISTRATIVOS:

- Referencia para casos de manejo bajo internamiento (ULAM)
- Referencia o no en casos de manejo ambulatorio
- Niños: Parida de Nacimiento
- Adultos: Documento Único de Identidad (DUI)

- Contacto en caso de emergencia: Persona Responsable
- Propio del centro: Acompañante, Familiar a cargo y Ropa o accesorios en caso de Internamiento.

REQUISITOS TÉCNICOS: ATENCIÓN AMBULATORIA EN LA CONSULTA EXTERNA

- Edad de atención: De 18 años en adelante
- Situación: Persona con Discapacidad
- Condición: Clínicamente estable
- Discapacidad: Neuromusculoesquelética (física y/o lenguaje)

REQUISITOS TÉCNICOS: ATENCIÓN DE INTERNAMIENTO DEN LA ULAM

- Edad de Atención: De 5 años en adelante (solo excepciones)
- Lugar de Procedencia del Usuario: Predominantemente domicilio alejado o poco accesible
- Situación: Persona con discapacidad reciente (según criterio fisiátrico)
- Condición:
 - Estabilidad clínica (Hemodinámica, metabólica, electrolítica y psicológica)
 - Piel sana, sin traqueotomía o gastrostomía.
- Discapacidad: Neuromusculoesquelética (física y/o lenguaje)

En base a los Requisitos establecidos de los servicios de rehabilitación, se presenta los criterios a considerar en las fases principales del proceso para la atención en el Centro del Aparato Locomotor.

Criterios menores: Captación de Usuarios Potenciales (Contacto Inicial)

- Edad mayor de 18 años
- Persona con discapacidad física y/o de lenguaje
- Oferta de servicios del Centro Pertinente al caso

Criterios intermedios: Evaluación de Usuarios Potenciales

- Discapacidad física que amerite rehabilitación
- Intervención de rehabilitación
- Existencia de programa o modalidad terapéutica que amerite y exista en el centro
- Prontitud con que requiere la evaluación

Criterios mayores: Evaluación Especializada de Usuarios

- Causa o mecanismo de discapacidad
- Tiempo de evolución de la discapacidad
- Severidad de la discapacidad
- Prontitud con que requiere la intervención

Con los requisitos establecidos y los criterio para la atención es posible la realización del servicio acorde a la población meta que se tiene como Centro.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL



**“SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA
NORMA ISO 9001:2008 PARA EL INSTITUTO
SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI)”**

TOMO II

PRESENTADO POR:

ELISA ALEJANDRINA AVALOS TURCIOS

KAREN GUISELA MANZANO RAUDA

NORMAN ALFONSO TUTILA RIOS

PARA OPTAR AL TITULO DE:

INGENIERO INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL DE 2012

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR :

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

SECRETARIA GENERAL :

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA

DECANO :

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO :

ING. JULIO ALBERTO PORTILLO

ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

DIRECTOR :

ING. ROBERTO MANUEL MONTEJO SANTOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Título :

**“SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA
NORMA ISO 9001:2008 PARA EL INSTITUTO
SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
(ISRI)”**

Presentado por :

**ELISA ALEJANDRINA AVALOS TURCIOS
KAREN GUISELA MANZANO RAUDA
NORMAN ALFONSO TUTILA RIOS**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docentes Directores :

**ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA
INGRA. JEANNETTE ELIZABETH SÁNCHEZ DE POCASANGRE**

San Salvador, Abril de 2012

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docentes Directores :

ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA

INGRA. JEANNETTE ELIZABETH SÁNCHEZ DE POCASANGRE

TOMO II:

***DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI***

CONTENIDO

El Tomo II del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) comprende la documentación del Sistema.

A continuación se presentan los documentos del Sistema y su correspondiente descripción:

DOCUMENTO:	DESCRIPCIÓN:
1. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA	Guía que normaliza la forma como se elaboran los documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del ISRI. Las instrucciones que se describen en esta guía cubren todos los documentos internos que se generan dentro de cada unidad del ISRI que sean requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad y todos aquellos documentos necesarios para asegurar la eficaz gestión de los procesos.
2. GUÍA DE INDICADORES	Guía que presenta la descripción de los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, tiene como propósito establecer los criterios para el seguimiento, medición y análisis de los procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI. Esta Guía busca contribuir en el aseguramiento de la calidad de los servicios brindados, a partir de la medición de los indicadores de Gestión.
3. MANUAL DE ORGANIZACIÓN	El Manual de Organización es un documento administrativo que contiene información sistemática referente a la estructura orgánica y las funciones de cada uno de los órganos administrativos que integran el ISRI. Dicho documento tiene como propósito orientar a los servidores públicos del ISRI en el desarrollo de las actividades institucionales, detallando de manera explícita, las funciones de cada uno de los órganos administrativos que integran a Instituto, siendo su objetivo primordial servir como instrumento normativo.

<p>4. MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS</p>	<p>El Manual de Descripción de Puestos es un instrumento técnico de trabajo, el cual tiene como fin mejorar la gestión de la administración de recursos humanos. Este instrumento permite orientar a los jefes del tipo de tareas que deben realizarse en los diferentes puestos y procesos de trabajo, determinar el personal requerido cuando existan plazas vacantes, aplicar debidamente una política de ascensos, realizar reestructuraciones de las dependencias con el objeto de lograr un mejor aprovechamiento del personal.</p>
<p>5. MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI</p>	<p>El Manual de Calidad tiene como propósito documentar y comunicar a los integrantes del ISRI la política y objetivos de calidad establecidos, describir el Sistema de Gestión de Calidad y el compromiso del ISRI en asegurar la calidad en sus procesos a partir del cumplimiento de los requisitos normativos de la Norma ISO 9001:2008. Este Manual de Calidad contiene el alcance del sistema, la política y objetivos de calidad, la descripción de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y los procesos y procedimientos relacionados a estos.</p>
<p>6. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI</p>	<p>El Manual de Procedimientos tiene como objetivo principal definir los procedimientos exigidos por la Norma ISO 9001:2008, con la finalidad de dar cumplimiento a dichos requisitos, además de describir todos los procedimientos que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, estableciendo para cada uno de ellos su objetivo, alcance, descripción e indicadores para su respectiva medicación y seguimiento.</p>

El orden en que se presentan los documentos del sistema, es el siguiente:

1. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA
2. GUÍA DE INDICADORES
3. MANUAL DE ORGANIZACIÓN
4. MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS
5. MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI
6. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI

Los cuales son presentados a continuación:



ISRI

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

CÓDIGO DE MANUAL:	D-02-001	VERSIÓN MANUAL:	DE	01
N° DE COPIA:	01			
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutila Rios			
APROBADO POR:	Ing. Luís Alonso Navarrete, Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional.			
FECHA DE APROBACIÓN:	Febrero 2012			



GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

1. OBJETIVO

Por medio de esta guía se normaliza la forma como se elaboran los documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del ISRI.

2. ALCANCE

Estas instrucciones cubren todos los documentos internos que se generan dentro de cada unidad del ISRI que sean requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad y aquellos documentos necesitados por el ISRI para asegurarse de la eficaz gestión de sus procesos.

3. CONTENIDO

A continuación se presentan los lineamientos establecidos para toda la documentación del ISRI, en el cual se detallan los aspectos generales que debe de llevar cada documento para luego explicar a detalle el contenido de los siguientes Manuales:

- 1 Guía para el Manual de Calidad.
- 2 Guía para el Manual de Organización.
- 3 Guía para el Manual de Funciones y Descripción de puestos.
- 4 Guía para la Elaboración de Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad
- 5 Guía para la Elaboración de la Guía de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad.

Para su mayor comprensión se explica la metodología con la cual se asigna los códigos a todos los documentos del ISRI, esta se detalla a continuación:

3.1 CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del ISRI (excepto los registros), se identifican mediante un código alfanumérico, estructurado de la siguiente forma: **X-11-111**; Letra- número de dos dígitos- número de tres dígitos

Donde:

1. La primera cifra de la izquierda (X) es un carácter alfabético que representa el tipo de documento del que se trata. Esta letra se selecciona de acuerdo al siguiente listado de documentos:

M: Manual

T: Proceso

P: Procedimiento

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	2 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

F: Ficha de proceso

L: Planes

D: Documentos generales: guías, instructivos, etc.

R: Registros

- La cifra ubicada en el centro (11) y compuesta de dos dígitos es un carácter numérico que especifica la Unidad a la cual pertenece el documento. Esta cifra se selecciona basándose en el listado siguiente:

CIFRA	UNIDADES
ADMINISTRACION SUPERIOR	
01	AUDITORÍA INTERNA
02	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
03	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
04	ASESORÍA JURÍDICA
05	RECURSOS HUMANOS
06	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL
07	COMUNICACIONES
08	CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES
19	SERVICIOS GENERALES
10	ALMACEN CENTRAL
CAL	
11	CAL, CONSULTA EXTERNA, SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO, SERVICIOS MÉDICOS
12	CAL, CONSULTA EXTERNA, TRABAJO SOCIAL
13	CAL, CONSULTA EXTERNA, PSICOLOGÍA
14	CAL, CONSULTA EXTERNA, SERVICIOS DE REHABILITACION
15	CAL, UOT
16	CAL. ULAM
17	CAL, ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS
18	CAL. ADMINISTRACION
19	COMITÉ DE CALIDAD
20	CAL Y COMITÉ DE CALIDAD

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

3 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

3. La tercera cifra (111) compuesta de tres dígitos, es de carácter numérico y especifica el número correlativo del documento dentro de la Unidad.
4. Para el caso específico de los registros, el valor de 11 y 111 es el que mismo contiene el procedimiento que lo ha generado y se agrega al final, una cifra más, compuesta de dos dígitos que corresponden al número correlativo del registro generado por dicho procedimiento.

Todo documento del ISRI llevara en cada página dos encabezados(a excepción de la portada de los manuales que es la primera pagina) en la parte superior de cada página y en la parte inferior, el encabezado de la parte superior contendrá los siguientes elementos:

3.2 ENCABEZADOS

3.2.1 ENCABEZADO SUPERIOR

- **El logotipo:** logotipo del ISRI.
- **Las leyendas:** ISRI; se escriben en mayúsculas, centradas color celeste, con negrita y en tipo de letra Candara tamaño 11.
- **El título y nombre del documento** se escribe en mayúsculas, centradas color celeste, con negrita y en tipo de letra Candara tamaño 18.
- **Código:** identificación alfanumérica que se le asigna a cada documento ya sea procedimiento, manual, etc. Se escribe en letra Candara 12, sin negrita y centrado. Este código lo asigna el secretario del Comité de Calidad.
- **Versión:** identifica el número de ediciones que ha tenido el documento; cuando se modifique la documentación la versión aumenta de la siguiente manera: Versión 01, Versión 02, etc. Se escribe en letra Candara 12, sin negrilla y centrado.

3.2.2 ENCABEZADO INFERIOR

- **Elaborado por:** Identifica el nombre de la persona responsable, o la respectiva unidad que elabora el documento, puede ser también el Comité de la calidad según sea el caso. Se escribe en letra Candara 8 sin negrilla y centrado.
- **Fecha de actualización:** Se escribe en letra Candara 8 sin negrilla y centrado con la configuración: día - mes - año.
- **Fecha de aprobación del procedimiento:** Se escribe en letra Candara 8, sin negrilla y centrado, (día -mes - año).
- **Número de Pagina:** Se escribe en letra Candara 8, sin negrilla y centrado, mencionando el número de la página y el número total de páginas de todo el documento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	4 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

Estos encabezados se muestran en el Anexo 1 de la Guía de Elaboración de Manuales.

3.3 ASPECTOS DE FORMA

3.3.1 REDACCIÓN

La redacción de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del ISRI se realiza de manera clara, coherente y breve. El contenido de los procedimientos se redacta con los verbos conjugados en infinitivo.

3.3.2. PRESENTACIÓN

La documentación del Sistema se archiva y mantiene en medios físicos (papel) o magnéticos (discos de computadora, Discos Compactos, etc.). En el caso que se mantengan copias controladas impresas de cualquiera de los diferentes documentos del SGC del ISRI, las características del papel deben ser las siguientes:

- Papel Bond blanco
- Tamaño carta (21.6 cm x 27.9 cm)

3.3.3 MÁRGENES

Cada página tendrá marcada sus cuatro bordes respetando los siguientes márgenes:

Margen	Dimensión(cm)
Superior	2.5
Inferior	2.5
Izquierda	3
Derecha	2.5

3.3.4 DIVISIONES Y SUBDIVISIONES DE LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

DIVISION(NIVEL)	TIPO Y TAMAÑO	LINEAMIENTO
Primero	1. TITULO 1, Candara 14, Color Celeste, Negrilla	Todo en Mayúscula
Segundo	1.1 TITULO 2, Candara 11, Color Celeste, Negrilla	Todo en Mayúscula
Tercero	1.1.1 Titulo 3, Candara 11, Color Celeste.	Mayúscula Inicial
Cuarto	1.1.1.1 Titulo 4, Candara 11	Mayúscula Inicial
Quinto	• Viñeta, Candara 11	Mayúscula Inicial
Sexto	✓ Viñeta, Candara 11	Mayúscula Inicial
Séptimo	○ Viñeta, Candara 11	Mayúscula Inicial

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

5 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

Los tres primeros niveles son independientes, el texto se desarrolla una vez se deje un espacio de separación. Para el cuarto nivel y las viñetas el texto se desarrolla inmediatamente. Todos los títulos comienzan desde el margen izquierdo.

En todo el contenido del documento el interlineado es sencillo, los textos son justificados y el tipo de letra es Candara tamaño 11.

3.3.5 NUMERACIÓN

La numeración de los documentos se realiza en la parte inferior de la página, centrado y el número de la página se define como: “página 1 de 20”.

3.3.6. PORTADA

Los manuales de los que hacen uso cada una de las unidades del ISRI contienen en la primera página (ver anexo 3 de la Guía de Elaboración de Manuales) la siguiente información:

- **El logotipo:** logotipo del ISRI.
- **Las leyendas:** INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI; se escriben en mayúsculas, centradas color celeste, con negrita y en tipo de letra Candara tamaño 24.
- **El título y nombre del documento** se escribe en mayúsculas, centradas color celeste, con negrita y en tipo de letra Candara tamaño 24.

Además contienen una tabla en la cual se detallan los siguientes elementos:

- **Código del manual:** identificación alfanumérica que se le asigna a cada documento ya sea procedimiento, manual, etc. Se escribe en letra Candara 12, sin negrita y centrado. Este código lo asigna el secretario del Comité de Calidad.
- **Versión del Manual:** identifica el número de ediciones que ha tenido el documento; cuando se modifique la documentación la versión aumenta de la siguiente manera: Versión 01, Versión 02, etc. Se escribe en letra Candara 12, sin negrilla y centrado.
- **Nº de Copia:** refleja el número de copia del documento. Se escribe en letra Candara 12, sin negrilla y centrado
- **Preparado por:** Nombre y sello de la Unidad donde se elaboro el documento, se escribe en Candara 12 y en negrilla.
- **Aprobado por:** Nombre y sello de la Unidad que aprobó el documento, se escribe en Candara 12 y en negrilla
- **Fecha de aprobación:** la fecha en que ha sido aprobado el respectivo manual, se escribe en Candara 12 y en negrilla.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	6 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

3.3.7 ÍNDICE

Cada manual contiene un índice en el que se describe el contenido de dicho manual e indica el título de la sección y la página en la que está ubicado, el índice se encuentra en la página siguiente a la portada.

Al haber explicado los lineamientos generales que se aplican a toda la documentación del ISRI a continuación se detallan los lineamientos para la elaboración de cada uno de los Manual del ISRI.

3.1.1.1 Guía para el Manual de Calidad

El manual de Calidad contendrá los siguientes elementos:

- **Generalidades:** es la sección donde se detalla una pequeña reseña histórica de la Institución así como la estructura interna del ISRI.
- **Objetivo del Manual.** Es la sección en la cual se establece claramente el propósito del Manual.
- **Alcance del Manual:** Expresa el ámbito de la aplicación del manual, y a quien se dirige: personas, procesos, organizaciones, sistemas, etc.
- **Política de Calidad:** Es la sección en la cual se establece por ser el Manual de Calidad las intenciones Globales del ISRI respecto a la Calidad.
- **Objetivos de Calidad:** Es la sección en la cual se establece por ser el Manual de Calidad lo pretendido o ambicionado del ISRI en congruencia con la política de calidad, respecto a la Calidad.
- **Términos y definiciones:** Es la sección en la cual se establece o se hace referencia a los documentos de base para el entendimiento de términos y definiciones de la Norma ISO 9001:2008.
- **Procesos del Sistema de Gestión de Calidad:** Es la sección en la cual se explica y detalla los procesos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI basados en la Norma ISO 9001:2008.
- **Mapa de procesos:** Es la sección en la cual se presenta el esquema que muestra el mapa de procesos del ISRI.
- **Sistema de Gestión de Calidad:** Es la sección en la cual se explica el cumplimiento de todos los elementos que exige la Norma ISO 9001:2008 o se hace referencia a los procedimientos que respaldan cada punto.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	7 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

3.1.1.2 Guía para el Manual de Organización

El manual de Organización contendrá los siguientes elementos:

- **Autorización y Vigencia:** Es la explicación de quien autoriza el Manual y la fecha que entra en vigencia el documento.
- **Introducción:** Es la sección en la cual se explica de forma introductoria el contenido del Manual.
- **Objetivo:** la sección en la cual se establece claramente el propósito del Manual.
- **Campo de Aplicación:** en esta sección se explica que niveles organizacionales están sujetos a la aplicación del Manual en la Institución.
- **Marco Legal:** Expone los límites legales en los cuales se rige el presente Manual.
- **Misión, Visión y Valores:** Es la sección en la cual se detalla la razón de ser de la Institución, los valores bajo los cuales se trabaja en el ISRI etc.
- **Objetivos del ISRI:** se detalla lo ambicionado Institucionalmente en congruencia con la razón de ser de la Institución.
- **Definiciones:** Es la sección en la cual se explica la terminología utilizada en el Manual.
- **Niveles de la estructura Organizativa del ISRI:** Es la sección en la cual se explica cómo está conformado el ISRI organizacionalmente para cumplir con la Misión, Visión, Valores y objetivos Institucionales, además de presentar el Organigrama del ISRI.
- **Descripción de cada área de la Institución:** Por cada área del ISRI se declara el objetivo de ella y las funciones que le competen a dicha área en cuestión.

3.1.1.3 Guía para el Manual de Funciones y Descripción de puestos

El manual de Funciones y Descripción de Puestos contendrá los siguientes elementos:

- **Introducción:** Es la sección en la cual se explica de forma introductoria el contenido del Manual.
- **Objetivo:** la sección en la cual se establece claramente el propósito del Manual.
- **Campo de Aplicación:** en esta sección se explica que niveles organizacionales están sujetos a la aplicación del Manual en la Institución.

Tabla de Identificación de Puestos: Es la tabla que contiene todos los datos relevantes al puesto descrito, esta tabla contiene la siguiente información (ver Anexo 4 de la Guía de Elaboración de Manuales):

- **El nombre del Puesto:** Es el nombre del cargo cuyas funciones son descritas en el formato.
- **El nombre de la Unidad:** Corresponde a la unidad en la que está incluido el puesto

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	8 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

- **Área:** Corresponde al Área que pertenece la Unidad.
- **Sub Área:** Corresponde a la Sub Área que pertenece la Unidad.
- **Título de Jefe Inmediato Superior.**
- **Descripción del Puesto:** define el objetivo principal a realizar en ese puesto.
- **Funciones Generales:** establece las funciones que realiza la persona en el puesto detallado.
- **Requisitos del Puesto:** Establece los elementos a cumplir por la persona que desempeña el trabajo en el puesto descrito.

3.1.1.4 Guía para la Elaboración del Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad

El manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad contendrá los siguientes elementos:

1. **Introducción:** Es la sección en la cual se narra brevemente el contenido del Manual.
2. **Base Legal:** Es la sección en la cual se menciona el Documento o Reglamento en el cual se basa el Manual.
3. **Atribuciones:** Es la sección en la cual se explica lo que contiene el Manual de Procedimientos de Calidad en base a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.
4. **Objetivo:** Es la sección en la cual se establece claramente el propósito del procedimiento.
5. **Procedimientos:** Es la sección en la cual se listan los procedimientos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad además de los procedimientos exigidos por la Norma ISO 9001:2008. Estos son:
 - Procedimiento de Control de Documentos (P-02-001)
 - Procedimiento de Control de Registros (P-02-002)
 - Procedimiento de Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad (P-02-003)
 - Procedimiento de Control de Servicio No Conforme (P-02-004)
 - Procedimiento de Acciones Correctivas (P-02-005)
 - Procedimiento de Acciones Preventivas (P-02-006)
6. **Glosario de términos:** Cada manual tiene su respectivo glosario de términos cuyo propósito es aclarar cualquier definición que guarde en el contenido.

Ya que el Manual de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad, contiene los procedimientos de Calidad que exige la Norma ISO 9001:2008, a continuación se describen los elementos que tiene que llevar cada procedimiento del Sistema de Gestión de Calidad y cada procedimiento de Calidad, así como los Registros y otros elementos relacionados con los procedimientos de Calidad:

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	9 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

1. **Objetivo:** Es la sección en la cual se establece claramente el propósito del procedimiento.
2. **Alcance:** Expresa el ámbito de la aplicación del procedimiento, y a quien se dirige: personas, procesos, organizaciones, sistemas, etc.
3. **Contenido:** Es la descripción general de todas las actividades que se realizarán en el procedimiento.
4. **Responsables:** Es la sección en la cual se establece los responsables de la realización de cada una de las actividades que componen el procedimiento.
5. **Descripción del Procedimiento:** Es la sección en la cual se muestra el flujograma de todos los pasos que se realizan en el procedimiento.

***Nota Aclaratoria:** Además del flujograma se presentará la siguiente tabla que resume la descripción de las tareas a realizar por cada encargado, *este apartado solo aplica a los procedimientos de Calidad que exige la Norma ISO 9001:2008*. Se utilizará la tabla siguiente:

Nº	Encargado	Descripción
1		
2		

Las dimensiones de las columnas son:

- La primera columna (Nº) tiene un ancho de 1,5 cm
- La segunda columna (Encargado) tiene un ancho de 5,0 cm
- La tercera columna (descripción) tiene un ancho de 9,0 cm

Donde:

- **Nº:** Es un número consecutivo, que indica el orden de realización de la secuencia de las actividades; comenzando desde el paso 01 hasta el número de pasos necesarios para la finalización del procedimiento.
- **Encargado:** Se refiere al cargo de la persona que realiza el paso, de acuerdo con el Manual de Funciones y descripción de Puestos del ISRI (M-02-002): el nombre del cargo comienza con mayúscula.
- **Descripción:** Son todas las actividades que se desarrollan en cada paso. Si un paso incluye una decisión, las alternativas que se deriven de esta, se dividen en 1A), 1B) y así sucesivamente hasta que finalizan las alternativas; el primer dígito de esta numeración corresponde al paso y la letra Mayúscula a la alternativa que se deriva, por ejemplo 6B) es la decisión B del paso 06. Si el paso de una alternativa incluye una serie de sub pasos estos se numeran en orden alfabético. Ejemplo: a), b) c) y así sucesivamente.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

10 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

6. Documentos de Referencia

Son todos aquellos documentos que aplican al procedimiento y sirven de base para que el personal que ejecuta dicho procedimiento se oriente en la adecuada realización del mismo. Constituyen referencia de consulta para la correcta interpretación, aplicación o modificación del documento; por ejemplo: Manuales, reglamentos, etc.

7. Registros

Define los registros que se generan en el procedimiento, en los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad se mencionan cada uno de ellos, pero en los **Procedimientos de Calidad exigidos por la Norma ISO 9001:2008, se utiliza la siguiente matriz:**

NOMBRE	CODIGO	RESPONSABLE	LUGAR DEL ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO

Las dimensiones de las diferentes columnas son:

- La primera columna (Nombre) tiene un ancho de 2 cm.
- La segunda columna (Código) tiene un ancho de 4 cm.
- La tercera columna (Responsable) tiene un ancho de 4 cm.
- La cuarta columna (Lugar de archivo) tiene un ancho de 3 cm.
- La quinta columna (Tiempo de archivo) tiene un ancho de 3 cm.

Donde:

- **Nombre:** Es el nombre del registro.
- **Código:** es el código que se le asigna a los registros utilizados para el control de la documentación, si no existe un registro definido en esta casilla se debe colocar “no aplica”
- **Responsable:** Es el nombre del cargo de la persona responsable de la realización del registro.
- **Lugar de archivo:** Es el sitio donde se guarda el registro citado.
- **Tiempo de Archivo:** Es el tiempo que los registros permanecen en el lugar de archivo

8. Indicadores: Es la sección en la cual se establece los indicadores para el control de este procedimiento.

9. Nota de cambio:

En este apartado se explica cualquier modificación que se le realice al procedimiento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	11 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

10. Anexos

Son los documentos que se requieren para la ejecución del procedimiento.

CONTENIDO DE LOS REGISTROS Y FORMULARIOS

El contenido de los registros está diseñado según el uso asignado a cada uno en particular y de las necesidades de las unidades que hacen uso de ellos. Los registros son identificados mediante, el encabezado (ver anexo .2 de la Guía para Elaboración de Manuales) que obligatoriamente contiene:

- **El logotipo:** logotipo del ISRI
- **El título y nombre** del registro se escribe centrado en negrilla y letra Candara 12
- **Código:** asignado según la notación empleada en el numeral 3.2 en la Guía de Elaboración de Manuales. Se escribe en letra Candara 10, sin negrita y centrado.

3.1.1.5 Guía para la Elaboración de la Guía de Indicadores

1. **Sección I, Generalidades:** Es la sección en la cual se describe brevemente todos los aspectos generales del documento.
2. **Introducción:** Es la sección en la cual se narra brevemente el contenido de la Guía.
3. **Objetivo:** Es la sección en la cual se establece claramente el propósito de la Guía.
4. **Alcance:** Es la sección en la cual se establece los límites de las Unidades en que es aplicable la Guía.
5. **Términos y Definiciones:** Es la sección en la cual se definen y explican conceptos necesarios para el entendimiento de la Guía.
6. **Documentos de Referencia:** Esta sección contiene la referencia a los documentos los cuales tienen relación con la Guía.
7. **Sección II, Formato de Presentación de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad:** Es la sección en la cual se establecen los elementos que llevara cada indicador del Sistema de Gestión de Calidad (Ver Guía de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad).
8. **Sección III, Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad:** Es la sección en la cual se presenta la tabla de todos los Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad además de presentar la descripción de cada uno de ellos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	12 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

4. ANEXOS

ANEXO 1. ENCABEZADO DE TODOS LOS DOCUMENTOS DEL ISRI

ENCABEZADO DE LA PARTE SUPERIOR



NOMBRE DEL DOCUMENTO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

ENCABEZADO DE LA PARTE INFERIOR

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DONDE SE ELABORO	/-/	/-/	1 de 20

ANEXO 2. ENCABEZADO DE REGISTROS

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI



NOMBRE DEL DOCUMENTO

CÓDIGO:

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	13 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

ANEXO 3.PORTADA DE MANUALES



ISRI

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

NOMBRE DEL DOCUMENTO

CÓDIGO DE MANUAL:		VERSIÓN MANUAL:	DE	
Nº DE COPIA:				
PREPARADO POR:				
APROBADO POR:				
FECHA APROBACIÓN:	DE			

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	14 de 15



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL ISRI

CODIGO:D-02-001

VERSIÓN:01

ANEXO 4: FORMATO DE HOJA DE MANUAL DE DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	
Gerencia/Unidad:	
Área:	
Sub-Área:	
Título del jefe inmediato superior:	
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
FUNCIONES GENERALES	
REQUISITOS DE PUESTO	
Formación académica	
Habilidades	
Conocimientos	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	15 de 15



ISRI

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO DE GUÍA:	D-02-002	VERSIÓN DE GUÍA:	01
N° DE COPIA:	01		
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutila Rios		
APROBADO POR:	Ing. Luís Alonso Navarrete, Jefe de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional.		
FECHA APROBACIÓN:	DE	Febrero 2012	



Contenido

Sección I – Generalidades	3
1.1 Introducción	3
1.2 Objetivo de la Guía	3
1.3 Alcance de la Guía	3
1.4 Términos y definiciones:	4
1.5 Documentos de referencia:	4
Sección II –Formato de presentación para los Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.....	5
Sección III –Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI	7
3.1 Listado de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad.....	7
3.2 Descripción de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad	7
3.2.1 EFICIENCIA.....	8
3.2.2 CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN.....	10
3.2.3 CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES DEL CAL.....	13
3.2.4 PRODUCTOS DEFECTUOSOS.....	16
3.2.5 PRODUCTO NO CONFORME.....	19
3.2.6 NÚMERO DE QUEJAS.....	21
3.2.7 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	23

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

2 de 25



Sección I – Generalidades

1.1 Introducción

En la siguiente guía se presenta la descripción de los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI. La cual esta conformada por dos partes, la primera corresponde al Formato de presentación de los Indicadores y la segunda al Listado y Descripción de los indicadores. Los indicadores forman parte importante en el seguimiento, medición y análisis de los diferentes procesos y procedimientos que intervienen en Sistema de Gestión de Calidad y a la vez contribuyen en la toma de decisiones que permiten la mejora continua de los servicios brindados por el ISRI.

1.2 Objetivo de la Guía

La presente Guía tiene como propósito establecer los criterios para el seguimiento, medición y análisis de los procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI. Esta Guía busca contribuir en el aseguramiento de la calidad de los servicios brindados, a partir de la medición de los indicadores de Gestión.

1.3 Alcance de la Guía

La Guía esta orientada al seguimiento y medición de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI. Por lo que su alcance esta limitado a los siguientes procesos y sus correspondientes procedimientos:

1. Sistema de Gestión de Calidad
2. Planificación del Control Interno
3. Planificación Institucional
4. Planificación Financiera
5. Planificación de los Servicios de Rehabilitación
6. Servicios Médicos
7. Servicios de Apoyo
8. Servicios de Rehabilitación
9. Servicios de la UOT
10. Servicios de Internamiento
11. Control Interno
12. Asesoría Jurídica
13. Gestión de la Planificación Institucional
14. Recurso Humano
15. Gestión de Adquisiciones y Contrataciones
16. Administración Financiera
17. Comunicación

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	3 de 25



18. Control de Bienes Institucionales
19. Servicios Generales
20. Control de Insumos
21. Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación
22. Administración del CAL
23. Control de Servicios De Rehabilitación
24. Control de Servicios UOT
25. Gestión de Servicios de Internamiento
26. Seguimiento, Medición y Mejora

1.4 Términos y definiciones:

- **Indicador:** se define como la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas.
- **Tiempo estándar:** es el tiempo requerido para que un empleado (administrativo o técnico) de tipo medio, plenamente calificado y adiestrado, y trabajando a un ritmo normal, lleve a cabo la operación. Para aplicabilidad de la guía el tiempo estándar corresponde al tiempo requerido en condiciones normales para realizar determinado procedimiento.
- **Producto Defectuoso:** son aquellos artículos o unidades manufacturadas que en el proceso de fabricación resultan con algún desperfecto o imperfección y, que a diferencia de los productos dañados, pueden reelaborarse adicionándoles algunos costos y convertirse en productos terminados con el fin de venderse como productos buenos (de primera calidad) o como productos defectuosos (de segunda calidad).
- **Producto No conforme:** se refiera a aquel producto que no cumple con los requerimientos establecidos por el usuario. Es decir, aquel Producto que no cumple con un o más requisitos especificados. Por ejemplo un calzado ortopédico que no es entregado en el tiempo estipulado y cuando se entrega no cumple con las conformidades exigidas por el cliente: El número de horma calzado.

1.5 Documentos de referencia:

Para la comprensión de la aplicabilidad de los Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad se hace referencia a:

- Norma ISO 9001:2008
- Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	4 de 25



Sección II –Formato de presentación para los Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI

A continuación se presenta el contenido que presentará cada uno de los indicadores considerados para el seguimiento, medición y análisis de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad:

1. **NOMBRE:** Corresponde al nombre del indicador.
2. **OBJETIVO:** Es la describe la finalidad de la medida del indicador.
3. **FORMULA:** Representación algebraica del indicador, es decir, la expresión para encontrar el valor del indicador.
4. **UNIDADES:** Es la cuantificación obtenida del indicador, la cual puede estar representada en razones (como atenciones/año) o porcentajes.
5. **FRECUENCIA DE MEDICIÓN:** Representa la periodicidad de medida que se utilizara en el indicador, es decir, cada cuanto tiempo se realizara la medición.
6. **FUENTE DE INFORMACIÓN:** Corresponde al origen de la información necesaria para la medición del indicador.
7. **RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN Y ANÁLISIS:** Es la persona o personas encargadas de realizar la medición, seguimiento y análisis del indicador al o los procedimientos correspondientes.
8. **RANGO PERMISIBLE:** Es el intervalo del resultado del valor obtenido de la medición del indicador que se considera aceptable, este intervalo puede variar entre:
 - 8.1. **VALOR MÁXIMO:** Corresponde al resultado máximo aceptable para el valor del indicador.
 - 8.2. **VALOR MÍNIMO:** Corresponde al resultado mínimo aceptable para el valor del indicador.
9. **ACCIONES:** Representa la medidas y sugerencias a considerar en el seguimiento y análisis de los procedimientos por los responsables.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	5 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

10. **OBSERVACIONES:** Corresponde a cualquier nota explicativa que sea necesaria para el indicador.

11. **HOJA DE VIDA DEL INDICADOR:** Es el formato utilizado para el control y registro del indicador.

La estructura de esta hoja de vida se describe a continuación:

- **Área:** es el nombre del área en la cual se realizar el seguimiento al indicador.
- **Proceso:** Identificación del proceso al cual está ligado el indicador.
- **Procedimiento:** Identificación del procedimiento al cual está ligado el indicador.
- **Indicador:** Nombre del Indicador a medir.
- **Objetivo del indicador:** Referir en pocas palabras, que se quiere lograr al efectuar el seguimiento.
- **Fuente de información:** Registro del origen de los datos o documentos que sirven de base para obtener la información relacionada con un indicador en un período determinado.
- **Fórmula:** Corresponde la formula de cálculo del indicador
- **Unidades:** Unidad en que es presentado el indicador
- **Periodicidad:** Periodo en el cual se registran los datos de la medición del indicador.
- **Resultado:** Valor obtenido al relacionar las variables del indicador en un periodo determinado. El resultado es presentado por fechas de medición.
- **Observaciones:** Registro del análisis breve del comportamiento del indicador durante el periodo medido.
- **Responsable de la medición y análisis:** Registro del cargo del responsable de evaluar el comportamiento del indicador a través de todos los periodos evaluados.

12. **EJEMPLO DE APLICACIÓN:** Consiste en una muestra del calculo del indicador a partir de la referencia a un procedimiento, su información correspondiente y valores necesarios, a fin de lograr la comprensión de la aplicación del indicador.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

6 de 25



Sección III –Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI

3.1 Listado de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad

Los indicadores permiten determinar el grado de desempeño alcanzado de los diferentes procedimientos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad; la aplicabilidad de cada indicador depende del procedimiento que se realice, por ello es necesario considerar diferentes indicadores que nos permitan evaluar satisfactoriamente la diversidad de procedimientos que se realizan en el ISRI, los cuales presenta a continuación el listado de los Indicadores considerados:

Nº	INDICADOR
1	EFICIENCIA
2	CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN
3	CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES
4	PRODUCTOS DEFECTUOSOS
5	PRODUCTO NO CONFORME
6	NÚMERO DE QUEJAS
7	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

3.2 Descripción de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad

A continuación se presenta el catalogo de los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI. Dicho catalogo presente la descripción de cada uno de ellos de forma general, es decir sin hacer énfasis en la aplicación en un procedimiento en específico, dada la diversidad del comportamientos de los procedimientos. La idea es presentar en que consiste cada indicador, su forma de calcularlo, los resultados que brindan, el rango permisible y la aplicabilidad en el seguimiento, medición y análisis del Sistema de Gestión de Calidad.

Es importante mencionar que los valores a considerar de cada indicador para el seguimiento, medición y análisis de cada uno de los procedimientos serán establecidos y descritos en el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI (M-02-004) en el numeral 7.INDICADORES para cada uno de los procedimientos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

7 de 25



3.2.1 EFICIENCIA

1. **Nombre:** Eficiencia

2. **Objetivo:** Medir el grado porcentual de cumplimiento en el tiempo establecido para el procedimiento.

3. **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

4. **Unidades:** Porcentaje

5. **Frecuencia de Medición:** Trimestral

6. **Fuente de Información:**

- Portafolio de servicios de cada unidad organizativa.
- Plan anual de trabajo.
- Tiempo estándar estimado para la realización del procedimiento.

7. **Responsable de la Medición y Análisis:**

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

8. **Rango Permissible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia correspondientes para cada procedimiento del Sistema de Gestión de Calidad son establecidos en el *Manual de Procedimientos (M-02-004)*, en numeral 7. INDICADORES.

8.1 Valor Máximo: Porcentaje máximo de aceptación. Para la eficiencia se considera como referente el 100%.

8.2 Valor Mínimo: Porcentaje mínimo de aceptación. Valor de la eficiencia que dependerá del procedimiento que se analice y del valor establecido en base a los tiempos máximos de holgura permisibles para realizar dicho procedimiento.

9. **Acciones:**

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001).
- B. Si el valor obtenido es mayor a valor máximo y esta condición se obtiene repetitivamente en las mediciones obtenidas en un periodo igual o mayor a un año

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

8 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

es necesario revisar y modificar el valor del estándar utilizado para determinar el rango permisible.

10. Observaciones:

El indicador de eficiencia es aplicable a todo los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad, dado que el recurso considerad es el tiempo, el cual es el utilizado en todos los procedimientos. Sin embargo es importante mencionar que existen procesos a los cuales no se le es aplicable debido a la diversidad de desarrollo que puede presentar dichos procedimientos.

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR				
Área:				
Proceso:				
Procedimiento:				
Indicador:	Objetivo de Indicador:			
Unidad:				
Periodicidad:				
Formula:				
Fuente de Información:				
RESULTADOS:				
Fecha:				
Responsable de la medición y análisis:				
Observaciones:				

12. Ejemplo de Aplicación:

Procedimiento: Charlas del ISRI

Área: Trabajo Social del Centro del Aparato Locomotor.

Tiempo establecido en el portafolio de servicios por charla: 1.00 hr

Tiempo real utilizado para brindar la charla: 1.50 hr

Calculo:
$$Eficiencia = \frac{Tiempo\ Standar}{Tiempo\ Real\ Utilizado} \times 100\% = \frac{1.00\ hr}{1.50\ hr} \times 100\% = 66.67\%$$

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	9 de 25



3.2.2 CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN

1. **Nombre:** Cumplimiento de la Producción

2. **Objetivo:** Medir el grado de cumplimiento de la producción mensual programada en la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).

3. **Formula:**

$$\frac{\text{Producción Mensual obtenida}}{\text{Producción Mensual Programada}} \times 100\%$$

4. **Unidades:** Porcentaje

5. **Frecuencia de Medición:** Mensual

6. **Fuente de Información:**

- Portafolio de servicios de cada unidad organizativa.
- Plan anual de trabajo.
- Registro del Sistema de Control de la Producción de la UOT.

7. **Responsable de la Medición y Análisis:**

- Comité de Calidad
- Representante de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) al que corresponde el procedimiento.

8. **Rango Permissible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia correspondientes para cada procedimiento del Sistema de Gestión de Calidad son establecidos en el *Manual de Procedimientos (M-02-004)*, en numeral 7. INDICADORES.

8.1 **Valor Máximo:** Porcentaje máximo de aceptación. Para el nivel de cumplimiento se considera como referente el 100%.

8.2 **Valor Mínimo:** Porcentaje mínimo de aceptación. El nivel mínimo de cumplimiento dependerá del procedimiento de producción que se analice y del valor establecido en base a los tiempos máximos de holgura permisibles para realizar dicho procedimiento.

9. **Acciones:**

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001).

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

10 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

- B. Si el valor obtenido es mayor a valor máximo y esta condición se obtiene repetitivamente en las mediciones obtenidas en un periodo igual o mayor a un semestre es necesario revisar y modificar el valor del estándar utilizado para determinar el rango permisible.

10. Observaciones:

Producción: Corresponde a la producción de cada una de las áreas de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL. Por ejemplo:

- Talleres de Ayudas técnicas
- Taller de componentes
- Calzado
- Sillas especiales

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR					
Área:					
Proceso:					
Procedimiento:					
Indicador:			Objetivo de Indicador:		
Unidad:					
Periodicidad:					
Formula:					
Fuente de Información:					
RESULTADOS:					
Fecha:					
Responsable de la medición y análisis:					
Observaciones:					

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	11 de 25



12. Ejemplo de Aplicación:

Procedimiento: Elaboración de calzado ortopédico

Área: Unidad de Ortopedia Técnica

Producción establecida de calzado en el mes de junio 2011 en el portafolio de servicios: 24 pares

Producción real de calzado en el mes de junio: 21 pares

Calculo:

$$\frac{\textit{Producción Mensual obtenida}}{\textit{Producción Mensual Programada}} \times 100\%$$

$$\frac{21 \textit{ pares}}{24 \textit{ pares}} \times 100\% = 87.5\%$$

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	12 de 25



3.2.3 CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES DEL CAL

1. **Nombre:** Cumplimiento de Atenciones del CAL

2. **Objetivo:** Medir el grado de cumplimiento de las atenciones mensual programadas en el Centro del Aparato Locomotor (CAL).

3. **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Programadas al mes}} \times 100\%$$

4. **Unidades:** Porcentaje

5. **Frecuencia de Medición:** Mensual

6. **Fuente de Información:**

- Portafolio de servicios de cada unidad organizativa.
- Plan anual de trabajo.
- Registro de atenciones brindada en el CAL. (Servicios médicos, Servicios de rehabilitación, servicios de apoyo, servicios de Internamiento (ULAM)).

7. **Responsable de la Medición y Análisis:**

- Comité de Calidad
- Representante del área de CAL al que corresponde el procedimiento.

8. **Rango Permisible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia correspondientes para cada procedimiento del Sistema de Gestión de Calidad son establecidos en el *Manual de Procedimientos (M-02-004)*, en numeral 7. INDICADORES.

8.1 **Valor Máximo:** Porcentaje máximo de aceptación. Para el nivel de cumplimiento se considera como referente el 100%.

8.2 **Valor Mínimo:** Porcentaje mínimo de aceptación. El nivel mínimo de cumplimiento dependerá del procedimiento de atención que se analice y del valor establecido en base a los tiempos máximos de holgura permisibles para realizar dicho procedimiento.

9. **Acciones:**

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001).

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

13 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

- B. Si el valor obtenido es mayor a valor máximo y esta condición se obtiene repetitivamente en las mediciones obtenidas en un periodo igual o mayor a un semestre es necesario revisar y modificar el valor del estándar utilizado para determinar el rango permisible.

10. Observaciones:

Atenciones: Corresponde a las atenciones brindadas por cada una de las áreas del CAL. Por ejemplo:

- Charlas al mes por trabajo social
- Consultas por hora por servicios médicos
- Terapias al mes por el área de servicios de rehabilitación (terapias).

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR					
Área:					
Proceso:					
Procedimiento:					
Indicador:	Objetivo de Indicador:				
Unidad:					
Periodicidad:					
Formula:					
Fuente de Información:					
RESULTADOS:					
Fecha:					
Responsable de la medición y análisis:					
Observaciones:					

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	14 de 25



12. Ejemplo de Aplicación:

Procedimiento: Charlas del ISRI

Área: Trabajo Social del Centro del Aparato Locomotor.

Cantidad de atenciones establecidas en el mes de junio 2011 en el portafolio de servicios: 6 Charlas.

Cantidad de atenciones realizadas en el mes de junio 2011 en el portafolio de servicios: 6 Charlas

Calculo:

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Programadas al mes}} \times 100\%$$

$$\frac{6 \text{ Charlas}}{6 \text{ Charlas}} \times 100\% = \mathbf{100\%}$$

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	15 de 25



3.2.4 PRODUCTOS DEFECTUOSOS

1. **Nombre:** Productos Defectuosos

2. **Objetivo:** Conocer el grado porcentual de la cantidad de productos defectuosos obtenidos en un año de producción.

3. **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos Defectuosos al año}}{\text{Cantidad de Productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

4. **Unidades:** Porcentaje

5. **Frecuencia de Medición:** Anual

6. **Fuente de Información:**

- Portafolio de servicios de cada unidad organizativa.
- Plan anual de trabajo.
- Registro del Sistema de Control de la Producción de la UOT.

7. **Responsable de la Medición y Análisis:**

- Comité de Calidad
- Representante de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) al que corresponde el procedimiento.

8. **Rango Permisible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia establecidos corresponden para todos los procedimientos de producción de la Unidad de Ortopedia Técnica del Sistema de Gestión de Calidad además se presentan en el *Manual de Procedimientos (M-02-004)*, en numeral 7. INDICADORES.

8.1 **Valor Máximo:** Porcentaje máximo de aceptación de productos defectuosos en el año. Como valor referente máximo de aceptación se establece el 3% para los diferentes procedimientos de producción.

8.2 **Valor Mínimo:** Porcentaje mínimo de aceptación. Como valor referente mínimo de aceptación se establece el 0% para los diferentes procedimientos de producción.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

16 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

9. Acciones:

- A. Si el valor obtenido es mayor al valor máximo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001).

10. Observaciones:

Este Indicador se aplicara a todos los procedimientos de producción de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR					
Área:					
Proceso:					
Procedimiento:					
Indicador:	Objetivo de Indicador:				
Unidad:					
Periodicidad:					
Formula:					
Fuente de Información:					
RESULTADOS:					
Fecha:					
Responsable de la medición y análisis:					
Observaciones:					

12. Ejemplo de Aplicación:

Procedimiento: Elaboración de calzado ortopédico

Área: Unidad de Ortopedia Técnica

Producción calzado en el año 2011: 151 pares

Producción calzado defectuosos en el año 2011: 2 pares

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	17 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

Calculo:

$$\frac{\text{Cantidad de Productos Defectuosos al año}}{\text{Cantidad de Productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

$$\frac{2 \text{ pares}}{151 \text{ pares}} \times 100\% = 1.3\%$$

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

18 de 25



3.2.5 PRODUCTO NO CONFORME

1. **Nombre:** Producto No Conforme

2. **Objetivo:** Conocer el porcentaje de productos fabricados que no cumplen con los requisitos establecidos por el usuario en un año de producción.

3. **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos No Conformes al año}}{\text{Cantidad de Productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

4. **Unidades:** Porcentaje

5. **Frecuencia de Medición:** Anual

6. **Fuente de Información:**

- Registro de entrega de ayudas ortopédicas.
- Registro del Sistema de Control de la Producción de la UOT.

7. **Responsable de la Medición y Análisis:**

- Comité de Calidad
- Representante de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) al que corresponde el procedimiento.

8. **Rango Permisible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia establecidos corresponden para todos los procedimientos de producción de la Unidad de Ortopedia Técnica del Sistema de Gestión de Calidad además se presentan en el *Manual de Procedimientos (M-02-004)*, en numeral 7. INDICADORES.

8.1 **Valor Máximo:** Porcentaje máximo de aceptación de productos no conforme en el año. Como valor referente máximo de aceptación se establece el 10% para los diferentes procedimientos de producción.

8.2 **Valor Mínimo:** Porcentaje mínimo de aceptación. Como valor referente mínimo de aceptación se establece el 0% para los diferentes procedimientos de producción.

9. **Acciones:**

- A. Si el valor obtenido es mayor al valor máximo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001).

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	19 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

10. Observaciones:

Este Indicador se aplicara a todos los procedimientos de producción de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR					
Área:					
Proceso:					
Procedimiento:					
Indicador:					Objetivo de Indicador:
Unidad:					
Periodicidad:					
Formula:					
Fuente de Información:					
RESULTADOS:					
Fecha:					
Responsable de la medición y análisis:					
Observaciones:					

12. Ejemplo de Aplicación:

Procedimiento: Elaboración de calzado ortopédico

Área: Unidad de Ortopedia Técnica

Producción calzado en el año 2011: 151 pares

Producción calzado No conforme en el año 2011: 4 pares

Calculo:

$$\frac{\text{Cantidad de Productos No Conformes al año}}{\text{Cantidad de Productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

$$\frac{4 \text{ pares}}{151 \text{ pares}} \times 100\% = 2.7\%$$

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

20 de 25



3.2.6 NÚMERO DE QUEJAS

1. **Nombre:** Número de Quejas

2. **Objetivo:** Identificar el grado porcentual de la cantidad de quejas realizadas por los usuarios en relación a la cantidad de atenciones brindadas en el año en Centro del Aparato Locomotor.

3. **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Quejas recibidas al año}}{\text{Cantidad de atenciones al año}} * 100\%$$

4. **Unidades:** Porcentaje

5. **Frecuencia de Medición:** Anual

6. **Fuente de Información:**

- Buzón de sugerencia
- Ventana del Director
- Quejas recibidas
- Resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios

7. **Responsable de la Medición y Análisis:**

- Comité de Calidad
- Representante del área de CAL al que corresponde el procedimiento.

8. **Rango Permisible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia correspondientes al Centro del Aparato Locomotor son presentados en base a las estadísticas de quejas manejadas por la Dirección del centro durante el año 2011. Este indicador es aplicable y evaluado por el procedimiento Medición de la Satisfacción de los usuarios (P-20-006) (Ver *Manual de Procedimientos (M-02-004)*, en numeral 7. INDICADORES)

8.1 **Valor Máximo:** Porcentaje máximo de aceptación de quejas en el año. Como valor referente máximo de aceptación se establece el 10% para el total de procedimientos.

8.2 **Valor Mínimo:** Porcentaje mínimo de aceptación de quejas al año. Como valor referente mínimo de aceptación se establece el 0% para los diferentes procedimientos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	21 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

9. Acciones:

- A. Si el valor obtenido es mayor al valor máximo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001).

10. Observaciones:

Las quejas que se consideran para este indicador deben de ser registradas y pueden ser tanto verbales como escritas.

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR					
Área:					
Proceso:					
Procedimiento:					
Indicador:	Objetivo de Indicador:				
Unidad:					
Periodicidad:					
Formula:					
Fuente de Información:					
RESULTADOS:					
Fecha:					
Responsable de la medición y análisis:					
Observaciones:					

12. Ejemplo de Aplicación:

Cantidad de quejas recibidas en el año 2011: 37

Cantidad de atenciones en el año 2011: **105942** (consulta Externa) + **8998** (ULAM)= 114,940

$$\frac{\text{Cantidad de Quejas recibidas al año}}{\text{Cantidad de atenciones al año}} * 100\%$$

$$\frac{37 \text{ quejas}}{114,940 \text{ atenciones}} * 100\% = 0.03\%$$

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	22 de 25



3.2.7 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

1. **Nombre:** Satisfacción del Cliente
2. **Objetivo:** Conocer el grado porcentual de satisfacción de los usuarios de los servicios brindados por el Centro del Aparato Locomotor trimestralmente.
3. **Formula:** *Satisfacción del usuario / Trimestre*

Para la determinación del grado de satisfacción de los usuarios del CAL, no se hace referencia a una formula, sino al nivel de satisfacción obtenido de los resultados del procedimiento Medición de la Satisfacción de los usuarios (P-20-006), los cuales se presentaran en grado de porcentaje.

4. **Unidades:** Porcentaje
5. **Frecuencia:** Trimestral
6. **Fuente de Información:**
 - Buzón de sugerencia
 - Resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios
7. **Responsable de la Medición y Análisis:**
 - Comité de Calidad
8. **Rango Permisible:** Intervalo de porcentaje dentro del cual se considera aceptable el desempeño del procedimiento. Los valores de referencia correspondientes para cada Unidad del Centro del Aparato Locomotor son presentados en base a los resultados de satisfacción de usuario obtenido en el último estudio de satisfacción del Centro en el año 2011. Este indicador es aplicable y evaluado por unidad no por procedimiento.
 - 8.1 **Valor Máximo:** Porcentaje máximo de aceptación de satisfacción de los usuarios. Como valor referente máximo de aceptación se establece el 100% para Consulta Externa (Servicios médicos, de apoyo y de rehabilitación), Unidad de Ortopedia Técnica y para la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares.
 - 8.2 **Valor Mínimo:** Porcentaje mínimo de aceptación del nivel de satisfacción de los usuarios. Como valor referente mínimo de aceptación se establece:
 - Consulta Externa (Servicios médicos, de apoyo y de rehabilitación): 75%
 - Unidad de Ortopedia Técnica: 50%
 - Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares: 70%

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	23 de 25



GUÍA DE INDICADORES

CÓDIGO: D-02-002

VERSIÓN: 01

9. Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas (P-20-002) y Acciones Preventivas (P-20-001), a fin de solventar la causa que generadora de dicho resultado.

- B. Si el valor obtenido es mayor a valor mínimo establecido y esta condición se obtiene repetitivamente en las mediciones obtenidas en un periodo igual o mayor a un año es necesario revisar y modificar el valor del estándar utilizado para determinar el rango permisible.

10. Observaciones:

El **Valor Mínimo** permisible del nivel de satisfacción de los usuarios es establecido en base a los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción realizadas en el año 2011.

Es importante mencionar que para obtener resultados exactos y reales es necesario actualizar el **Valor Mínimo** a partir de los resultados del procedimiento Medición de la Satisfacción de los usuarios.

11. Hoja de Vida del Indicador:

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR				
Área:				
Proceso:				
Procedimiento:				
Indicador:	Objetivo de Indicador:			
Unidad:				
Periodicidad:				
Formula:				
Fuente de Información:				
RESULTADOS:				
Fecha:				
Responsable de la medición y análisis:				
Observaciones:				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	24 de 25



12. Ejemplo de Aplicación:

Para conocer los valores obtenidos de las encuestas de satisfacción realizadas en año 2011 y la base para la determinación del Rango Permissible se presentan a continuación los resultados por unidad del CAL:

CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)				
Unidades	Excelente	Bueno	Regular	Total
CONSULTA EXTERNA	<u>70%</u>	24%	6%	100%
ULAM	<u>65%</u>	23%	12%	100%
UOT	<u>20%</u>	20%	60%	100%

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

25 de 25



INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN DE INTEGRAL

MANUAL DE ORGANIZACIÓN

CÓDIGO MANUAL:	DE	M-02-001	VERSIÓN MANUAL:	DE	02
Nº DE COPIA:		01			
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutilla Ríos				
APROBADO POR:	Dr. José Vicente Coto Ugarte, Presidente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral				
FECHA APROBACIÓN:	DE	Febrero 2012			



ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-001

VERSIÓN: 02

Contenido

AUTORIZACIÓN Y VIGENCIA.....	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS DEL MANUAL.....	6
CAMPO DE APLICACIÓN	6
MARCO LEGAL.....	7
MISIÓN DEL ISRI.....	8
VISIÓN DEL ISRI.....	8
VALORES DEL ISRI.....	9
OBJETIVOS DEL ISRI.....	11
DEFINICIONES	12
NIVELES DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL ISRI.....	13
NIVEL DIRECCIÓN.....	14
NIVEL ASESOR	14
NIVEL GERENCIAL	14
NIVEL OPERATIVO.....	14
ÁREAS DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR.....	16
JUNTA DIRECTIVA	16
PRESIDENCIA.....	18
GERENCIA ADMINISTRATIVA	19
GERENCIA MÉDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	20
COMITÉ DE CALIDAD	21
OBJETIVO.....	21
FUNCIONES	21
ASESORÍA JURÍDICA	24
COMUNICACIONES	25
UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL.....	26
ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.....	27

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	2 de 50



ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

RECURSOS HUMANOS.....	28
CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	29
SERVICIOS GENERALES.....	30
CENTROS DE ATENCIÓN	31
1. CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR – CAL.....	31
2. CENTRO DE REHABILITACIÓN DE CIEGOS “EUGENIA DE DUEÑAS”	34
3. CENTRO DE AUDICIÓN Y LENGUAJE – CALE	36
4. CENTRO DE ATENCIÓN DE ANCIANOS “SARA ZALDÍVAR”	38
5. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE – CRIOR	40
6. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE – CRIO	42
7. CENTRO DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL-CRP.....	44
8. CONSULTA EXTERNA Y GERIÁTRICA	47
9. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA – CRINA..	49

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

3 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

AUTORIZACIÓN Y VIGENCIA

Se expide el presente Manual de Organización del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Integral, el cual contiene información referente a la estructura orgánica y funciones de las áreas que lo integran.

Este manual tendrá vigencia a partir de la ratificación por Junta Directiva del ISRI y deja sin efecto a los expedidos en fechas anteriores.

AUTORIZADO
DR. JOSÉ VICENTE COTO UGARTE
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA DEL ISRI

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	4 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

INTRODUCCIÓN

El Manual de Organización es un documento administrativo que contiene información sistemática referente a la estructura orgánica y las funciones de cada uno de los órganos administrativos que integran al Instituto.

El presente documento tiene como propósito orientar a los servidores públicos del ISRI en el desarrollo de las actividades institucionales, ya que contiene los criterios de organización, detallando de manera explícita, las funciones de cada uno de los órganos administrativos que integran a Instituto, siendo su objetivo primordial servir como instrumento normativo.

El documento presenta los objetivos del Manual, el campo de aplicación, la Misión, la Visión, objetivos institucionales, valores, objetivos del ISRI; continúa detallando los niveles de la estructura organizativa, el objetivo de cada área y Centro de Atención.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	5 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

OBJETIVOS DEL MANUAL

GENERAL

Proporcionar en forma ordenada y sistemática la información referente a la Misión, Visión, Valores, Objetivos y Estructura Organizativa del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

ESPECÍFICOS

- Presentar una visión de conjunto del Instituto.
- Describir los objetivos de las áreas y Centros de Atención.
- Delimitar el grado de responsabilidad y competencia de las áreas administrativas.
- Servir como instrumento de apoyo administrativo del personal del Instituto para la división del trabajo.
- Contribuir a la mejora de la gestión administrativa para la consecución de los objetivos del ISRI.
- Contribuir como medio de información para apoyar la inducción del personal de nuevo ingreso.

CAMPO DE APLICACIÓN

Quedan sujetos a este documento, todos los niveles de la Estructura Organizativa del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), en los cuales se le deberá dar estricto cumplimiento a lo determinado en el mismo.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	6 de 50



ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

MARCO LEGAL

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) Fue creado por Decreto número 503 del Directorio Cívico Militar de El Salvador, publicado en el Diario Oficial número 239, tomo 193 de fecha 27 de diciembre de 1961. Actualmente está conformado por nueve centros de atención ubicados, siete en San Salvador, uno en Santa Ana y otro en San Miguel.

Para dar cumplimiento a su Misión el Instituto se rige por la Ley del ISRI, Código de Salud y por diferentes normativas gubernamentales e institucionales, en particular las *Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI*; que constituyen el marco básico que establece el Instituto para fundamentar una estructura organizativa que permita, con seguridad razonable, el cumplimiento de los objetivos institucionales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	7 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

MISIÓN DEL ISRI

Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con facultades especiales, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social

VISIÓN DEL ISRI

Ser una institución pionera a nivel nacional y regional, en la prestación de servicios de rehabilitación integral, reconocida por su excelencia y compromiso de calidad en la rehabilitación de las personas con facultades especiales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	8 de 50



VALORES DEL ISRI

CALIDEZ: disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.

COMPETENCIA: mantenemos la actitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.

COMPROMISO: estamos identificados con el quehacer de la Institución y concientizados que el ISRI es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención.

CONFIDENCIALIDAD: somos reservados en el uso de la información institucional.

EQUIDAD: garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de rehabilitación.

LEALTAD: somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.

RESPONSABILIDAD: actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.

TRANSPARENCIA: nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.

UNIDAD: estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	9 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

LIDERAZGO: Buscamos el mejoramiento continuo, para constituirnos en el mejor referente nacional en el servicio de rehabilitación de personas con facultades especiales.

ESPÍRITU DE SERVICIO: Nos preocupamos por una permanente actitud de respeto y preocupación ante los requerimientos de nuestros usuarios; así como una constante investigación de sus necesidades.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	10 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

OBJETIVOS DEL ISRI

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas.
2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.
4. Intervenir tempranamente las discapacidades en las diferentes áreas de atención del Instituto.
5. Contribuir en la prevención y detección temprana de las discapacidades.
6. Promover la equiparación de oportunidades para la plena participación social de las personas con discapacidad.
7. Promover la investigación orientada a la consecución de sus fines.
8. Dirigir el desarrollo institucional.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	11 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

DEFINICIONES

CONCEPTO	DEFINICIÓN
ÁREA	Nombre de quien establece la relación
AUTORIDAD ASESORA	Derecho de proponer, recomendar y sugerir soluciones a las diferentes áreas. No implica atribución de mando.
AUTORIDAD FUNCIONAL	Derecho de emitir directrices y controlar acciones, sobre una materia específica, a las áreas que no se encuentren bajo su responsabilidad.
AUTORIDAD JERÁRQUICA DE LÍNEA	Derecho de requerir y ejecutar acciones y supervisar a las áreas bajo su responsabilidad.
DEPENDENCIA FUNCIONAL	Subordinación, sobre una materia específica, de quien depende el área
DEPENDENCIA JERÁRQUICA	Subordinación de línea de quien depende el área
NIVEL ORGANIZATIVO	Ubicación del área en la Estructura Organizativa
OBJETIVO DEL ÁREA	Descripción y propósito de la actividad principal del área
OTRAS ÁREAS DE RELACIÓN	Unidades con las que se relaciona el área y que no tiene línea de autoridad directa
RELACIÓN EXTERNA	Actividad interinstitucional de cooperación para lograr un objetivo en forma conjunta.
SUBÁREA	Nombre con quien el área establece su relación principal

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	12 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

NIVELES DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL ISRI

Para cumplir con su Misión, Visión, Valores y objetivos, el Instituto está constituido por niveles jerárquicos que se rigen por la Ley del ISRI, por el Código de Salud, por las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI, por el Reglamento General del ISRI y por otras normativas aplicables. Cada Nivel está integrado por las siguientes áreas:

NIVEL	ÁREA
DIRECCIÓN	<ul style="list-style-type: none">▪ Junta Directiva▪ Presidencia
ASESOR	<ul style="list-style-type: none">▪ Auditoría Interna▪ Asesoría Jurídica▪ Comunicaciones▪ Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
GERENCIAL	<ul style="list-style-type: none">▪ Gerencia Administrativa▪ Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación
OPERATIVO	<ul style="list-style-type: none">▪ Dirección de Centro▪ Administración de Centro▪ Jefatura de Área▪ Personal Técnico y Administrativo

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

13 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

NIVEL DIRECCIÓN

Junta Directiva

Es la autoridad superior en el orden administrativo, financiero y técnico. Entre sus atribuciones están la de dictar las políticas y normas generales del Instituto y orientar su gestión por medio de planes, programas y proyectos.

Presidencia del Instituto

Presidente de la Junta Directiva y le corresponde ejercer la representación legal del ISRI en toda clase de asuntos, pudiendo delegar esta facultad en uno de los dos Vicepresidentes de la Junta Directiva, previa autorización de la misma. Al Presidente le compete la vigilancia de la marcha eficiente del ISRI debiendo comunicar a la Gerencia Administrativa y a la Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación, las observaciones e instrucciones que estime convenientes.

NIVEL ASESOR

Puede proponer, recomendar y sugerir soluciones a solicitud de los diferentes niveles, no implicando esto atribución de mando.

NIVEL GERENCIAL

La Gerencia Administrativa

Es la encargada de administrar los recursos, velar por los intereses comunes del Instituto y de dar cumplimiento a los acuerdos y resoluciones de la Junta Directiva.

La Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación

Es responsable de la coordinación y evaluación de los servicios técnicos del ISRI, en los aspectos de rehabilitación integral.

Los niveles Dirección, Asesor y Gerencial constituyen la Administración Superior del Instituto.

NIVEL OPERATIVO

Dirección de Centro

Responsable del buen funcionamiento, del aspecto técnico como administrativo del centro de atención.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	14 de 50

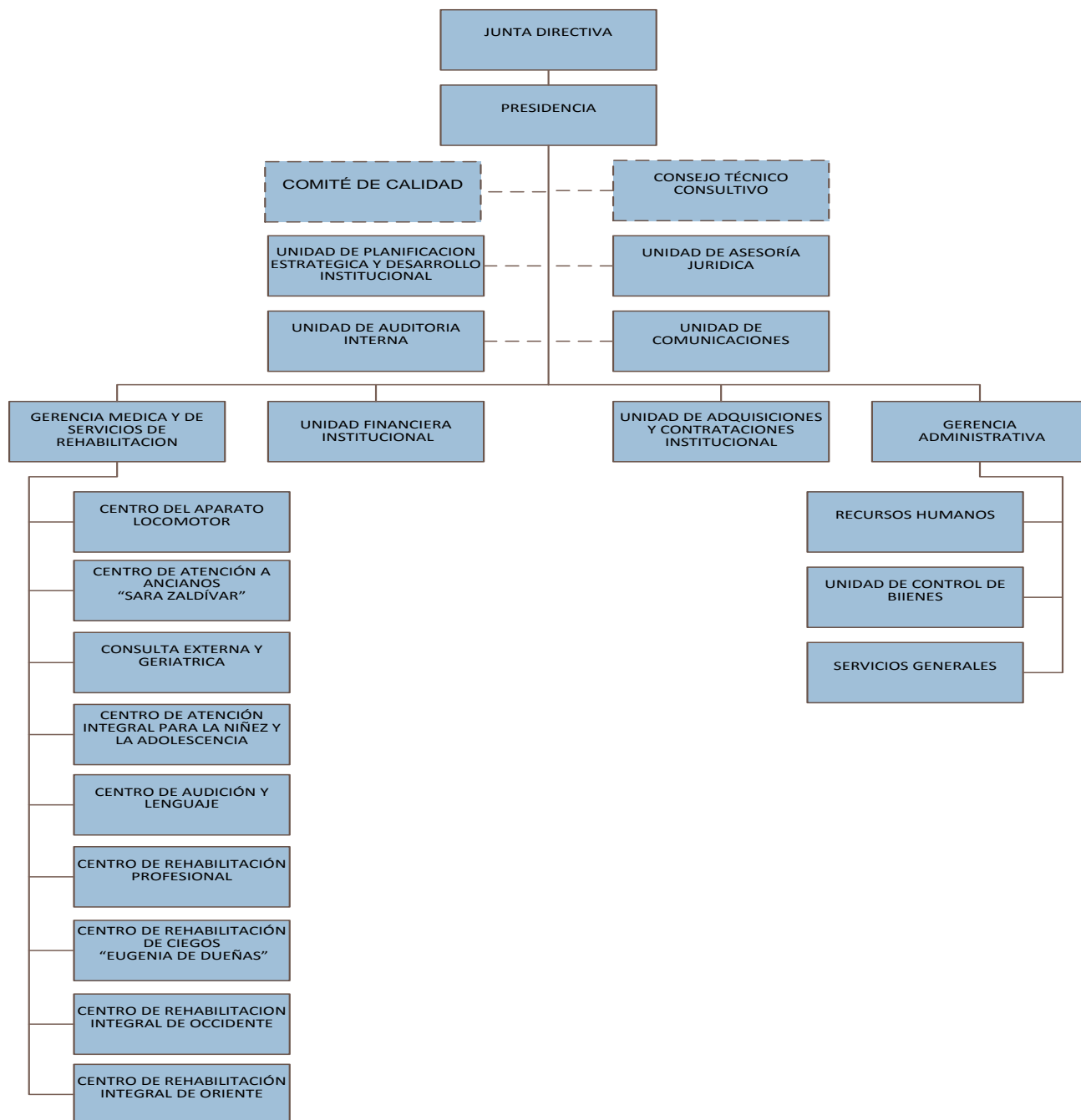


MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA ISRI



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	15 de 50



ÁREAS DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR

JUNTA DIRECTIVA

OBJETIVO

Dictar las políticas y normas del Instituto a efecto de poder lograr la Visión, cumplir con la Misión y alcanzar sus objetivos. Es la autoridad superior en el orden administrativo, financiero y técnico.

FUNCIONES

- a. Formular y aprobar las políticas generales del Instituto.
- b. Orientar la gestión institucional por medio de la aprobación de planes, programas y proyectos en coordinación con las instituciones representadas y otras instituciones cuando así se requiera y facilitar el desarrollo de los mismos;
- c. Conocer y aprobar la creación, apertura, fusión, funcionamiento o cierre de centros, unidades de atención, servicios o instancias, que estime necesarios para cumplir los fines del Instituto, siempre que los mismos sean parte de la estructura del Instituto;
- d. Conocer y aprobar el anteproyecto del presupuesto institucional y autorizar su remisión a la autoridad correspondiente.
- e. Conocer y aprobar el Plan Estratégico, Plan Anual Operativo, Memoria de Labores, Evaluación Anual de la gestión institucional y otros instrumentos que regulen las actividades técnicas y administrativas del Instituto;
- f. Conocer y aprobar la gestión de compraventa o cualquier otra clase de enajenación de los bienes muebles e inmuebles del Instituto, así como cualquier otro tipo de contrato que no implique transferencia del dominio de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes;
- g. Autorizar los gastos y compras de acuerdo a las disposiciones correspondientes;
- h. Determinar, fijar y modificar tarifas, emolumentos y honorarios a propuesta del presidente para los servicios de rehabilitación de aquellas personas con posibilidad económica;
- i. La Aprobación de la estructura organizativa de la Institución;

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	16 de 50



ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

- j. Autorizar la contratación de Asesor Jurídico, Gerentes, Auditor Interno, Auditor externo, así como a los consultores; y
- k. Aprobar el Proyecto de Reglamento Interno de Trabajo.
- l. Las demás atribuciones que confiere la ley, para el buen, efectivo y eficaz desarrollo de su gestión.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	17 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

PRESIDENCIA

OBJETIVO

Dirigir las acciones tendientes a lograr la Visión, cumplir con la Misión y alcanzar los objetivos del Instituto.

FUNCIONES

- a. Dirigir y conducir al instituto a efecto de lograr sus objetivos
- b. Presidir y convocar a la Junta Directiva para celebrar sesiones ordinarias o extraordinarias;
- c. Abrir, suspender, reanudar y cerrar las sesiones de Junta Directiva;
- d. Dirigir la discusión de los asuntos a tratar durante la sesión;
- e. Presentar a la Junta Directiva el anteproyecto del Presupuesto, Plan Estratégico, Plan Anual Operativo, Evaluación Anual de la gestión institucional, Memoria de Labores, Normas e Instrumentos administrativos y técnicos del Instituto para su aprobación;
- f. Otorgar poderes generales, especiales o judiciales previo conocimiento de la Junta Directiva;
- g. Participar en las Sesiones que convoque el ente rector del Sistema Nacional de Salud;
- h. Nombrar, contratar, promover, remover, despedir y destituir por falta grave y corregir disciplinariamente al personal del Instituto de conformidad a las Disposiciones Correspondientes,
- i. Ejercer las demás atribuciones que le señale l o las que le sean delegadas por la Junta Directiva.
- j. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	18 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

GERENCIA ADMINISTRATIVA

OBJETIVO

Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar los servicios administrativos del Instituto, con la finalidad de asegurar que los recursos del Instituto, sean utilizados racionalmente.

FUNCIONES

- a. Asesorar a la Presidencia sobre políticas, normas y procedimientos a seguir en la organización, desarrollo y funcionamiento del Instituto en el área administrativa;
- b. Cumplir y velar por el cumplimiento de las políticas, estrategias y lineamientos que regulan al Instituto;
- c. Coordinar la elaboración del proyecto de presupuesto del Instituto.
- d. Presentar a la Presidencia el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad;
- e. Dirigir, orientar y coordinar las labores del personal a su cargo en los aspectos administrativos y controlar su eficiencia y eficacia;
- f. Desarrollar la gestión de la calidad en su área de competencia por medio de normas pertinentes en materia administrativa;
- g. Evaluar los resultados obtenidos por las diversas áreas administrativas a su cargo y hacerlo del conocimiento de la Presidencia;
- h. Supervisar los procesos de adquisición de bienes y servicios del Instituto.
- i. Cumplir las demás atribuciones que le establezca la Junta Directiva o la Presidencia del Instituto.
- j. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	19 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

GERENCIA MÉDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

OBJETIVO

Planificar, Organizar, Dirigir, y Controlar los servicios de rehabilitación integral con el fin de garantizar eficiencia de la gestión en los centros de atención del Instituto.

FUNCIONES

- a. Asesorar a la Presidencia en materia de políticas en la prestación de servicios de rehabilitación.
- b. Participar en las sesiones de la Junta Directiva en calidad de asesor técnico con derecho a voz pero sin voto.
- c. Cumplir y velar por la ejecución de las políticas, estrategias y lineamientos que regulan al Instituto en el área técnica.
- d. Promover y garantizar el funcionamiento de los Centros de Atención en la prestación de servicios a los usuarios, a través de la implementación de estrategias que favorezcan la eficacia, eficiencia y calidad;
- e. Presentar a la Presidencia el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad;
- f. Promover y apoyar el adecuado desempeño técnico y profesional de los recursos humanos, a través de proporcionarles normas, guías técnicas y protocolos para la atención integral de las personas con discapacidad.
- g. Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes y programas de trabajo de los Centros de Atención, de acuerdo a lo establecido en los procedimientos, instrumentos e indicadores institucionales.
- h. Promover el desarrollo de estudios e investigaciones en materia de rehabilitación integral.
- i. Velar por el cumplimiento del modelo de atención.
- j. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	20 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

COMITÉ DE CALIDAD

OBJETIVO

Verificar y coordinar el adecuado funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad permitiendo la solución de problemas que interfieren con el logro de los objetivos de calidad y la mejora continua del sistema.

FUNCIONES

- a) Procurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Sistema de Gestión de la Calidad y promover la difusión y comprensión de la política de la calidad en todos los niveles de la organización.
- b) Asegurar que se desarrollan y se utilizan los registros requeridos para evidenciar el funcionamiento eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad, además de monitorear la aplicación de los documentos necesarios del Sistema de Gestión de la Calidad.
- c) Verificar que se implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de Gestión de la Calidad.
- d) Asegurar que se cumple la realización de los programas de capacitación y auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad.
- e) Transmitir las propuestas y puntos de vista de los usuarios
- f) Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
- g) Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
- h) Informar al Presidente del ISRI y a la Junta Directiva acerca del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	21 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

AUDITORÍA INTERNA

OBJETIVOS

Verificar la efectividad del sistema de control interno previo y concurrente de las operaciones institucionales, a través del monitoreo posterior de las operaciones, mediante la dirección, coordinación y supervisión de auditorías previamente planificadas de forma técnica y profesional teniendo como base el marco legal vigente, con la finalidad de contribuir a los objetivos del ambiente de control interno.

FUNCIONES

- a. Planificar, Organizar, dirigir y controlar todas aquellas actividades que garanticen el Sistema de Control Interno.
- b. Proporcionar asesorías de acuerdo a solicitudes recibidas de Junta Directiva, Presidencia, Gerencias, Directores de Centros y Jefaturas de la Administración Superior.
- c. Consolidación de la información obtenida en las auditorías realizadas.
- d. Planificación de la auditoría a realizar
- e. Elaborar informes de las auditorías realizadas, dependiendo de la planificación de la misma.
- f. Remitir informes de las auditorías realizadas a los auditados y a la Corte de Cuentas, tal como lo establece la Ley.
- g. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	22 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

OBJETIVO

Asesorar, conducir y coordinar en forma interactiva los procesos institucionales, mediante la formulación y seguimiento del Desarrollo Institucional, la definición de planes, programas y proyectos, desarrollo de Sistemas de Información; para así brindar información oportuna, contribuyendo a una adecuada toma de decisiones por parte de las autoridades del Instituto y así asegurar las condiciones que contribuyan a mejorar la calidad de la gestión institucional.

FUNCIONES

- a. Asesorar a la Presidencia en el desarrollo de Políticas y en la determinación de prioridades Institucionales.
- b. Asesorar en los diferentes niveles de la Estructura Organizativa del ISRI.
- c. Coordinar la elaboración del Plan Estratégico Institucional.
- d. Coordinar la formulación de los Planes de Trabajo anuales.
- e. Coordinar la formulación, actualización y divulgación de la Normativa Institucional.
- f. Coordinar Plan quinquenal de Preinversión e Inversión Publica del Instituto.
- g. Coordinar diferentes Investigaciones Científicas.
- h. Coordinar el desarrollo, Monitoreo, Supervisión y Evaluación de los Sistemas de Información Institucionales.
- i. Dar seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos institucionales de los Planes de Trabajo.
- j. Formulación, gestión y evaluación de proyectos de inversión.
- k. Coordinar el proceso de valoración de riesgos institucionales.
- l. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	23 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ASESORÍA JURÍDICA

OBJETIVO

Brindar asesoría jurídica en todas las ramas del derecho a la Institución, así como casos específicos y particulares por delegación de la Junta Directiva y/o del Presidente. Asesoría legal a las Gerencias y diferentes dependencias de la Institución.

FUNCIONES

- a. Asesorar, conducir y asistir al Instituto en los procesos que se desarrollan, de manera que éstos y los procedimientos sean conducidos dentro del marco legal regulatorio y de conformidad a las competencias institucionales.
- b. Asistir en calidad de Secretario de Actas a las sesiones de Junta Directiva, en las cuales participará con voz pero sin voto;
- c. Emitir opinión jurídica sobre informes o dictámenes que sean requeridos por entidades públicas, autónomas o privadas, referentes a asuntos particulares de la Institución.
- d. Revisión y elaboración de contratos, y cualquier otro documento legal de la Institución.
- e. Velar por la aplicabilidad correcta del marco regulatorio propio de la materia que ocupa al Instituto, así como de salud ambiental, laboral, administrativa y cualesquiera de las responsabilidades para el sector gubernamental, y muy particularmente de responsabilidad para esta Institución.
- f. Participar en la elaboración, revisión y actualización del marco regulatorio en materia de rehabilitación integral principalmente y todas aquellas en que tenga injerencia el ISRI.
- g. Colaborar en la revisión de Pliegos de cargos o bases de Licitaciones, que se llevarán a cabo con fondos GOES, Préstamos, Organismos o Agencias Internacionales, previa autorización del Titular.
- h. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	24 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

COMUNICACIONES

OBJETIVOS

Planificar, organizar, dirigir y coordinar todas las actividades de información, difusión y comunicación, que permita proyectar una imagen favorable del Instituto.

FUNCIONES

- a. Consolidar y desarrollar el Plan comunicacional Institucional.
- b. Coordinar con las diferentes instancias del instituto el desarrollo de actividades de interés Institucional
- c. Coordinar la compilación de información para la elaboración de revistas, boletines de prensa, así como, revisar la formulación y redacción del material editorial e informativo.
- d. Diseñar y proponer la logística de distribución de folletos, trípticos revistas y demás publicaciones donde se den a conocer las principales actividades desarrolladas por ISRI.
- e. Integrar y promover la información institucional para su difusión en los medios de comunicación, dando el seguimiento correspondiente.
- f. Diseñar campañas de difusión, así como intervenir en la obtención de tiempos oficiales, contratación y supervisión de los medios de comunicación que se requieran para su realización.
- g. Verificar la captura del material videográfico y fotográfico, para la realización de archivos, sobre diversas acciones realizadas por las diferentes áreas. Mantener actualizado el centro de documentación.
- h. Organizar y controlar el monitoreo de noticiarios en televisión, radiodifusión y prensa, así como, evaluar la información que se difunde en los medios de comunicación, relacionada al sector salud.
- i. Mantener actualizado el sitio web institucional.
- j. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	25 de 50



UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

OBJETIVO

Planificar, organizar, dirigir y controlar, las actividades del Proceso Administrativo Financiero correspondientes a la Institución, en forma integrada e interrelacionada, velando por el cumplimiento de la normativa definida por el Ministerio de Hacienda.

FUNCIONES

- a. Coordinar las actividades relacionadas con la elaboración del Proyecto de Presupuesto Institucional, Ejecución, Seguimiento y Evaluación Presupuestaria.
- b. Realizar la gestión de los Recursos Financieros, las actividades relacionadas con el pago de los compromisos institucionales y mantener actualizados los auxiliares.
- c. Validar los registros contables que se generen en forma automática y efectuar los registros contables directos; realizar oportunamente los cierres contables, preparar los estados financieros básicos e informar sobre el comportamiento de los recursos y obligaciones institucionales.
- d. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	26 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

OBJETIVOS

Planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos de adquisiciones y contratación de bienes y servicios Institucionales de manera eficaz, eficiente, objetiva y transparente.

FUNCIONES

- a. Gestionar el proceso de compra de acuerdo a la LACAP.
- b. Actualizar los inventarios de bienes e insumos.
- c. Mantener el banco de proveedores actualizados.
- d. Actualizar el módulo de divulgación de compras.
- e. Asesorar en gestiones de compras a las diferentes dependencias del ISRI.
- f. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

27 de 50



RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO

Planificar, organizar, dirigir y coordinar las acciones de Recursos Humanos, tales como procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción, capacitación y desarrollo del personal de la Institución, de manera eficaz y respondiendo siempre a las necesidades de la misma.

FUNCIONES

- a. Dar lineamientos para la elaboración del Plan de desarrollo del recurso humano.
- b. Consolidar y ejecutar el plan de desarrollo del recurso humano.
- c. Administrar el proceso de Reclutamiento, Selección, Contratación, Inducción y desarrollo del Personal.
- d. Mantener un sistema eficiente de registro y control actualizado del personal.
- e. Efectuar los trámites correspondientes con las prestaciones sociales de ley.
- f. Elaborar el control de asistencia de los empleados y elaborar las notas para la aplicación de descuentos.
- g. Administrar el proceso de evaluación del desempeño para todos los empleados de la Institución.
- h. Administrar el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)
- i. Implementar un sistema de promoción de personal con base en la evaluación del desempeño y el tiempo laboral.
- j. Actualizar y resguardar los expedientes de los recursos humanos
- k. Participar en la elaboración de manuales, reglamentos y procedimientos relativos a la administración de los recursos humanos.
- l. Coordinar el Plan Anual de Capacitación Continua Institucional.
- m. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	28 de 50



CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES

OBJETIVO

Responsable de controlar los bienes muebles e inmuebles del ISRI; proporcionando la asesoría requerida a las jefaturas y centros de atención en el proceso de levantamiento y verificación física de los inventarios, a fin de mantener un control administrativo adecuado de los activos fijos incluyendo un registro físico de cada bien que estará en concordancia con los estados financieros.

FUNCIONES

- a. Brindar asesoría a las diferentes dependencias de acuerdo a los requerimientos.
- b. Elaboración de actas de verificación de bienes.
- c. Elaborar informe de bienes extraviados.
- d. Elaboración de inventario de bienes muebles e inmuebles.
- e. Revisión y verificación de inventarios remitidos por las diferentes dependencias.
- f. Coordinar la comisión de valúo de bienes susceptibles de venta.
- g. Elaboración y apoyo de bases para subasta pública.
- h. Proponer actualizaciones a lineamientos y normativas de la Unidad.
- i. Verificar que los bienes adquiridos sean incorporados a los inventarios.
- j. Coordinar el traslado de bienes a subastar al centro de acopio.
- k. Entregar los bienes subastados al ganador de subasta pública.
- l. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	29 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

SERVICIOS GENERALES

OBJETIVO

Planificar, Dirigir y Coordinar las secciones que integran servicios generales, proporcionando respuesta oportuna a los requerimientos de las unidades organizativas del Instituto.

FUNCIONES

- a. Garantizar el mantenimiento preventivo programado y correctivo oportuno, que permita el funcionamiento continuo de equipos, mobiliario e infraestructura.
- b. Garantizar la custodia de bienes muebles e inmuebles institucionales a través de una vigilancia efectiva.
- c. Proporcionar transporte a usuarios internos y externos manteniendo la flota vehicular en óptimas condiciones.
- d. Colaborar con el levantamiento de inventario de bienes de la administración superior.
- e. Gestionar apoyo inherente al área con Instituciones públicas o privadas.
- f. Gestión del talento humano.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	30 de 50



CENTROS DE ATENCIÓN

1. CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR – CAL

OBJETIVO

Proveer servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad Neuromusculo-esquelética y del movimiento, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su mayor grado de independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

COMPETENCIA

- Centro Especializado en servicios de rehabilitación física-funcional, ambulatorios y de alojamiento temporal, para la atención de las personas con discapacidad Neuromusculo-esquelética y del movimiento.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado.

FUNCIONES

- a. Proveer servicios de Rehabilitación física-funcional, para la atención de las personas con discapacidad Neuro-músculo-esquelética y del movimiento.
- b. Proveer servicios de alojamiento temporal a pacientes con afecciones o lesiones medulares.
- c. Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad Neuro-músculo-esquelética y del movimiento.
- d. Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- e. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad Neuro-músculo-esquelética y del movimiento.
- f. Diseñar, elaborar y proveer ayudas técnicas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	31 de 50



ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

- g. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad Neuro-músculo - esquelética y del movimiento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	32 de 50

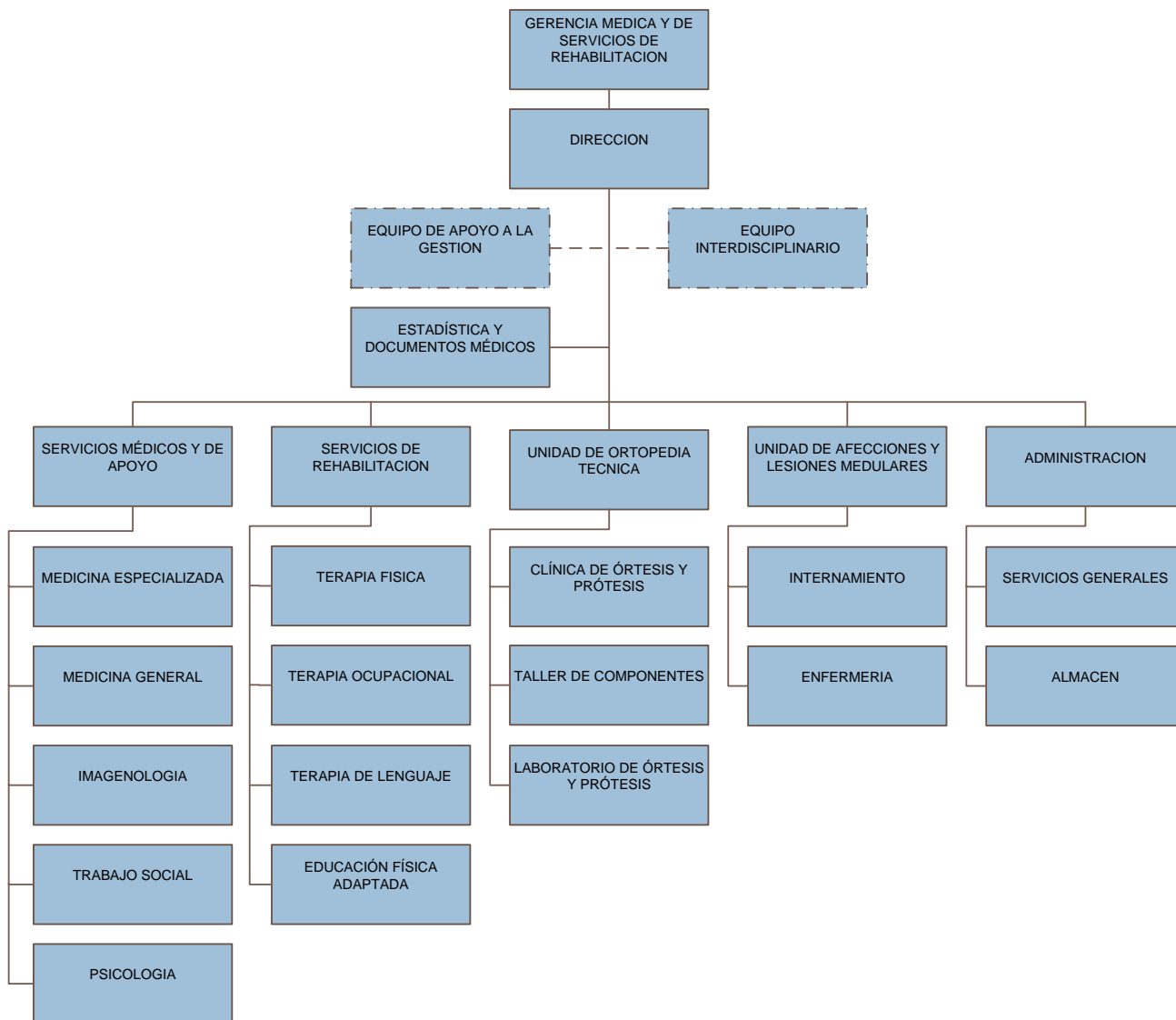


MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CAL



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

33 de 50



2. CENTRO DE REHABILITACIÓN DE CIEGOS “EUGENIA DE DUEÑAS”

OBJETIVO

Proveer servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad visual, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su mayor grado de independencia funcional calidad de vida y plena inclusión social.

COMPETENCIA

- Centro Especializado en servicios educativos, habilitación y rehabilitación, de manera ambulatorio y de alojamiento temporal, para la atención de las personas con discapacidad visual.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado.

FUNCIONES

- a. Proveer Servicios de Rehabilitación y habilitación especializados para la atención de las personas con discapacidad visual.
- b. Proveer servicios educativos para las personas con discapacidad visual.
- c. Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad visual.
- d. Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- e. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad visual.
- f. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad visual.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	34 de 50

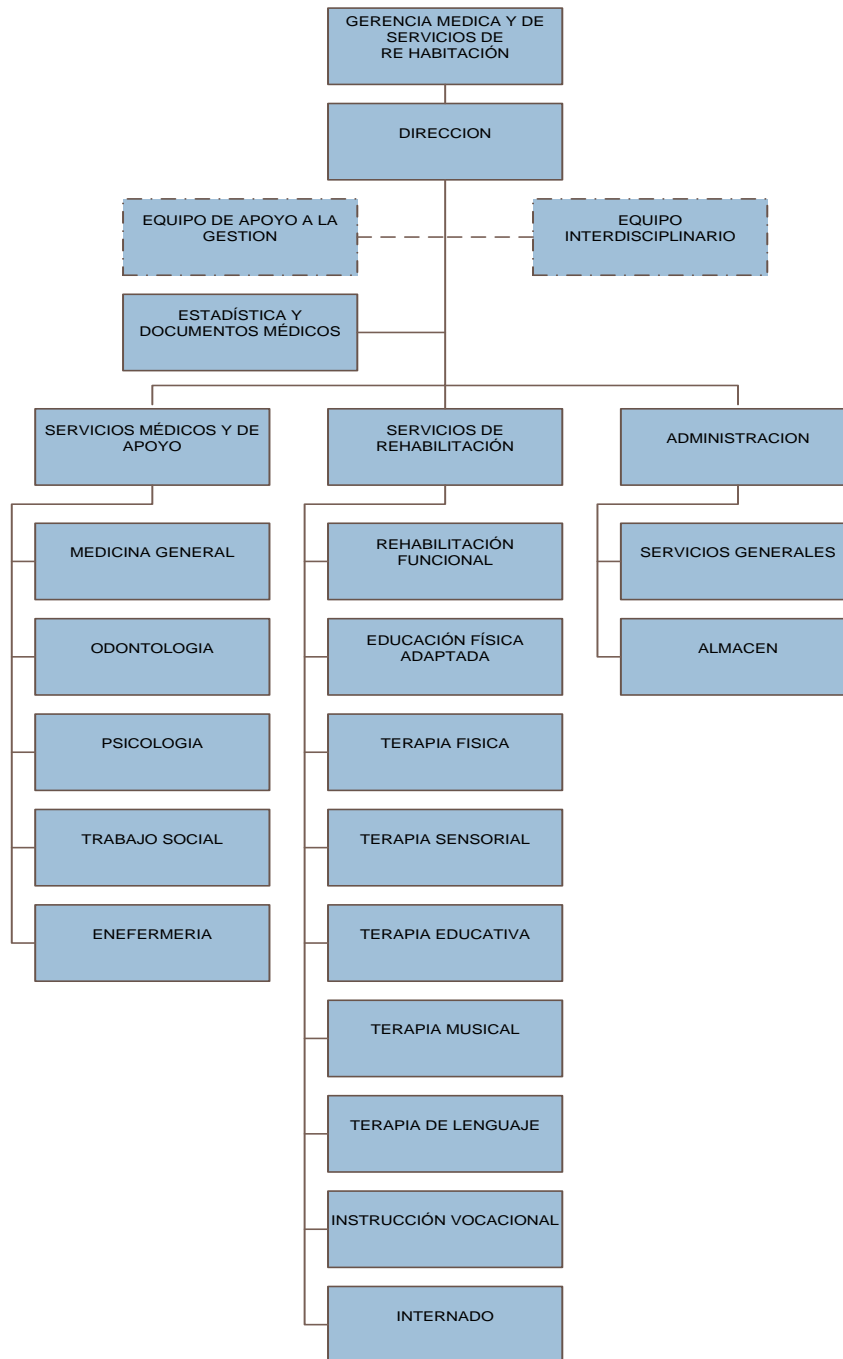


MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CENTRO DE CIEGOS "EUGENIA DE DUEÑAS"



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

35 de 50



3. CENTRO DE AUDICIÓN Y LENGUAJE – CALE

OBJETIVO

Proveer servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad auditiva, de la voz y del habla, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

COMPETENCIA

- Centro Especializado en servicios de rehabilitación a las personas con discapacidad auditiva, de la voz y del habla.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado.

FUNCIONES

- a. Proveer servicios de Rehabilitación a las personas con discapacidad auditiva, de la voz y del habla.
- b. Proveer servicios médicos especializados y estudios de gabinete.
- c. Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad auditiva, de la voz y del habla.
- d. Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- e. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad auditiva, de la voz y del habla.
- f. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad auditiva, de la voz y del habla.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	36 de 50



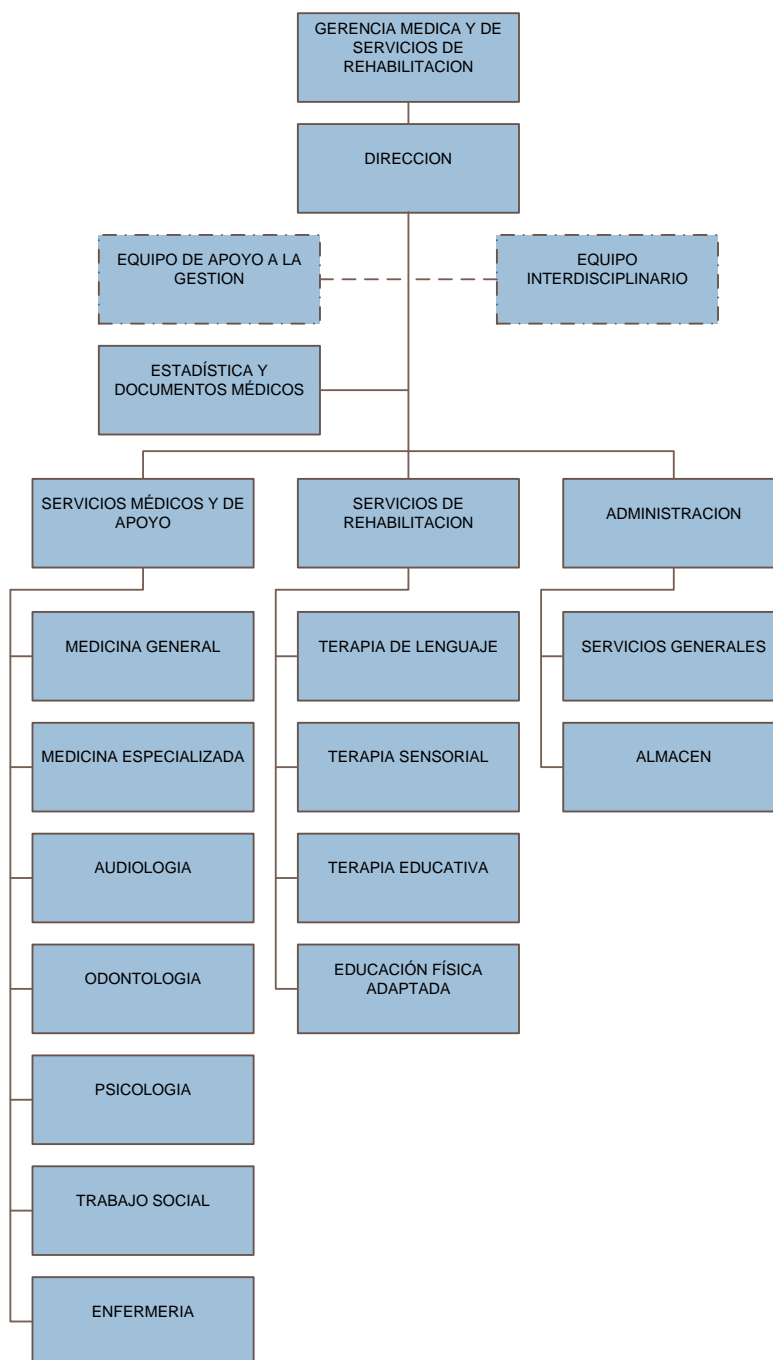
ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CALE



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	37 de 50



4. CENTRO DE ATENCIÓN DE ANCIANOS “SARA ZALDÍVAR”

OBJETIVO

Proporcionar atención integral y residencia para los adultos mayores carentes de contacto familiar y en condiciones de alto riesgo a su dignidad e integridad.

COMPETENCIA

Brindar atención integral y residencia a los adultos mayores carentes de contacto familiar y en condiciones de altos riesgos

FUNCIONES

- a. Proveer atención integral a través de la implementación de programas que permite como fin último, incrementar los años de vida sin discapacidad, asumiéndola como un proceso de acción participativa y como un medio para el mejoramiento de la calidad de vida de todos los adultos mayores.
- b. Realizar investigaciones en la especialidad de gerontología y geriatría, en coordinación con el área especializada.
- c. Promover la participación de la familia y la comunidad en el conocimiento del manejo de los adultos mayores y le facilite restablecer su red social.
- d. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que facilite al adulto mayor para fortalecer los programas de atención.
- e. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos institucionales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	38 de 50

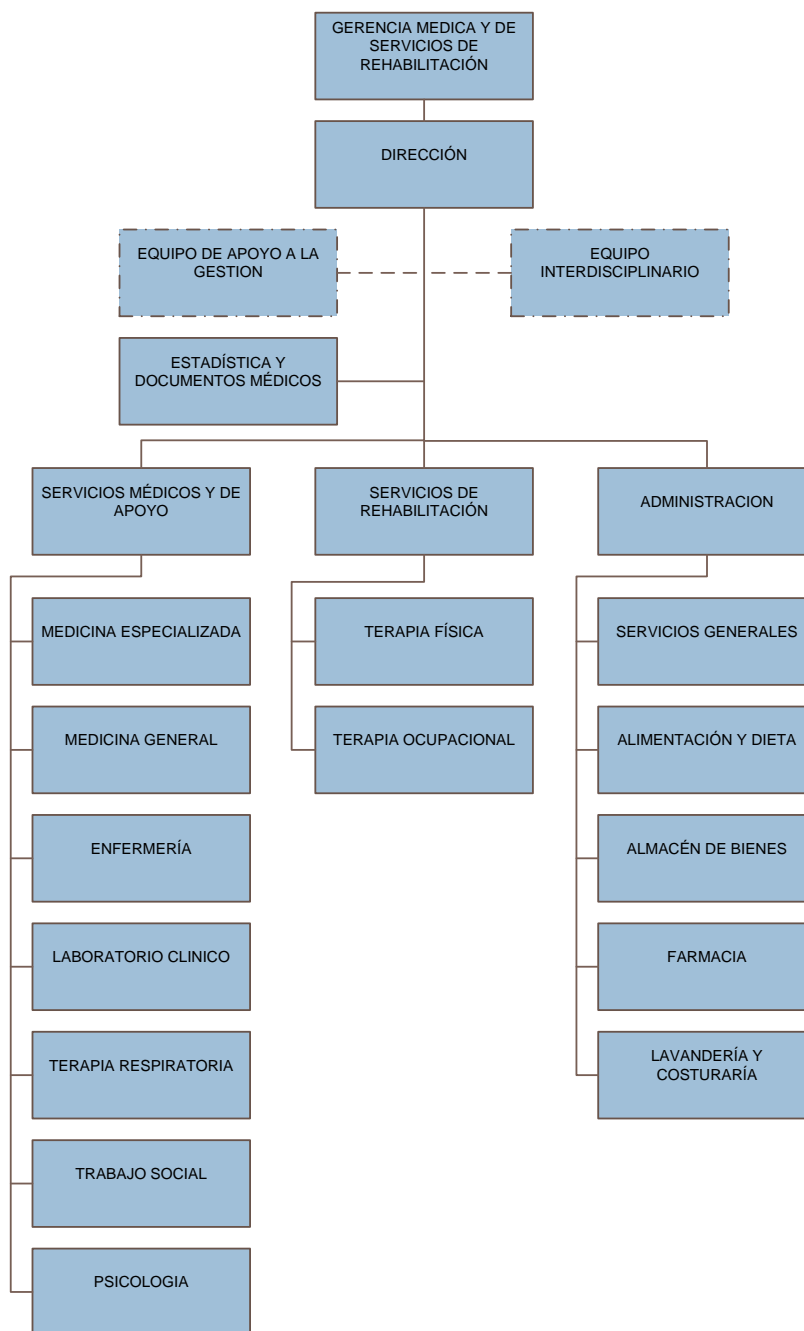


MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CENTRO DE ATENCIÓN A ANCIANOS “SARA ZALDÍVAR”



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

39 de 50



5. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE – CRIOR

OBJETIVO

Proveer servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

COMPETENCIA

- Brindar servicios de rehabilitación integral a las personas con discapacidad en el oriente del país.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado

FUNCIONES

- a. Proveer servicios de Rehabilitación Integral para la atención de las personas con discapacidad en las áreas física-funcional, sensorial, intelectual, auditiva, de la voz y del habla.
- b. Promover la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) y contribuir a la prevención y detección temprana de las discapacidades.
- c. Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad.
- d. Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- e. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad.
- f. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad.
- g. Diseñar, elaborar y proveer ayudas técnicas.
- h. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos institucionales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	40 de 50



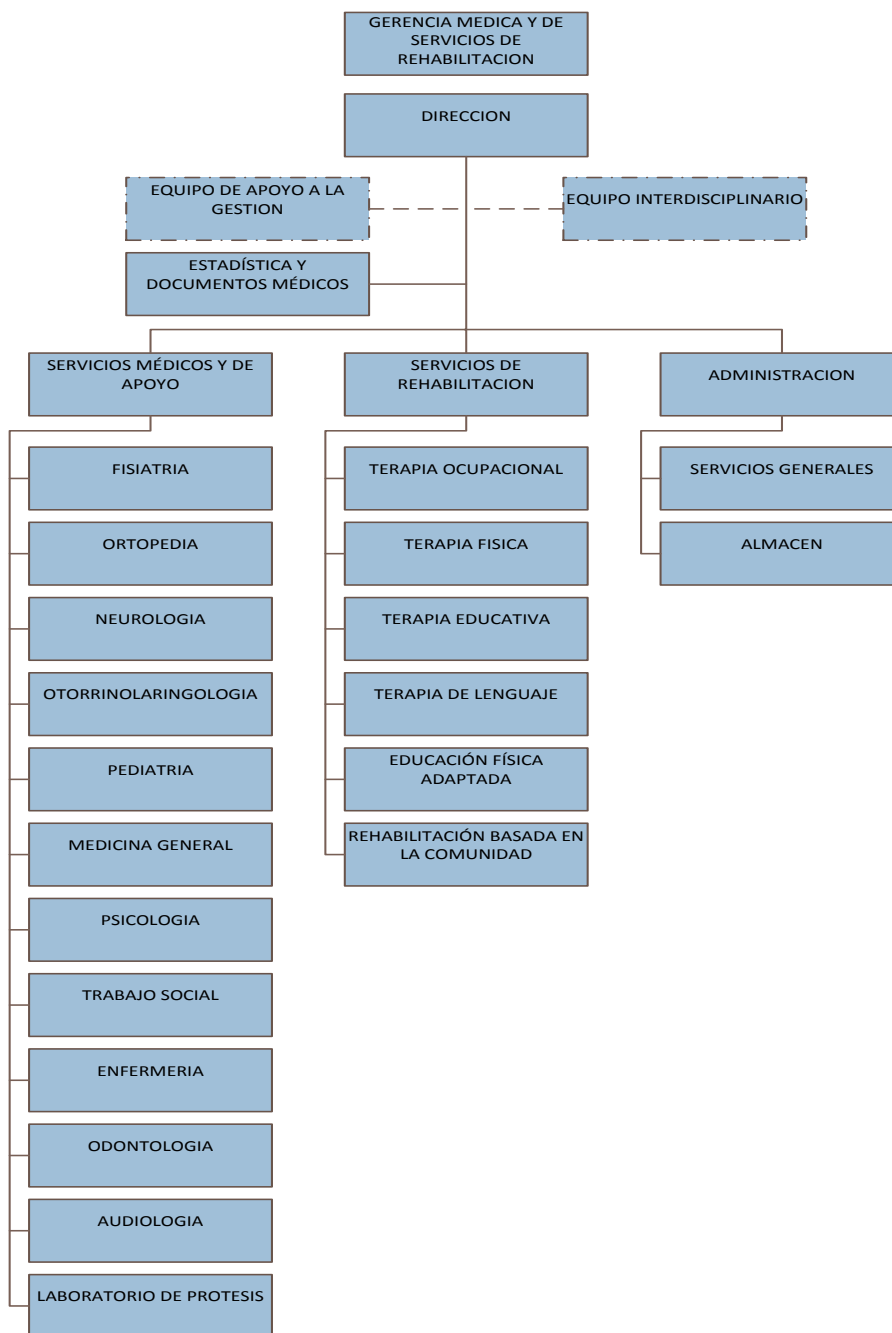
ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CRIOR



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	41 de 50



6. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE – CRIO

OBJETIVO

Proveer servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

COMPETENCIA

- Brindar servicios de rehabilitación integral a las personas con discapacidad en el occidente del país.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado.

FUNCIONES

- a. Proveer servicios de Rehabilitación Integral para la atención de las personas con discapacidad en las áreas física-funcional, sensorial, intelectual, auditiva, de la voz y del habla.
- b. Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad.
- c. Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- d. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad.
- e. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad.
- f. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos institucionales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	42 de 50



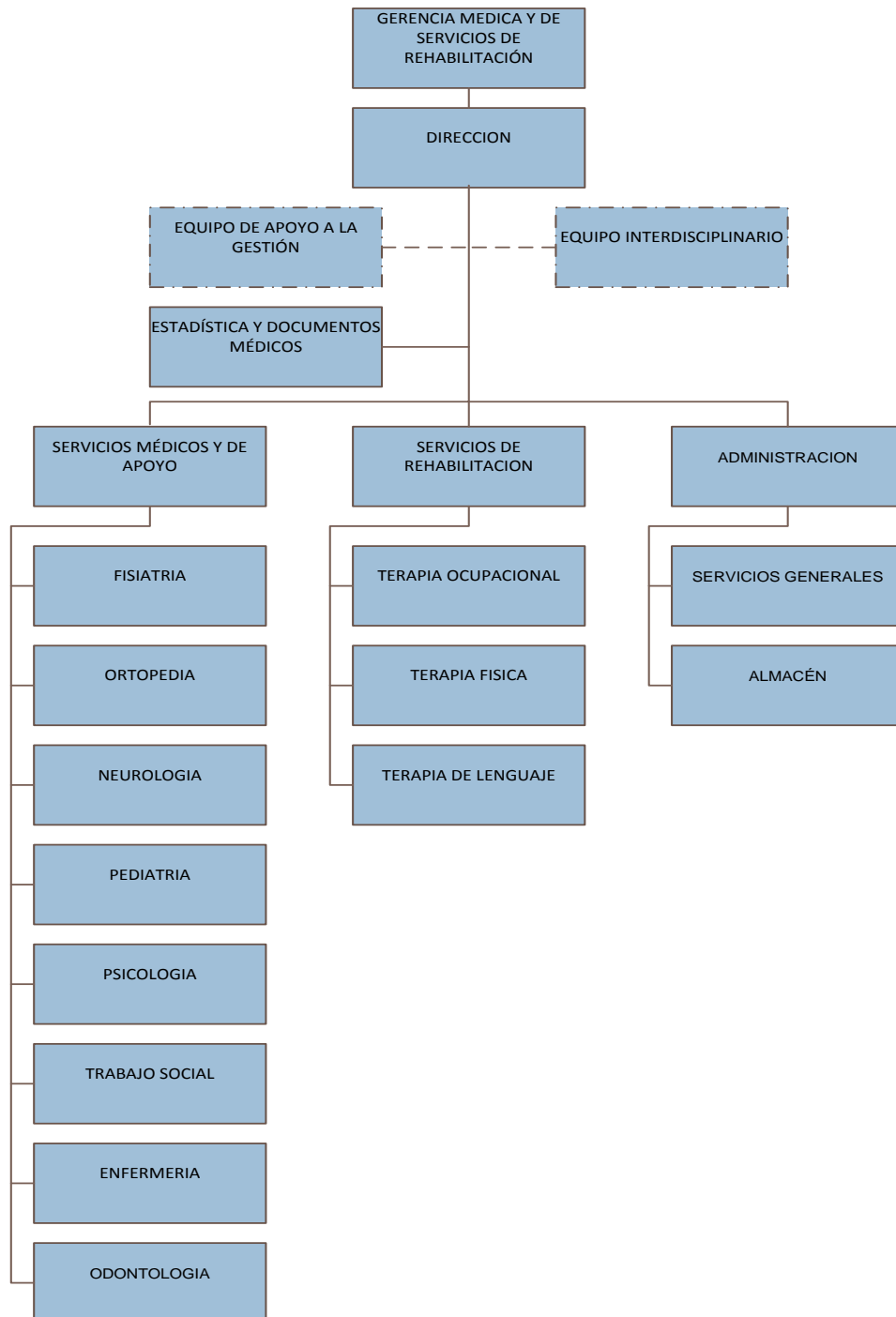
ISRI

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CRIO



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

43 de 50



7. CENTRO DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL-CRP

OBJETIVO

Proveer servicios de evaluación y orientación vocacional, rehabilitación profesional e inserción laboral a personas con discapacidad, brindados con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias, contribuyendo al logro de su independencia, calidad de vida y plena inclusión social.

COMPETENCIA

- Centro especializado para la evaluación y orientación vocacional, rehabilitación profesional e inserción laboral a personas con discapacidad, mayores de 14 años que han completado el plan de Rehabilitación Funcional.
- Para la prestación de los servicios se cuenta con equipo y personal especializado.

FUNCIONES

- a. Evaluar y proporcionar orientación vocacional, para facilitar el proceso de adaptación y aprendizaje a usuarios que demandan de los servicios del Centro.
- b. Rehabilitar a los usuarios capacitándolos profesionalmente en los talleres especiales.
- c. Insertar laboralmente a los usuarios de acuerdo a sus potencialidades y oferta de trabajo de las empresas.
- d. Promover, buscar e identificar fuentes de empleo en igualdad de oportunidades para personas rehabilitadas, capacitadas y aptas para desempeñarse en diferentes áreas laborales.
- e. Realizar gestiones con empresas públicas y privadas, a fin de lograr la inserción de personas con discapacidad al campo laboral.
- f. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación profesional de las personas con discapacidad.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	44 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

- g. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de evaluación y orientación vocacional, rehabilitación profesional e inserción laboral para las personas con discapacidad.
- h. Monitoreo y supervisión de las personas con discapacidad insertadas laboralmente.
- i. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos institucionales que permita fortalecer capacidad y habilidades en materia de rehabilitación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	45 de 50

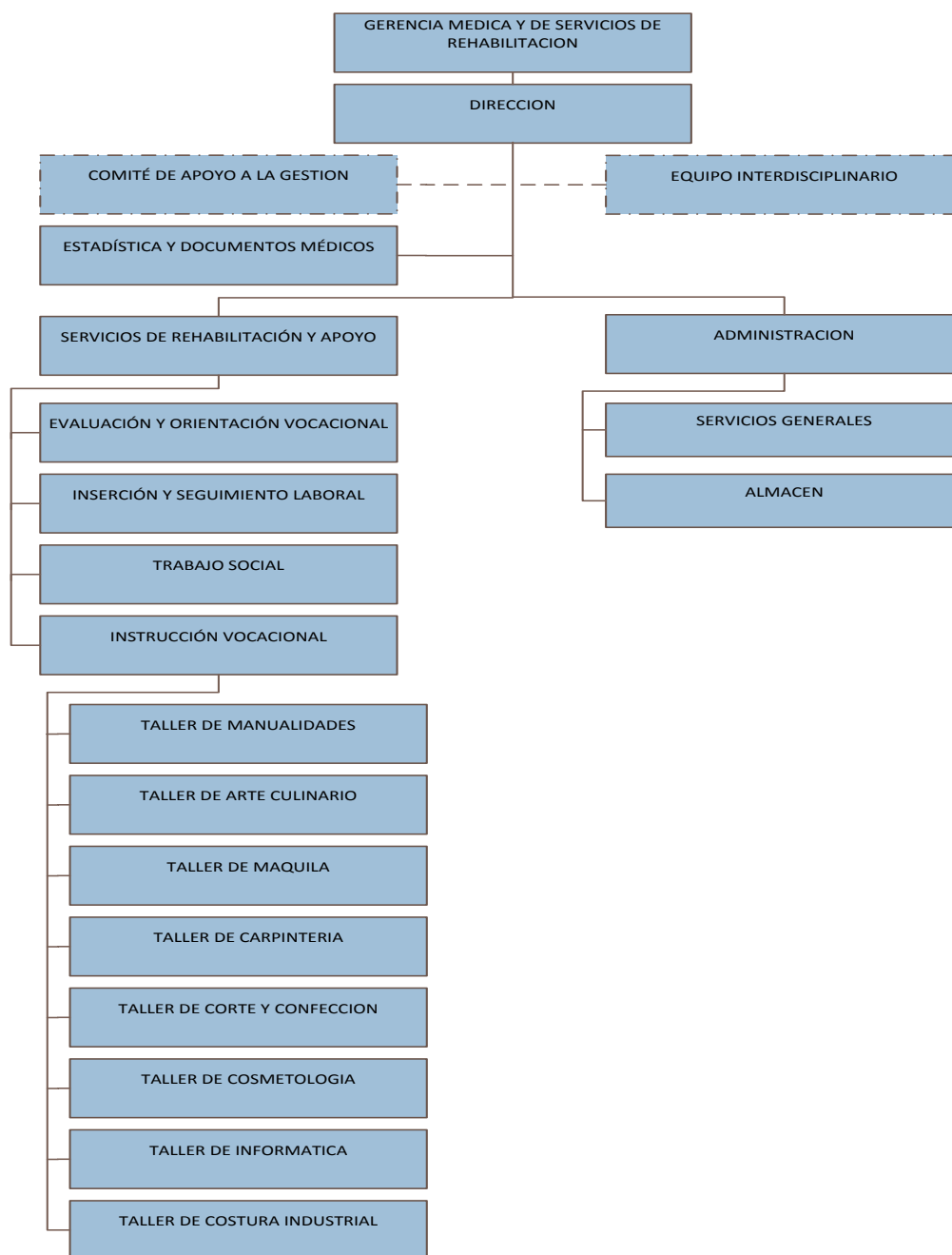


MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CRP



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

46 de 50



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

8. CONSULTA EXTERNA Y GERIÁTRICA

OBJETIVO

Ser la puerta de entrada de los usuarios a la Institución y brinda servicios de consulta médica general, de especialidades y procedimientos en las áreas de apoyo, que permitan establecer un diagnóstico y tratamiento en las personas con discapacidad y adulta mayor.

COMPETENCIA

Proveer servicios ambulatorios en medicina general y especializada, servicios de apoyo diagnóstico para atención de la morbilidad y evaluaciones a la población usuaria de los servicios de los Centros del ISRI y la comunidad que lo demande, de acuerdo a capacidad resolutive.

FUNCIONES

- a. Proveer servicios de atención médica general y de especialidades, y atención odontológica a la población demandante de los servicios de Rehabilitación del ISRI.
- b. Proveer servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico a la población demandante de los servicios de Rehabilitación del ISRI.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	47 de 50

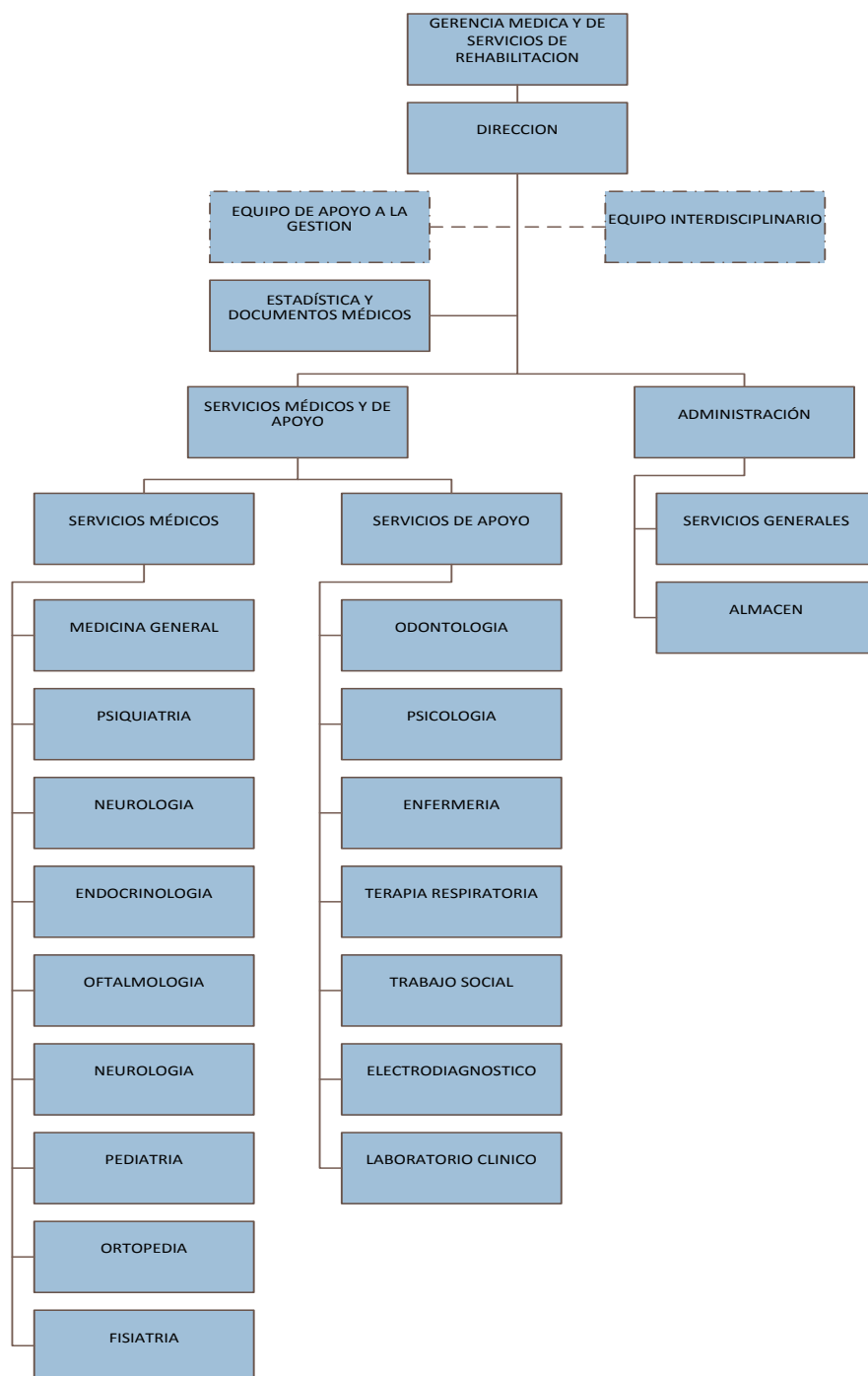


MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ISRI

CODIGO: M-02-001

VERSION: 02

ORGANIGRAMA CONSULTA EXTERNA Y GERIÁTRICA



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

48 de 50



9. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA – CRINA

OBJETIVO

Proveer servicios de rehabilitación integral a la niñez y adolescencia con discapacidad por medio de equipos de profesionales especializados y altamente capacitados, con la participación activa de los usuarios, padres de familia y la comunidad, basados en los principios de calidad, eficiencia, eficacia y equidad, para lograr el máximo grado de independencia y su integración bio-psico-social.

COMPETENCIA

Cobertura nacional en la prestación de servicios de rehabilitación de tercer nivel de atención en las áreas física, intelectual, sensorial, de acuerdo a capacidad resolutive. Para ello dispone de un equipo multidisciplinario especializado.

FUNCIONES:

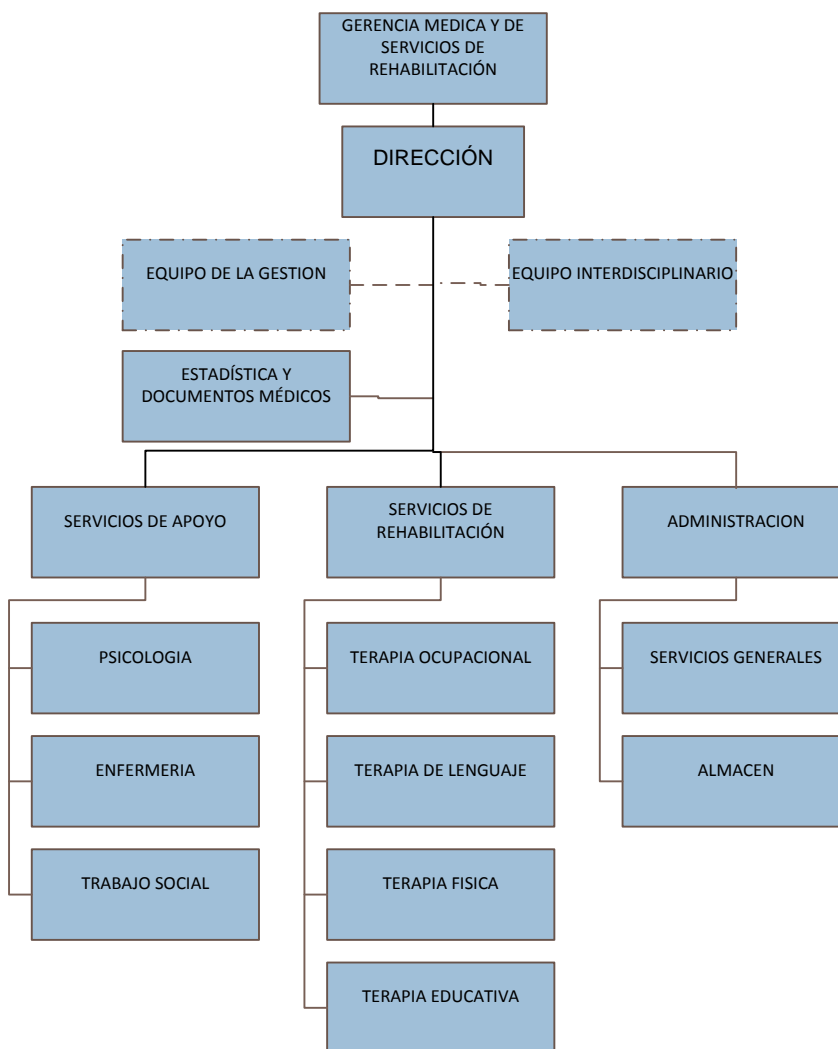
- a. Proveer servicios de Rehabilitación Integral para la atención de las personas con discapacidad en las áreas física-funcional, sensorial, intelectual, auditiva, de la voz y del habla.
- b. Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad.
- c. Realizar investigaciones en materia de Rehabilitación, en coordinación con el área especializada.
- d. Promover la participación de la familia y la comunidad en la rehabilitación integral de las personas con discapacidad.
- e. Promover mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad.
- f. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos institucionales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PAGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	FEBRERO 2012	MARZO 2012	49 de 50



ORGANIGRAMA CRINA



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PAGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

FEBRERO 2012

MARZO 2012

50 de 50



INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

CÓDIGO DE MANUAL:	M-02-002	VERSIÓN MANUAL:	DE	02
N° DE COPIA:	01			
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutila Ríos			
APROBADO POR:	Dr. José Vicente Coto Ugarte, Presidente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral			
FECHA DE APROBACIÓN:	Febrero 2012			



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAMPO DE APLICACIÓN	6
PRESIDENCIA	7
GERENTE ADMINISTRATIVO	8
GERENTE MÉDICO Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	9
TÉCNICO EN PLANIFICACIÓN I	10
JEFE DE ASESORÍA JURÍDICA	11
JEFE DE RECURSOS HUMANOS.....	12
JEFE DE UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	13
JEFE DE COMUNICACIONES	15
JEFE DE LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	16
JEFE DE LA UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA	18
JEFE DE LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN	19
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES.....	20
ENCARGADO DEL CONTROL Y RESGUARDO DEL ACTIVO FIJO INSTITUCIONAL.....	21
TÉCNICO UFI CON FUNCIONES EN PRESUPUESTO.....	22
TÉCNICO UFI CON FUNCIONES DE CONTADOR INSTITUCIONAL	23
TÉCNICO UFI CON FUNCIONES DE TESORERO INSTITUCIONAL.....	25
TÉCNICO EN MANTENIMIENTO DE INFORMÁTICA.....	26
TÉCNICO JURÍDICO.....	27
TÉCNICO EN PLANIFICACIÓN	28
COLABORADOR JURÍDICO.....	29
TÉCNICO ADMINISTRATIVO I	30
TÉCNICO DE AUDITORÍA.....	31
COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	32
COORDINADOR DE TRANSPORTE	33
COORDINADOR DE VIGILANCIA	34
GUARDALMACÉN	35
TÉCNICO EN ESTADÍSTICA	36
SECRETARIA III	37
INSTRUCTOR.....	38

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	2 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

INSTRUCTOR DE TALLERES.....	39
AUXILIAR ADMINISTRATIVO.....	40
TÉCNICO EN MANTENIMIENTO.....	41
SECRETARIA II.....	42
AUXILIAR DE ALMACÉN.....	43
AUXILIAR DE ESTADÍSTICA.....	44
MEDICO ESPECIALISTA.....	45
SECRETARIA I.....	46
MOTORISTA.....	47
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES II.....	48
PORTERO VIGILANTE.....	49
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES.....	50
DIRECTOR DE CENTRO.....	51
ADMINISTRADOR DE CENTRO.....	52
JEFE MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA.....	53
TÉCNICO EN DEPORTE ADAPTADO I.....	54
JEFE DE DEPARTAMENTO ALIMENTACIÓN Y DIETAS.....	55
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.....	56
TÉCNICO ADMINISTRATIVO III.....	57
ENFERMERA.....	58
PSICÓLOGO.....	59
PROFESIONAL EN LABORATORIO CLÍNICO.....	60
MEDICO GENERAL.....	61
ENCARGADO DE FARMACIA.....	62
AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....	63
DIETISTA.....	64
TRABAJADOR SOCIAL.....	65
JEFE DE TALLER DE APARATOS ORTOPEDICOS.....	66
JEFE DE TERAPIAS.....	67
SUPERVISOR DE TALLERES.....	68
JEFE DE TERAPIAS I.....	69
TERAPISTA I.....	70
TERAPISTA.....	71
TÉCNICO DE ÓRTESIS, PRÓTESIS Y AYUDAS TÉCNICAS.....	72
JEFE DE TERAPIAS DE LENGUAJE II.....	73

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	3 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

TERAPISTA II	74
TÉCNICO EN DEPORTE ADAPTADO	75
BODEGUERO	76
AYUDANTE DE ENFERMERÍA	77
AUXILIAR DE TERAPISTA	78
COCINERO.....	79
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES I	80
TÉCNICO EN RAYOS X.....	81

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	4 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

INTRODUCCIÓN

El Manual de Descripción de Puestos es un instrumento técnico de trabajo, el cual se usa con el fin de mejorar la gestión de la administración de recursos humanos. Este instrumento permite fundamentar el procedimiento de reclutamiento y selección de personal, orientar a los jefes del tipo de tareas que deben realizarse en los diferentes puestos y procesos de trabajo, determinar el personal requerido cuando existan plazas vacantes, aplicar debidamente una política de ascensos, realizar reestructuraciones de las dependencias con el objeto de lograr un mejor aprovechamiento del personal.

Las ventajas y beneficios derivados del Manual de Descripción de Puestos, justifican de sobremanera su preparación y mantenimiento ya que se debe adecuar de acuerdo con las necesidades institucionales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	5 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

OBJETIVO GENERAL

- Que todos los servidores públicos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral cuenten con un Manual de Descripción de Puestos, como instrumento técnico orientado a establecer lo que cada servidor público tiene que realizar, en cumplimiento de las atribuciones mínimas asignadas a la unidad organizativa donde se desempeñe y en el puesto de trabajo que ocupa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disponer de un compendio que reúna las disposiciones relacionadas con las funciones de las unidades organizativas que integran la estructura orgánica del ISRI y especialmente en lo que se refiere a la descripción de tareas asignadas a los puestos de trabajo, que permita su conocimiento, comprensión y racional aplicación.
- Proveer al personal del Instituto, de un instrumento técnico que debe ser utilizado como guía en la ejecución de sus labores, contribuyendo con ello a establecer condiciones uniformes de comportamiento laboral, entendimiento operativo y de aplicación funcional.
- Instituir la aplicación del Manual de Descripción de Puestos, de acuerdo con criterios técnicos, prácticos y estandarizados de trabajo, para que los servidores públicos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ejecuten sus actividades en congruencia con lo que éste establece, y las desarrollen con calidad, eficiencia y prontitud.
- Contar con un instrumento técnico de trabajo, que contribuya a facilitar los procesos de selección y contratación de personal y que además autorice a los jefes de cada área organizativa que integran la estructura orgánica del mismo, para que orienten a su personal respecto a las tareas que les corresponde desempeñar en el puesto para el que han sido nombrados y por ende exigir su cumplimiento.

CAMPO DE APLICACIÓN

El presente Manual de Descripción de Puestos tiene carácter de obligatoriedad, y fiel cumplimiento a todos los servidores públicos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, a fin de lograr la buena marcha y desarrollo de la Institución.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	6 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	PRESIDENCIA
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	GERENCIA MÉDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, GERENCIA ADMINISTRATIVA, UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL, ASESORÍA JURÍDICA, AUDITORIA INTERNA, COMUNICACIONES, UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Y UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.
Título del jefe inmediato superior:	JUNTA DIRECTIVA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Dirigir y conducir al Instituto a efecto de lograr sus objetivos.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Presidir la Junta Directiva para celebrar sesiones ordinarias o extraordinarias;• Abrir, suspender, reanudar y cerrar las sesiones de Junta Directiva;• Dirigir la discusión de los asuntos a tratar durante la sesión;• Presentar a la Junta Directiva el proyecto del presupuesto, Memoria de Labores, Plan Estratégico, Plan Anual de Trabajo, evaluación anual de la gestión institucional, normas e instrumentos administrativos y técnicos del Instituto para su aprobación;• Otorgar poderes generales, especiales o judiciales previo conocimiento de la Junta Directiva;• Participar en las sesiones que convoque el ente rector del Sistema Nacional de Salud;• Aprobar nombramientos y destituir por falta grave al personal del Instituto de conformidad a las disposiciones correspondientes,• Gestionar financiamiento para la realización iniciativas institucionales, ante entidades nacionales e internacionales.• Ejercer las demás atribuciones que le señalen la Ley del ISRI o las que le sean delegadas por la Junta Directiva.	
REQUISITOS DE PUESTO	
<ul style="list-style-type: none">• Cumplir con los requisitos dispuestos por quien este facultado a nombrarlo legalmente.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	7 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	GERENTE ADMINISTRATIVO
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Sub-Área:	RECURSOS HUMANOS, UNIDAD DE CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES, ALMACÉN Y SERVICIOS GENERALES.
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Planificar, organizar, dirigir y controlar los servicios administrativos del Instituto, con la finalidad de contribuir a que los recursos del Instituto, sean utilizados racionalmente.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> Asesorar a la Presidencia sobre políticas, normas y procedimientos a seguir en la organización, desarrollo y funcionamiento del Instituto en el área administrativa; Cumplir y velar por el cumplimiento de las políticas, estrategias y normativas que regulan al Instituto; Presentar a la Presidencia el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad; Dirigir, orientar y coordinar los aspectos administrativos del Instituto y controlar su eficiencia y eficacia; Desarrollar la gestión de la calidad en su área de competencia por medio de normas pertinentes en materia administrativa; Evaluar los resultados obtenidos por las diversas áreas administrativas a su cargo y hacerlo del conocimiento de la Presidencia; Autorizar licencias con goce o sin goce de sueldo. Coordinar con la Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación, para el buen funcionamiento del Instituto y hacer las recomendaciones pertinentes al área administrativa; Coordinar el Consejo Administrativo. Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. Coordinar con la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional proyectos institucionales. Ejercer otras designaciones conforme al cargo o aquellas que se emanen de la Presidencia o Junta Directiva del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> Licenciatura en Administración de Empresas o Profesional graduado universitario con afinidad al puesto. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> Capacidad en la administración de recurso humano. Capacidad de Trabajo en equipo. Capacidad de gestión y negociación. Capacidad para analizar y tomar decisiones. Iniciativa y creatividad. Planes, programas y proyectos. Capacidad de trabajar bajo presión. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos Políticas públicas. Controles administrativos 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	8 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	GERENTE MÉDICO Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Gerencia/Unidad:	GERENCIA MEDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	CENTROS DE ATENCIÓN
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Contribuir al logro de los resultados programados en los Planes de Trabajo de los Centros de Atención y Unidad de Consulta Externa, con la finalidad de cumplir con la Misión del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la Presidencia en materia de lineamientos, normativa o políticas en la prestación de servicios de rehabilitación. • Cumplir y velar por la ejecución de las políticas y normativas que regulan al Instituto; en el área técnica. • Promover y contribuir al funcionamiento de los Centros de Atención y Unidad de Consulta Externa, a través de la implementación de normativas y estrategias que favorezcan la calidad, en la prestación de servicios a los usuarios. • Dirigir, orientar y coordinar las labores del personal a su cargo en los aspectos técnicos. • Promover el desarrollo de investigaciones en facultades especiales y rehabilitación en coordinación con la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional. • Coordinar con la Gerencia Administrativa, para el buen funcionamiento de los centros de atención y hacer las recomendaciones pertinentes. • Presentar a Presidencia del ISRI el Plan Anual de Trabajo de su área. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Coordinar el Consejo Técnico Consultivo. • Participar en las sesiones de la Junta Directiva en calidad de asesor técnico con derecho a voz pero sin voto. • Ejercer otras designaciones conforme al cargo o aquellas que se emanen de la Presidencia o Junta Directiva del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Doctorado en medicina o Profesional graduado universitario con afinidad al puesto. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad en la administración de recurso humano • Capacidad de Trabajo en equipo. • Capacidad de gestión y negociación. • Capacidad para analizar y tomar decisiones. • Iniciativa y creatividad. • Planes, programas y proyectos. • Capacidad de trabajar bajo presión. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Del campo de la rehabilitación. • Marco regulatorio público. • Paquetes utilitarios inherentes al puesto. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	9 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN PLANIFICACIÓN I
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Área:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Sub-Área:	PROYECTOS, DESARROLLO INSTITUCIONAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	JEFE UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Participar y asesorar en la formulación y seguimiento de planes, programas, proyectos e investigaciones científicas de la Institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del Plan Estratégico Institucional. • Participar en la elaboración del Plan Anual de Trabajo Institucional. • Consolidar y analizar información relativa a metas programadas en los Planes Anuales Operativos de las diferentes dependencias del ISRI. • Interpretar, analizar, notificar, divulgar y evaluar la información epidemiológica. • Participar en el diseño y ejecución de Sistemas Integrales de Información. • Ejecutar el proceso de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos y otras actividades relacionadas con el área específica. • Participar en la elaboración y actualización de la normativa institucional. • Participar en la elaboración de la Memoria de Labores. • Asesorar y capacitar a otros técnicos en el área de su competencia. • Participar en reuniones sobre aspectos relacionados a su área de su competencia. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura inmediata o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
Profesional universitario con afinidad al puesto	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión y negociación. • Trabajo en equipo. Liderazgo. Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Capacidad para administrar recursos humanos, Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Planeación Estratégica • Leyes nacionales. • Conocimiento de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y Discapacidad (CIF). • Conocimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. • Paquetes utilitarios Microsoft Office, Estadística. • Epidemiología. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	10 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE ASESORÍA JURÍDICA
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Asesoría jurídica en todas las ramas del derecho, así como casos específicos por delegación de la Junta Directiva y/o del Presidente del ISRI. Asesoría legal a las Gerencias y diferentes dependencias de la Institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar, conducir y asistir al Instituto en los procesos que se desarrollan, de manera que éstos y los procedimientos estén dentro del marco legal regulatorio y de conformidad a las competencias institucionales. • Asistir por delegación en calidad de Secretario de Actas a las sesiones de Junta Directiva, en las cuales participará con voz pero sin voto. • Emitir opinión jurídica sobre informes o dictámenes que sean requeridos por entidades públicas, autónomas o privadas, referentes a asuntos particulares de la Institución. • Elaborar y revisar los contratos y cualquier otro documento legal de la Institución. • Velar por la aplicabilidad correcta del marco regulatorio propio de la materia que ocupa al Instituto, así como de salud ambiental, laboral, administrativa y cualquier otra responsabilidad para el sector gubernamental y muy particularmente de responsabilidad para el ISRI. • Participar en la elaboración, revisión y actualización del marco regulatorio en materia de rehabilitación integral principalmente y todas aquellas en que tenga injerencia el ISRI. • Colaborar en la revisión de pliegos de cargos o bases de licitaciones, que se lleven a cabo con fondos GOES, préstamos de organismos o agencias Internacionales, previa autorización del Presidente del ISRI. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Abogado y Notario de la República 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de ejercicio profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Capacidad de gestión y negociación. • Manejo de personal. • Trabajo en equipo. • Lealtad y confidencialidad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios inherentes al puesto. • Marco regulatorio público. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	11 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE RECURSOS HUMANOS
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
Sub-Área:	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE ADMINISTRATIVO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Planificar, organizar, dirigir y controlar las acciones de Recursos Humanos, tales como: procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción y desarrollo del personal de la Institución, de una manera eficaz y respondiendo siempre a las necesidades de la misma.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo del área de su responsabilidad. • Coordinar y dar lineamientos para la elaboración del Plan de Desarrollo del Recurso Humano. • Consolidar y ejecutar el del Plan de Desarrollo del Recurso Humano. • Administrar el proceso de reclutamiento, selección, contratación, inducción y desarrollo del personal. • Mantener un sistema de registro y control actualizado del personal. • Elaborar propuestas de nombramiento y otras acciones de personal. • Efectuar los trámites correspondientes con las prestaciones sociales de ley. • Coordinar la elaboración de planillas de salarios de los servidores públicos del ISRI. • Elaborar el control de asistencia de los empleados y elaborar las notas para la aplicación de descuentos. • Administrar el proceso de evaluación del desempeño para todos los empleados de la Institución. • Controlar el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). • Actualizar y resguardar los expedientes del personal. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Elaborar los acuerdos de nombramiento, promoción, traslado, destituciones, vacantes y permutas de personal. • Coordinar la elaboración de manuales, reglamentos y procedimientos relativos a la administración de los recursos humanos. • Conocer y resolver los conflictos laborales del ISRI. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Gerencia Administrativa o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Administración de Empresas o Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de asegurar procesos de mejora continúa. • Iniciativa y creatividad, Trabajo en equipo, Orden y organización, Sentido de responsabilidad, seguridad y dedicación, Capacidad para analizar y tomar decisiones. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office • Leyes de la República, Ley y Reglamento de la Corte de Cuentas de la República. • Leyes inherentes a la administración y desarrollo del de recurso humano. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, fax, fotocopidora. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	12 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL
Sub-Área:	N/A
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos de adquisiciones y contratación de bienes y servicios Institucionales de manera eficaz, eficiente, objetiva y transparente.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • El cumplimiento de las políticas, lineamientos y disposiciones técnicas que sean establecidas por la UNAC, y ejecutar todos los procesos de adquisiciones y contrataciones objeto de la LACAP; • Constituir el enlace entre la UNAC y las dependencias de la institución, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven de la gestión de adquisiciones y contrataciones; • Elaborar en coordinación con la Unidad Financiera Institucional UFI, la programación anual de las compras, las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios. Esta programación anual deberá ser compatible con la política anual de adquisiciones y contrataciones de la Administración Pública, el plan de trabajo institucional, el presupuesto y la programación de la ejecución presupuestaria del ejercicio fiscal en vigencia y sus modificaciones; • Verificar la asignación presupuestaria, previo a la iniciación de todo proceso de concurso o licitación para la contratación de obras, bienes y servicios; • Adecuar conjuntamente con la unidad solicitante, las bases de licitación o de concurso, de acuerdo a los manuales guías proporcionados por la UNAC, según el tipo de contratación a realizar; • Realizar la recepción y apertura de ofertas y levantar el acta respectiva; • Ejecutar el proceso de adquisición y contratación de obras, bienes y servicios, así como llevar el expediente respectivo de cada una; • Solicitar la asesoría de peritos o técnicos idóneos, cuando así lo requiera la naturaleza de la adquisición y contratación; • Levantar acta de la recepción total o parcial de las adquisiciones o contrataciones de obras, bienes y servicios, conjuntamente con la dependencia solicitante cuando el caso lo requiera, de conformidad a lo establecido en el Reglamento de la LACAP; • Llevar el control y la actualización del banco de datos institucional de ofertantes y contratistas; • Mantener actualizado el registro de contratistas, especialmente cuando las obras, bienes o servicios no se ajusten a lo contratado o el contratista incurra en cualquier infracción, con base a evaluaciones de cumplimiento de los contratos, debiendo informar por escrito al titular de la institución; • Calificar a los potenciales ofertantes nacionales o extranjeros, así como, revisar y actualizar la calificación, al menos una vez al año; • Informar periódicamente al titular de la institución de las contrataciones que se realicen; • Prestar a la comisión de evaluación de ofertas la asistencia que precise para el cumplimiento de sus funciones; • Supervisar, vigilar y establecer controles de inventarios, de conformidad a los mecanismos establecidos en el Reglamento de la LACAP; • Proporcionar a la UNAC pronta y oportunamente toda la información requerida por ésta; • Cumplir y hacer cumplir todas las demás responsabilidades que se establezcan en la LACAP y su Reglamento. • Coordinar las fases de implantación y administración del Sistema de Adquisiciones y Contrataciones del ISRI. • Dar seguimiento permanente a la ejecución de la programación anual de adquisiciones y contrataciones; 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	13 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

- Requerir del solicitante de la adquisición o contratación la definición de aspectos tales como objeto, cantidad, calidad, especificaciones técnicas y condiciones específicas de las obras, bienes y servicios, valores estimados y condiciones específicas de administración de los contratos.
- Elaborar el Plan Anual de Trabajo de la UACI.
- Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño.
- Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI.

REQUISITOS DE PUESTO

Edad: Mayor de 30 años

Sexo: Masculino o femenino

Formación académica

- Poseer título universitario y experiencia o idoneidad para el cargo, según lo establecido por la LACAP.

Experiencia

- 2 años en puestos similares

Habilidades

- Ser de moralidad notoria y no tener conflicto de intereses con el cargo;
- Obtener el finiquito de sus cuentas si hubiese administrado o manejado fondos públicos;
- Hallarse libre de reclamaciones de toda clase, caso de haber sido contratista de obras públicas costeadas con fondos del Estado o del Municipio;
- Hallarse solvente con la Hacienda Pública y con el Municipio;
- No tener pendientes contratos o concesiones con el Estado, para explotación de riquezas nacionales o de servicios públicos, así como los que hayan aceptado ser representantes o apoderados administrativos de aquéllos, o de sociedades extranjeras que se hallen en los mismos casos.
- Capacidad de Gestión y negociación
- Trabajo en equipo.
- Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita.
- Iniciativa y creatividad.
- Habilidad y experiencia en la elaboración de términos de referencia y bases de licitación o de concurso.

Conocimientos

- Paquetes utilitarios de Microsoft office
- Leyes de la Republica relacionadas a la naturaleza del puesto.
- Conocimiento de la aplicación de la LACAP y de otras normas legales de carácter administrativo.
- Experiencia en coordinación de equipos multidisciplinarios.

Manejo de equipo

- Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	14 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE COMUNICACIONES
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	UNIDAD DE COMUNICACIONES
Sub-Área:	UNIDAD DE COMUNICACIONES
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de información, difusión y comunicación, con el fin de lograr el reconocimiento institucional.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y ejecutar el Plan de Comunicación Institucional. • Coordinar con las diferentes Centros de Atención, unidades y jefaturas el desarrollo de actividades de interés Institucional. • Ejecutar los programas de difusión. • Coordinar la compilación de información para la elaboración de revistas, boletines de prensa, así como, revisar la formulación y redacción del material editorial e informativo. • Integrar y promover la información institucional para su difusión en los medios de comunicación. • Diseñar las campañas de difusión, así como intervenir en la obtención de tiempos oficiales, contratación y supervisión de los medios de comunicación que se requieran para su realización. • Realizar la captura del material videográfico y fotográfico, para la realización de archivo, sobre las actividades realizadas por las diferentes áreas. • Mantener actualizado el Centro de Documentación. • Diseñar y proponer la logística de distribución de folletos, trípticos, revistas y demás publicaciones donde se dan a conocer las principales actividades desarrolladas por ISRI. • Organizar y controlar el monitoreo de noticiarios en televisión, radiodifusión y prensa, así como, evaluar la información que se difunde en los medios de comunicación, relacionada al sector salud y rehabilitación. • Formular las minutas de trabajo, para dar a conocer al personal administrativo y técnico, los diferentes procesos, instrucciones de trabajo, documentos, formatos y acuerdos. • Mantener actualizada la página Web del ISRI. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Relaciones Públicas y Comunicación o Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años en puestos similares. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis, síntesis y expresión verbal y escrita, Trabajo en equipo, Capacidad de gestión y negociación, Iniciativa y creatividad, Elaboración de documentos técnicos, Ética profesional. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office • Photo Shop, Dreamweaver • Redacción de medios, Protocolo y ceremonial, Rehabilitación Integral. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, fax, equipo fotográfico, cámara de video digital, grabadora periodística. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	15 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Sub-Área:	TESORERÍA, PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Dirigir, coordinar, gestionar y supervisar, las actividades del proceso administrativo financiero correspondientes a la Institución, en forma integrada e interrelacionada, velando por el cumplimiento de la normativa definida por el Ministerio de Hacienda.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir, coordinar, integrar y supervisar las actividades de presupuesto, tesorería, contabilidad gubernamental y crédito público que realicen los niveles de gestión institucional. • Difundir y supervisar el cumplimiento de las políticas y disposiciones normativas referentes al SAFI, en las entidades y organismos que conforman el ISRI • Asesorar a las unidades en la aplicación de las normas y procedimientos que emita el órgano rector del SAFI; • Constituir el enlace con las direcciones generales de los subsistemas del SAFI y las entidades y organismos de la institución, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven en la ejecución de la gestión financiera; • Cumplir con todas las demás responsabilidades que se establezcan en la Ley y reglamento SAFI, así como las normas técnicas que emita el Ministro de Hacienda. • Coordinar las actividades relacionadas con la elaboración del proyecto de presupuesto institucional, ejecución, seguimiento y evaluación presupuestaria. • Realizar la gestión de los recursos financieros, las actividades relacionadas con el pago de los compromisos institucionales y mantener actualizados los auxiliares. • Validar los registros contables que se generen en forma automática y efectuar los registros contables directos; realizar oportunamente los cierres contables, preparar los estados financieros básicos e informar al Presidente del ISRI sobre el comportamiento de los recursos y obligaciones institucionales. • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Elaborar y presentar los informes que le sean requeridos. • Dar seguimiento al cumplimiento de lo relativo a los Técnicos UFI contempladas en el Manual de Organización para la Unidades Financieras Institucionales emitido por el Ministerio de Hacienda. • Asesorar en las materias de su competencia al Titular y a los niveles de gestión institucional. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Poseer título universitario en cualquiera de las carreras de ciencias económicas e idoneidad para el cargo 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión y negociación. • Trabajo en equipo. • Liderazgo. • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	16 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

- Iniciativa y creatividad.
- Ética Profesional
- Alto grado de iniciativa y responsabilidad
- Excelentes relaciones interpersonales
- Habilidad en el manejo de personal
- Capacidad para la toma de decisiones

Conocimientos

- Paquetes utilitarios de Microsoft office y aplicaciones del sistema SAFI
- Curso de Contabilidad Gubernamental
- Leyes de la Republica.
- Ley y Reglamento AFI
- Ley y Reglamento de la Renta e IVA
- Ley y Reglamento de la Corte de Cuentas de la República
- Ley y Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública
- Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República
- Normativa del Sistema de Administración Financiera Integrado
- Operatividad del Ciclo Presupuestario (presupuesto, tesorería y contabilidad)
- Gestión de Inversión

Manejo de equipo

- Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	17 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE LA UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA.
Área:	UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA.
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI.
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Verificar la efectividad del sistema de control interno previo y concurrente de las operaciones institucionales, a través del monitoreo posterior de las operaciones, mediante la dirección, coordinación y supervisión de auditorías previamente planificadas de forma técnica y profesional teniendo como base el marco legal vigente, con la finalidad de contribuir a los objetivos del control interno.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> Planificar, organizar, dirigir y controlar todas aquellas actividades que garanticen el Sistema de Control Interno. Proporcionar asesorías de acuerdo a solicitudes recibidas de Junta Directiva, Presidencia, Gerencias, Directores de Centros de Atención y Jefaturas de la Administración Superior. Interactuar con la Administración Superior, Centros de Atención y otro personal del Instituto en los trabajos que desarrolla la Unidad de acuerdo a los requerimientos de cada área. Consolidación de la información obtenida en las auditorías realizadas. Elaborar la planificación de las auditorías a realizar. Elaborar informes de las auditorías realizadas. Elaborar informe consolidado de las auditorías realizadas. Remitir informes de las auditorías realizadas a los auditados. Enviar a la Corte de Cuentas de la República, previa autorización de la Junta Directiva, los informes de auditoría. Dar seguimiento a los hallazgos de auditoría de la Corte de Cuentas de la República. Seleccionar al personal bajo cargo y evaluar su desempeño. Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> Licenciatura en Contaduría Pública o Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> 2 años de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> Administración de personal Conocimiento de técnicas y procedimientos de auditoría. Criterio e iniciativa para resolver problemas de importancia para la Institución. Delegar y coordinar el desarrollo de actividades asignadas al personal supervisado. Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> Paquetes utilitarios Microsoft Office. Curso de Contabilidad Gubernamental impartido por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental Normas de Auditoría. Normas de Control Interno. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	18 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA
Área:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Sub-Área:	PROYECTOS, DESARROLLO INSTITUCIONAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENTE DEL ISRI
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Asesorar en los procesos institucionales, mediante la formulación y seguimiento al desarrollo institucional, la definición de planes, proyectos y sistemas de información; brindar información oportuna, contribuyendo a una adecuada toma de decisiones por parte de las autoridades del Instituto y así asegurar las condiciones que contribuyan a mejorar la calidad de la gestión institucional.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la Presidencia en el desarrollo de políticas y en la determinación de prioridades Institucionales. • Asesorar en los diferentes niveles de la estructura organizativa del ISRI en materia de Planificación. • Dirigir y coordinar la elaboración del Plan Estratégico Institucional. • Dar lineamiento para la formulación y consolidación del Plan Anual de Trabajo Institucional. • Apoyar la formulación y actualización de la normativa institucional. • Participar en la formulación del proyecto de presupuesto de cada año fiscal. • Coordinar el Plan Anual de Preinversión e Inversión Institucional. • Apoyar a Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación en las investigaciones científicas que se propongan. • Coordinar, monitorear, supervisar y evaluar los Sistemas de Información Institucionales. • Monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales. • Coordinar la elaboración de la Memoria de Labores. • Coordinar el proceso de Valoración de Riesgos. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesional universitario con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión y negociación. • Trabajo en equipo, Liderazgo, Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Capacidad para administrar recursos humanos, Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office. • Planeación Estratégica • Administración de Recursos Humanos. • Estadística. • Leyes nacionales. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	19 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SECCIÓN TRANSPORTE, VIGILANCIA Y MANTENIMIENTO
Título del jefe inmediato superior:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Planificar, dirigir y coordinar las secciones que integran servicios generales, proporcionando respuesta oportuna a los requerimientos de las unidades organizativas del Instituto.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo del Departamento. • Coordinar, elaborar y dar seguimiento a los proyectos de mejora institucional. • Emitir opinión técnica de factibilidad y viabilidad de proyectos de mejora. • Gestionar apoyo inherente al área con instituciones públicas o privadas. • Coordinar y supervisar las actividades de las áreas de reproducción, servicios generales, mantenimiento, vigilancia y transporte. • Ejercer los respectivos controles administrativos al personal bajo las diferentes áreas. • Apoyar la gestión eficiente del recurso humano del departamento. • Conocer y resolver los conflictos laborales del departamento. • Verificar el cumplimiento de las leyes y normativas aplicables. • Fungir como Administrador de contratos. • Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años experiencia profesional 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de planificar. • Administración de personal • Trabajo en equipo. • Capacidad de gestión. • Criterio e iniciativa para resolver problemas de importancia para la Institución. • Delegar y coordinar el desarrollo de actividades asignadas al personal supervisado. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office • Seguridad ocupacional e higiene industrial. • Normativa interna. • Dibujo arquitectónico 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Toda clase de vehículos, computadora personal. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	20 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	ENCARGADO DEL CONTROL Y RESGUARDO DEL ACTIVO FIJO INSTITUCIONAL
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BIENES INSTITUCIONALES
Sub-Área:	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BIENES INSTITUCIONALES
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE ADMINISTRATIVO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Responsable del control de los bienes muebles e inmuebles del ISRI; proporcionando la asesoría requerida a las jefaturas y Centros de Atención en el proceso de levantamiento y verificación física de los inventarios del ISRI, a fin de mantener un control administrativo adecuado de los activos fijos incluyendo un registro físico de cada bien que estarán en concordancia con los estados financieros.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Asesorar a las diferentes dependencias de acuerdo a los requerimientos.• Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad.• Dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad.• Elaborar actas de verificación de bienes.• Elaborar informe de los casos de bienes extraviados.• Elaborar inventario de bienes muebles e inmuebles.• Revisar los inventarios remitidos por las diferentes dependencias.• Coordinar la comisión de valúo de bienes susceptibles de venta.• Elaborar y apoyar las bases para subasta pública.• Proponer actualizaciones a lineamientos y normativas de la Unidad.• Verificar que los bienes adquiridos sean incorporados a los inventarios.• Coordinar el traslado de bienes a subastar al centro de acopio.• Entregar los bienes subastados al ganador de subasta pública.• Apoyar en el levantamiento de inventario de la Administración Superior.• Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Presidencia o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Profesional universitario con afinidad al puesto	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 2 años de experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita.• Trabajo en equipo, Iniciativa y creatividad.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Paquetes utilitarios Microsoft Office• Planeación Estratégic, Administración, Finanzas.• Normativas internas, Normativa relacionada con el que hacer del puesto.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora personal, fax, fotocopidora, etc.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	21 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO UFI CON FUNCIONES EN PRESUPUESTO
Gerencia/Unidad:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Área:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Sub-Área:	PRESUPUESTO
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
<p>Dar seguimiento a la ejecución del presupuesto Institucional, así como a las asignaciones presupuestarias dadas a cada Centro de Atención. Verificar las disponibilidades presupuestarias de cada Centro de Atención para proceder a la elaboración de los compromisos presupuestarios. Elaboración de movimientos presupuestarios en el Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) para ser remitidos a quien corresponda.</p>	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Formular del presupuesto institucional • Llevar Control de la PEP • Registrar de los compromisos presupuestarios. • Elaborar reportes presupuestarios • Elaborar reprogramaciones en el Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI). • Actualizar y presentar Informes Presupuestarios al Jefe inmediato. • Elaborar Informes Financieros Presupuestarios. • Elaborar Informe de Enlace Digital hacia el Ministerio de Hacienda. • Conciliar la Ejecución Presupuestaria con los Centros de Atención. • Revisar las conciliaciones bancarias. • Carga automática de las Planillas de Salarios en el SAFI • Elaborar diferentes movimientos presupuestarios de ingresos y egresos aprobados por el Órgano Ejecutivo en el SAFI. • Digitar el Presupuesto Institucional en el Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) • Ingresar el Presupuesto Aprobado en Controles de Hojas de Excel por Centro de Atención. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesional universitario con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años como mínimo en áreas financieras gubernamentales o tres años de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Iniciativa y creatividad. • Habilidad para redactar informes técnicos. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios de Microsoft Office • Sistema Declaración Electrónica de Tributos (sistema DET) • Normativas de la administración pública. • Curso de Contabilidad Gubernamental. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	22 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO UFI CON FUNCIONES DE CONTADOR INSTITUCIONAL
Gerencia/Unidad:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL.
Área:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL.
Sub-Área:	N/A
Título del jefe inmediato superior:	JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
<p>Validar los registros contables que se generan en forma automática, así como efectuar los registros contables directos que se produzcan en el proceso administrativo financiero; realizar oportunamente los cierres mensuales y anuales; preparar los estados financieros básicos e informar sobre el comportamiento de los recursos y obligaciones institucionales.</p>	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> Someter a la aprobación de la Dirección General sus planes de cuentas y las modificaciones, antes de entrar en vigencia; Registrar diaria y cronológicamente, todas las transacciones que modifiquen la composición de los recursos y obligaciones de la institución o fondo; y en los casos que proceda, mantener registros contables destinados a centralizar y consolidar los movimientos; Preparar los informes que se proporcionarán a las autoridades competentes, los cuales deben contener información suficiente, fidedigna y oportuna, en la forma y contenido que éstas requieran, dentro de las disponibilidades ciertas de datos, que coadyuvarán al desarrollo de la gestión financiera institucional. Establecer los mecanismos de control interno que aseguren el resguardo del patrimonio estatal y la confiabilidad e integridad de la información, dentro de las políticas a que se refiere el Art. 105, literal g) de la Ley AFI, y sin perjuicio de las facultades de la Corte de Cuentas de la República; Diseñar el sistema de contabilidad institucional de acuerdo con los requerimientos internos y dentro del marco general que se establezca para el Subsistema de Contabilidad Gubernamental; Comprobar que la documentación que respalda las operaciones contables cumpla con los requisitos exigibles en el orden legal y técnico; Preparar informes del movimiento contables en la forma, contenido y plazos que establezca la parte competente. Proporcionar toda información que requiera la Dirección General de Contabilidad para el cumplimiento de sus funciones; Cumplir con las normas y requerimientos que se establezcan para el subsistema de Contabilidad gubernamental. Proveer la información requerida de la ejecución presupuestaria a los subsistemas del SAFI. Efectuar y validar registros contables directos y validación de su comprobante contable respectivo. Efectuar los cierres contables de acuerdo a los plazos establecidos por el SAFI-DGCG. Generar, verificar y firmar conjuntamente con el Jefe UFI los informes financieros mensuales básicos y de ejecución presupuestaria institucional que son requeridos por el SAFI-DGCG, autoridades superiores y organismos de control. Prepara informe de situación financiera para ser presentado a la Jefe de la Unidad Financiera. Generar, verificar y firmar conjuntamente con el Jefe UFI los informes financieros anuales básicos y de ejecución presupuestaria institucional que son requeridos por el SAFI-DGCG, autoridades superiores y organismos de control. Efectuar y validar las partidas de ajustes contables requeridos para efectuar al cierre anual. Efectuar los análisis financieros con las notas explicativas respectivas a ser remitidos a las autoridades institucionales y al SAFI-DGCG de conformidad a los plazos que establece la ley SAFI. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	23 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

- Conciliar los Inventarios de Bienes institucionales (Depreciables).
- Conciliar y amortizar los Bienes Intangibles.
- Conciliar los Informes de Existencia de Almacenes de los diferentes Centros de Atención.
- Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.

REQUISITOS DE PUESTO

Edad : Mayor 25 años

Sexo: Masculino o femenino

Formación académica

- Profesional universitario con afinidad al puesto

Experiencia

- 2 años como mínimo en áreas financieras gubernamentales o tres años profesional.

Habilidades

- Trabajo en equipo.
- Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita.
- Iniciativa y creatividad.
- Habilidad para la elaboración de informes técnicos.

Conocimientos

- Paquetes utilitarios de Microsoft Office.
- Sistema Declaración Electrónica de Tributos (sistema DET)
- Normativas de la administración pública.
- Curso de Contabilidad Gubernamental
- Leyes de la Republica.

Manejo de equipo

- Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ENERO 2012

FEBRERO 2012

24 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO UFI CON FUNCIONES DE TESORERO INSTITUCIONAL
Gerencia/Unidad:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Área:	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Sub-Área:	TESORERÍA INSTITUCIONAL
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Realizar las actividades relacionadas con el pago de compromisos institucionales y efectuar los controles correspondientes; brindar información oportuna; verificar los registros efectuados durante el proceso administrativo financiero; brindar apoyo en las actividades relacionadas con la Tesorería Institucional.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> Preparar cuadro detalle desglose requerimiento de fondos. Supervisar el pago de bienes y servicios. Supervisar la remisión al Departamento de Recursos Humanos del informe que ampara órdenes de descuento para ser procesada en planilla. Archivar y controlar los mandamientos de ingreso. Archivar los requerimientos y contrapartidas. Elaborar planillas AFP, FSV, INPEP. Controlar e Informar embargos judiciales. Verificar la correcta aplicación de los descuentos de ley y otros derivados en las planillas para el pago de remuneraciones. Controlar la liberación de planillas a los diferentes Centros de Atención. Controlar la recepción de planillas, debidamente firmadas por los empleados. Controlar los acuerdos en el año. Revisar y controlar el archivo Excel Informe de Renta Mensual. Reintegrar a la cuenta única del Tesoro Público los fondos no utilizados. Recibir del Departamento de Recursos Humanos las planillas de remuneraciones con sus respectivos descuentos. Preparar el F910 para efectos de presentación al Ministerio de Hacienda. Coordinar la preparación de informes de ingresos, obligaciones no pagadas. Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> 2 años como mínimo en aéreas financieras gubernamentales o tres años experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo, Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita, Iniciativa y creatividad. Habilidad para redactar informes técnicos. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> Paquetes utilitarios de Microsoft Office, Sistema Declaración Electrónica de Tributos (sistema DET) Normativas de la administración pública, Curso de Contabilidad Gubernamental, Leyes de la Republica. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	25 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN MANTENIMIENTO DE INFORMÁTICA
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
Área:	SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Dar soporte técnico en el área informática y sistemas de información a todas las dependencias del Instituto.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar programas informáticos de acuerdo a las necesidades de la Institución. • Capacitar al personal de las diferentes áreas de la institución en la parte informática. • Gestionar las soluciones de las necesidades identificadas del área. • Proponer lineamientos sobre mantenimiento preventivo de los equipos informáticos. • Realizar auditorías a los sistemas informáticos del ISRI. • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área. • Detectar necesidad de mantenimiento correctivo de los equipos de informática del ISRI. • Dar mantenimiento preventivo a la red informática. • Ejercer otras designaciones que se emanen de su jefe inmediato o autoridades superiores del ISRI 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 21 años	Sexo: Masculino o Femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Iniciativa y creatividad • Buenas relaciones interpersonales. • Uso de equipo eléctrico e hidráulico 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia con estudios a nivel de sexto ciclo de Ingeniería en sistemas informáticos • Administración de redes • Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo informático. • Sistemas de información. • En la aplicación de software libre para el desarrollo de programas. • Uso de Microsoft office o similares. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Informático. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	26 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO JURÍDICO
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA
Área:	UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA
Sub-Área:	N/A
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE ASESORÍA JURÍDICA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Colaborar en las actividades que competen a la Unidad de Asesoría Jurídica, las cuales incluyen entre otras, asesorar en aspectos legales en casos específicos o por delegación del Asesor Jurídico, cuando los funcionarios del Instituto así lo requieran.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a los procesos judiciales. • Proporcionar asesoría jurídica. • Elaborar contratos. • Verificar la documentación de soporte legal para los procesos de adquisición y contratación Institucional. • Presentar y dar seguimiento a los procesos en diferentes ámbitos gubernamentales y no gubernamentales. • Representar por delegación ante las diferentes entidades administrativas. • Participar en diferentes comisiones conformadas para actividades específicas de la Institución. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Ciencias Jurídicas. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Capacidad de gestión y negociación. • Manejo de equipo asignado a su área de responsabilidad. • Trabajo en equipo. • Lealtad y confidencialidad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office, • Normativas internas. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	27 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN PLANIFICACIÓN
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Área:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Sub-Área:	PROYECTOS, DESARROLLO INSTITUCIONAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	JEFE UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Participar y asesorar en la formulación y seguimiento de planes, programas, proyectos e investigaciones científicas de la Institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Participar en la elaboración del Plan Estratégico Institucional.• Realizar la consolidación del Plan Anual de Trabajo Institucional.• Consolidar, analizar y dar seguimiento con la información relativa a metas programadas en Planes Anuales de Trabajo de las diferentes dependencias del ISRI.• Ejecutar acciones enmarcadas en el Desarrollo Institucional.• Participar en el diseño y la ejecución de Sistemas Integrales de Información.• Ejecutar el proceso de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos y otras actividades relacionadas con el área específica.• Realizar el diseño y análisis de investigaciones.• Participar en la elaboración y actualización de la normativa institucional.• Participar en la elaboración de la Memoria de Labores.• Dar seguimiento al proceso de Valoración de Riesgos.• Asesorar y capacitar a otros técnicos en el área de su competencia.• Participar en reuniones sobre aspectos relacionados a su área de su competencia.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la jefatura inmediata o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Profesional universitario con afinidad al puesto	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 2 experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de gestión y negociación, Trabajo en equipo, Liderazgo, Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita, Capacidad para administrar recursos humanos.• Iniciativa y creatividad.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Planeación Estratégica• Leyes nacionales, Paquetes utilitarios Microsoft Office , Estadística.• Epidemiología.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora personal, y equipo para el desempeño del trabajo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	28 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	COLABORADOR JURÍDICO
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA
Área:	UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE ASESORÍA JURÍDICA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Colaborar en las actividades que competen a la Unidad de Asesoría Jurídica, las cuales incluyen entre otras, asesorar en aspectos legales en casos específicos o por delegación del Asesor Jurídico, cuando los funcionarios del Instituto así lo requieran.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a los procesos judiciales. • Orientar en asesoría jurídica. • Digitalizar contratos. • Verificar la documentación de soporte legal para los procesos de adquisición y contratación Institucional. • Presentar y dar seguimiento a los procesos en diferentes ámbitos gubernamentales y no gubernamentales. • Representar por delegación ante las diferentes entidades administrativas. • Participar en diferentes comisiones conformadas para actividades específicas de la Institución. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Capacidad de gestión y negociación. • Manejo de equipo asignado a su área de responsabilidad. • Trabajo en equipo. • Lealtad y confidencialidad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Preferente estudiante de la Licenciatura en Ciencias Jurídicas a nivel de octavo ciclo. • Paquetes utilitarios Microsoft Office, • Normativas legales. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	29 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO ADMINISTRATIVO I
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE UNIDAD
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	
Realizar todas las actividades correspondientes al manejo contable de la institución y/o realizar acciones de recursos humanos tales como proceso de reclutamiento, selección, contratación, inducción y gestión de los recursos humanos.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> Listar los movimientos de algunas cuentas de balance, y revisarlos y hacer correcciones. Elaborar informe sobre el cierre contable mensual. Colaborar con el proceso de reclutamiento, selección e inducción de personal. Elaborar propuestas de nombramiento y otras acciones de personal. Elaborar trámites de acciones de personal referentes a licencias, permisos, vacaciones, etc. Llevar el control de asistencia de los empleados y elaborar notas de aplicación de descuentos. Coordinar el programa de desarrollo de los recursos humanos. Elaborar el inventario de bienes muebles e inmuebles. Revisar los inventarios remitidos por las diferentes dependencias. Colaborar en la elaboración de bases para subasta pública. Verificar que los bienes adquiridos sean incorporados a los inventarios. Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> 1 año experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo. Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. Iniciativa y creatividad. Habilidad para redactar informes técnicos. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> Paquetes utilitarios de Microsoft Office Normativas de la administración pública. Leyes de la Republica. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	30 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO DE AUDITORÍA
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
Área:	UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE AUDITORÍA INTERNA.
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Efectuar las auditorías planificadas en equipo, de forma técnica y profesional teniendo como base la Ley de la Corte de Cuentas de la República, el Reglamento de Normas de Auditoría Gubernamental y el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Ejecutar los procedimientos de los programas de auditorías de acuerdo a planificación.• Ejecutar los procedimientos de los programas de auditorías de acuerdo a solicitud o autorización del Presidente del ISRI.• Ejecutar las técnicas de auditoría de acuerdo a solicitud o autorización del Presidente del ISRI.• Elaborar documentos técnicos de Trabajo.• Interactuar con las Gerencias, Directores de Centros de Atención, Administradores de Centros de Atención, Jefaturas y otro personal en los trabajos que desarrolla la Unidad.• Proponer mejoras a los procedimientos de auditoría.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Profesional universitario con afinidad al puesto	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 1 año experiencia profesional.	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Capacidad de análisis, síntesis y expresión verbal y escrita.• Trabajo en equipo.• Habilidad para la elaboración de informes técnicos.	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Paquetes utilitarios Microsoft Office• Normas de auditoría• Leyes y normas gubernamentales• Control Interno	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	31 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SECCIÓN MANTENIMIENTO
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Coordinar las diferentes rutinas de mantenimiento preventivo y correctivo demandadas por las diferentes dependencias del Instituto.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de la Sección de Mantenimiento. • Elaborar programa de mantenimiento preventivo de la infraestructura física • Supervisar trabajos en ejecución. • Colaborar en la elaboración de presupuestos para proyectos del Instituto. • Coordinar con otras instituciones para solventar necesidades. • Supervisar el buen uso de los materiales en las reparaciones que se realizan en el Instituto. • Coordinar trabajos de mantenimiento para la planta física de los Centros del ISRI. • Cooperar en situaciones de emergencia o desastre. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 año experiencia profesional 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Iniciativa y creatividad • Uso de equipo eléctrico e hidráulico 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Preferente con grado técnico o estudiante de ingeniería civil a nivel de octavo ciclo. • Dibujo arquitectónico • Área civil y eléctrica 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de trabajo industrial y construcción. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	32 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	COORDINADOR DE TRANSPORTE
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SECCIÓN TRANSPORTE
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE SERVICIOS GENERALES
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Coordinar el transporte para personal técnico y administrativo; coordinar y supervisar las rutas de transporte con usuarios externos; coordinar y controlar el suministro de combustible; coordinar y supervisar el mantenimiento de vehículos; supervisar la distribución de correspondencia externa y pagos a instituciones bancarias.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar el Plan Anual de Trabajo de la Sección Transporte.• Elaborar la programación de transporte.• Realizar el suministro de combustible a vehículos institucionales y llevar registro de su uso.• Coordinar el mantenimiento de la flota de vehículos.• Coordinar la distribución de correspondencia externa.• Elaborar informe de entrega y recibimiento de los vehículos a Vigilancia.• Tramitar la matricula de los vehículos del ISRI.• Elaborar informe completo de actividades y condiciones físicas de vehículos.• Levantar el inventario del área de responsabilidad.• Establecer recorridos de rutas de transporte con usuarios externos.• Coordinar transporte con otras instituciones.• Hacer funciones de motorista cuando es necesario.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Bachiller	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 2 año experiencia profesional	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Criterio e iniciativa para resolver problemas de importancia para la Institución.• Delegar y coordinar el desarrollo de actividades asignadas al personal supervisado.• Conducir vehículos pesados.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Preferente con grado técnico en mecánica automotriz o estudiante de ingeniería a nivel de octavo ciclo.• Paquetes utilitarios Microsoft Office.• Mecánica automotriz, seguridad vial y nomenclatura.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Toda clase de vehículos, computadora personal.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	33 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	COORDINADOR DE VIGILANCIA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS GENERALES
Área:	SECCIÓN VIGILANCIA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE SERVICIOS GENERALES
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Coordinar la seguridad de los usuarios internos, externos, instalaciones y bienes institucionales.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de la Sección Vigilancia. • Verificar la calidad de atención a los usuarios por parte del personal de vigilancia. • Realizar rondas internas para la detección de personas sospechosas dentro de las instalaciones y verificar el orden de los estacionamientos por parte de los usuarios internos y externos. • Verificar entrega de carné de visitante a las visitas de la Administración Superior. • Cubrir al personal de vigilancia para su hora de almuerzo o por emergencias. • Recibir los vehículos de la Administración Superior. • Verificar que todos los empleados marquen solo una tarjeta de asistencia. • Elaborar informes semanales de acuerdo a lo informado por el personal de vigilancia en los libros. • Realizar visitas de trabajo al personal de turno en los fines de semana en la Administración Superior y en los Centros de Atención. • Realizar visitas de supervisión a las diferentes propiedades del ISRI. • Elaborar y enviar informe de salidas de material y equipo a Gerencia Administrativa. • Elaborar y enviar informe de ingreso de vehículos particulares y personas que ingresan en los mismos a Gerencia Administrativa. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 año experiencia profesional 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • De preferencia estudiante universitario a nivel de octavo ciclo. • Haber prestado servicio militar. • Preferente haber cursado la capacitación de la ANSP. • Manejo de personal y conflictos. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes Excel y Microsoft Word 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, radio de comunicación, etc. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	34 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	GUARDALMACÉN
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	ALMACÉN CENTRAL
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE ADMINISTRATIVO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Recibir, estibar, custodiar, distribuir y controlar las existencias de materiales, suministros y equipos en el Almacén Central del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">Resguardar existencias en el almacén.Verificar existencias mínimas en el almacén.Vigilar que las condiciones para la buena conservación de los suministros sean las adecuadas.Mantener actualizado el sistema informático de su área de responsabilidad.Realizar inventarios de existencias en forma semestral.Recibir y despachar suministros de acuerdo a normativas.Verificar el ingreso y la salida de suministros.Notificar al jefe inmediato sobre niveles de existencias mínimas de suministros.Informar al jefe inmediato sobre consumos históricos.Mantener informado al jefe inmediato sobre los bienes próximos a vencer y de baja rotación.Mantener limpia y ordenada el área de trabajo y bienes bajo su custodia.Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">Bachiller	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">2 años de experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">Responsabilidad y honradez notoria.Iniciativa.Buenas relaciones interpersonales.Habilidad numérica.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">Preferente con estudios universitarios a nivel de sexto ciclo en carreras con afinidad al puesto.Básicos de Informática y contabilidad.Administración de almacén.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">Computadora, fax, fotocopidora.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	35 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN ESTADÍSTICA
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Área:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Sub-Área:	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
Título del jefe inmediato superior:	JEFE UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Consolidar, analizar la estadística institucional y asesorar a los niveles locales.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar, procesar y analizar la información estadística. • Asesorar a los encargados de las estadísticas de los Centros de Atención. • Supervisar la calidad de la información enviada. • Generar y proporcionar la información estadística requerida. • Supervisar la codificación de los diagnósticos elaborados por los Auxiliares de Estadísticas. • Supervisar el área de Estadística y Documentos Médicos de los Centros de Atención. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 años experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión y negociación. • Trabajo en equipo. • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Capacidad para administrar recursos humanos. • Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office. • Estadística. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	36 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	SECRETARIA III
Gerencia/Unidad:	PRESIDENCIA, GERENCIA ADMINISTRATIVA, GERENCIA MÉDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	PRESIDENCIA, GERENCIA ADMINISTRATIVA, GERENCIA MÉDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	PRESIDENCIA O GERENCIAS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Revisar agenda laboral diaria; recibir, redactar, enviar y archivar correspondencia electrónica o tradicional llevando el control de entradas y salidas de las mismas; contestar y hacer llamadas telefónicas; atender al público; reproducir documentación requerida; elaborar reportes.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar agenda diaria laboral del jefe. • Brindar respuesta oportuna de información solicitada por el jefe. • Recibir y despachar la correspondencia. • Llevar control en libros de entrada y salida de correspondencia. • Elaborar reportes mensuales (Requisiciones de artículos generales, requisiciones de compra, informe de artículos consumidos). • Distribuir marginados al personal del área de responsabilidad. • Atender al público. • Tomar y transcribir dictados de documentos. • Archivar la documentación del área de responsabilidad. • Atender y hacer llamadas telefónicas a diferentes dependencias. • Elaborar solicitudes de licencia (por enfermedad, permiso de personal, duelo, etc.). • Elaborar reporte de permisos. • Reproducir documentación. • Brindar respuesta oportuna de información solicitada por las jefaturas. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor 20 años.	Sexo: Femenino o masculino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años en puestos similares. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Preferente con grado técnico o estudiante universitario a nivel de cuarto ciclo. • Buenas relaciones interpersonales, Excelente ortografía y redacción., Capacidad para trabajar bajo presión. • Trabajo en equipo, Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Inglés intermedio - avanzado. • Mecanografía, Taquigrafía, Técnicas de redacción. • Manejo de archivo, Manejo de paquetes de ofimática e Internet. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora, fax, fotocopidora. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	37 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	INSTRUCTOR
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Sub-Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	SUPERVISOR DE TALLERES
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Capacitar vocacionalmente y evaluar a usuarios en las diferentes etapas del proceso de rehabilitación.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar capacitación vocacional a usuarios. • Evaluar a usuarios en las diferentes etapas del proceso de capacitación vocacional. • Asesorar al responsable y usuarios en el proceso de capacitación. • Participar en equipo multidisciplinario. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Supervisar los estándares de producción. • Colaborar en trabajos de investigación. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesorado en Educación Especial o Profesional con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de experiencia profesional, preferente en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Trabajo en equipo. • Manejo de equipo a utilizar por los usuarios en los talleres. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad de administración de recurso humano. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad Industrial. • Rehabilitación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	38 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	INSTRUCTOR DE TALLERES
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	INSTRUCCIÓN VOCACIONAL
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Supervisar y evaluar el desarrollo de los diferentes talleres vocacionales.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Identificar y evaluar necesidades de capacitación al personal bajo su cargo. • Identificar necesidades de equipo y materiales para los diferentes talleres. • Monitorear el mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos de talleres. • Dar seguimiento a programas de unidades de capacitación. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Mantener y garantizar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias del personal bajo su cargo. • Asesorar a instructores en los diferentes programas de las unidades técnicas. • Participar en la elaboración de planes, programas y proyectos de los diferentes talleres. • Distribuir los insumos necesarios para el desarrollo de los diferentes programas. • Realizar proceso de ingreso del usuario a los talleres vocacionales. • Participar en el equipo multidisciplinario. • Seleccionar al personal bajo su cargo. • Evaluar el desempeño del personal a su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Director de Centro o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesorado en Educación Especial o Profesional con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de experiencia profesional, preferente en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo, Buenas relaciones Interpersonales, administración de recurso humano, iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Básicos de Informática. • Equipos de las diferentes áreas que supervisa. • Técnicas metodológicas en procesos de enseñanza aprendizaje. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	39 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Título del jefe inmediato superior:	JEFES DE UNIDADES
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Colaborar en todas las actividades correspondientes al manejo contable de la institución y/o realizar acciones de recursos humanos tales como proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en los cierres contables de acuerdo a los plazos establecidos por el SAFI-DGCG. • Llevar un registro del pago de bienes y servicios. • Llevar registros contables. • Archivar requerimientos y contrapartidas. • Elaborar planillas AFP, FSV, INPEP y otras relacionadas. • Elaborar diferentes informes. • Actualizar y archivar documentos de acciones de personal. • Mantener actualizada y ordenada la bolsa de trabajo de la Institución. • Promover y apoyar los programas de bienestar social del instituto. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Iniciativa y creatividad. • Ética y transparencia en el desarrollo de su función. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Preferente estudiante a nivel de sexto ciclo de carrera universitaria afín al puesto • Paquetes utilitarios de Microsoft Office • Normativas de la administración pública. • Leyes de la Republica. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	40 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN MANTENIMIENTO
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SECCIÓN MANTENIMIENTO
Título del jefe inmediato superior:	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Desarrollar las diferentes rutinas de mantenimiento preventivo y correctivo que se efectúan en las dependencias del Instituto.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Dar mantenimiento preventivo y correctivo a equipo industrial, de oficina, biomédico y automotriz de las diferentes dependencias del ISRI. • Dar mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones eléctricas, hidráulicas y telefónicas de las diferentes dependencias del ISRI. • Participar en la elaboración de los distintos planes de mantenimiento preventivo y correctivo del Instituto. • Elaborar presupuesto y cotizaciones de los trabajos a ejecutar. • Realizar y presentar al coordinador del área los informes relativos a los trabajos asignados. • Participar en comisiones de higiene y seguridad industrial. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la jefatura inmediata o autoridades superiores del ISRI 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o Femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Iniciativa y creatividad • Buenas relaciones interpersonales. • Uso de equipo eléctrico e hidráulico 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Preferente con grado técnico con afinidad al puesto. • Mantenimiento y reparación de motores diesel y gasolina. • Equipo biomédico, electricidad, obra de banco. • Equipos de aire acondicionado. • Fontanería, carpintería y pintura. • Telefonía y equipo de oficina. • 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo industrial y construcción. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	41 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	SECRETARIA II
Gerencia/Unidad:	DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN Y JEFATURAS DE DEPARTAMENTO
Área:	DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN Y JEFATURAS DE DEPARTAMENTO
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR O JEFE DE DEPARTAMENTOS O UNIDADES
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Asistir en aspectos secretariales y logísticos a la jefatura inmediata o Superior.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar, registrar y archivar correspondencia.• Llevar la agenda de trabajo del jefe inmediato.• Responsable de recepcionar y distribuir la correspondencia.• Emisión de correspondencia bajo numeración correlativa y codificada, de acuerdo al departamento que le ordene, y su remisión inmediata.• Llevar control de existencia de papelería y útiles de la unidad respectiva.• Tomar y transcribir dictados de documentos.• Mantener actualizados archivos físicos y en base de datos, clasificándolas ordenadamente.• Asistir en apoyo logístico.• Facilitar la comunicación entre las dependencias del Instituto y entidades externas.• Atender a los usuarios internos y externos y a los que demanden servicios de la jefatura inmediata.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años.	Sexo: Femenino o masculino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Bachiller	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Buenas relaciones interpersonales y atención al público.• Excelente ortografía y redacción• Capacidad para trabajar bajo presión y discreción.• Trabajo en equipo, iniciativa y creatividad.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Inglés Básico, mecanografía, taquigrafía.• Técnicas de redacción, manejo de archivo y uso adecuado de teléfono.• Manejo de paquetes de ofimática e Internet.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora, fax, fotocopidora.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	42 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE ALMACÉN
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	ALMACÉN CENTRAL
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE ADMINISTRATIVO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Estibar, distribuir, suministros y equipos en el Almacén Central del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Vigilar que las condiciones para la buena conservación de los suministros sean las adecuadas.• Realizar inventarios de existencias en forma semestral.• Verificar el ingreso y la salida de suministros.• Notificar al jefe inmediato sobre niveles de existencias mínimas de suministros.• Informar al jefe inmediato sobre consumos históricos.• Mantener informado al jefe inmediato sobre los bienes próximos a vencer y de baja rotación.• Mantener limpia y ordenada el área de trabajo y bienes bajo su custodia.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Bachiller	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidad y honradez notoria.• Iniciativa.• Buenas relaciones interpersonales.• Habilidad numérica.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Básicos de Informática y contabilidad.• Paquetes de ofimática.• Administración de almacén.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora, fax, fotocopidora.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	43 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE ESTADÍSTICA
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRACIÓN
Área:	ADMINISTRACIÓN
Sub-Área:	ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS MÉDICOS
Título del jefe inmediato superior:	ADMINISTRADOR
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Consolidar, recolectar, verificar los registros diarios de las consultas para ser ingresados en el sistema estadístico y epidemiológico que se lleva en el Centro de Atención.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Consolidar, procesar y generar la información estadística y epidemiológica del Centro de Atención.• Administrar los documentos médicos y expedientes clínicos del Centro de Atención.• Mantener los libros diarios de control en la atención de los usuarios.• Codificar los datos de los registros diarios de atención a personas con discapacidad.• Elaborar, mantener y resguardar el expediente clínico e inscripción de usuarios.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el jefe inmediato o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Bachiller	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Digitación.• Buenas relaciones interpersonales.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Manejo de paquetes de ofimática.• Básicos de estadística.• Técnicas de redacción y ortografía.• Técnicas de archivo.• Estadística.• De preferencia en codificación con base a clasificación de morbilidad (CIE-10) y discapacidades (CIF).	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora, fax, fotocopidora.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	44 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	MEDICO ESPECIALISTA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS MÉDICOS
Área:	SERVICIOS MÉDICOS
Sub-Área:	MEDICINA ESPECIALIZADA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE SERVICIOS MÉDICOS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Trabajo profesional en el campo de las diferentes especialidades medicas que demanden los usuarios, en el proceso de rehabilitación.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar y prescribir el plan de tratamiento correspondiente al proceso de rehabilitación. • Efectuar visita médica a los usuarios internados, cuando corresponda. • Realizar los procedimientos de atención médica propios de su especialidad, cuando se requieran. • Cumplir las normas vigentes institucionales. • Atender y solicitar inter-consultas médicas. • Realizar referencia y contrarreferencia al nivel de salud que corresponda. • Extender certificados de incapacidad temporal o constancia de los usuarios que lo requieran. • Extender certificación de defunción del paciente que estuvo bajo su cuidado. • Llenar registros correspondientes a consulta. • Participar en la evaluación en el equipo multidisciplinario o interdisciplinario, de acuerdo al caso. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Doctorado en Medicina, con la especialidad correspondiente. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Trabajo en equipo. • Buenas relaciones interpersonales. • Ética profesional. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del área de rehabilitación 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	45 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	SECRETARIA I
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRADOR DE CENTRO U OTRAS UNIDADES ORGANIZATIVAS.
Área:	ADMINISTRADOR O JEFE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA
Sub-Área:	ADMINISTRADOR O JEFE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA
Título del jefe inmediato superior:	ADMINISTRADOR O JEFE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Asistir en aspectos secretariales y logísticos a jefatura inmediata o superior.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, registrar, distribuir y archivar correspondencia. • Llevar la agenda de trabajo del jefe inmediato. • Asistir en apoyo logístico. • Llevar control de existencia de papelería y útiles de la unidad respectiva. • Tomar y transcribir dictados de documentos. • Facilitar la comunicación entre las dependencias del Instituto y entidades externas. • Atender a los usuarios internos y externos y a los que demanden servicios de la jefatura inmediata. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años.	Sexo: Femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Buenas relaciones interpersonales y atención al público. • Excelente ortografía y redacción. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Trabajo en equipo. • Iniciativa y creatividad. • Discreción. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Mecanografía. • Taquigrafía. • Técnicas de redacción, manejo de archivo y uso adecuado de teléfono. • Manejo de archivo. • Manejo de paquetes de ofimática e Internet. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora, fax, fotocopidora. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	46 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	MOTORISTA
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SECCIÓN TRANSPORTE
Título del jefe inmediato superior:	COORDINADOR DE TRANSPORTE/ADMINISTRADOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Conducir, revisar y brindar mantenimiento básico a las unidades de transporte para el buen funcionamiento de éstas.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Transportar usuarios externos y personal del ISRI en misión oficial de manera segura. • Llenar tanque de combustible con el coordinador de transporte. • Entregar informe de estado de vehículo. • Distribución de correspondencia externa. • Mantener en condiciones óptimas de limpieza y mantenimiento básico a la unidad de transporte a su cargo. • Realizar pagos derivados de las obligaciones del Instituto. • Entregar informe hoja de kilometraje a jefe inmediato. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor a 20 años	Sexo: Masculino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años en manejo de vehículos. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad. • Discreción. • Cumplimiento a las leyes de tránsito. • Excelente historial en el manejo de vehículos. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Mecánica automotriz. • Servicio y atención al usuario con facultades especiales. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Herramientas y piezas de vehículo. • Se requiere licencia clase / tipo Pesada 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	47 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES II
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS GENERALES O ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
Área:	SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SERVICIOS GENERALES
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE SERVICIOS GENERALES O ADMINISTRADOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Realizar actividades de limpieza y de apoyo en las áreas asignadas en la institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Atender en las sesiones de junta directiva del Instituto.• Atender a Presidencia y Gerencias.• Realizar limpieza general en las áreas asignadas.• Realizar labores de mensajería dentro del área institucional.• Colaborar en apoyo logístico en eventos especiales.• Colaborar con los servicios de mantenimiento, jardinería, lavandería y alimentación de usuarios.• Realizar compras y trámites de mensajería interinstitucional.• Atender áreas de otros compañeros del área de servicios generales cuando están ausentes.• Recoger documentos y correspondencia.• Realizar trámites de pago en bancos y otras instituciones.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 18 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Noveno Grado	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año en puestos similares.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad de atender a usuarios.• Sentido de responsabilidad, seguridad y dedicación.• Iniciativa y creatividad.• Discreción.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Atención al cliente	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• El asignado a su cargo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	48 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	PORTERO VIGILANTE
Gerencia/Unidad:	DEPARTAMENTOS DE SERVICIOS GENERALES
Área:	ADMINISTRACIÓN
Sub-Área:	VIGILANCIA
Título del jefe inmediato superior:	COORDINADOR DE VIGILANCIA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Vigilar y salvaguardar las instalaciones y orientar al público que ingresa a la Institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar las instalaciones de la Institución. • Orientar al público que ingresa a las instalaciones del Instituto. • Verificar que las instalaciones del Instituto, se encuentren debidamente aseguradas después de la jornada ordinaria de trabajo. • Atender las emergencias que se presenten en su jornada de trabajo. • Comunicar las emergencias ocurridas en su jornada de trabajo. • Controlar el ingreso y salida del personal y las visitas a las instalaciones de la Institución. • Controlar la entrada y salida de materiales y equipos pertenecientes a la Institución. • Evitar el ingreso de personas en condiciones que atenten contra la seguridad de las instalaciones, del personal y/o usuarios. • Mantener el libro de novedades actualizado. • Recibir los vehículos de la Institución en ausencia del Coordinador de Vigilancia • Ejecutar control de marcación durante la jornada nocturna y efectuar las diferentes rondas internas. • Efectuar registros a personal interno y externo cuando se le indique. • Informar de forma oportuna de las emergencias que se presenten en las instalaciones. • Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bachiller 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Capacidad para detectar situaciones de riesgo. • Capacidad para resolver conflictos. • Atención y orientación al público. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Haber prestado servicio militar y haber aprobado el Curso de Academia Nacional de Seguridad Pública. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • El asignado a su cargo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	49 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS GENERALES O ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
Área:	SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SERVICIOS GENERALES
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE SERVICIOS GENERALES O ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Realizar actividades de limpieza y de apoyo en las áreas asignadas en la institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Realizar limpieza general en las áreas asignadas.• Realizar labores de mensajería dentro del área institucional.• Colaborar en apoyo logístico en eventos especiales.• Colaborar con los servicios de mantenimiento, jardinería, lavandería y alimentación de usuarios.• Realizar compras y trámites de mensajería interinstitucional.• Atender áreas de otros compañeros del área de servicios generales cuando están ausentes.• Recoger documentos y correspondencia.• Realizar trámites de pago en bancos y otras instituciones.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 18 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Noveno Grado	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año en puestos similares.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad de atender a usuarios.• Sentido de responsabilidad, seguridad y dedicación.• Iniciativa y creatividad.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Atención al cliente	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• El asignado a su cargo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	50 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	DIRECTOR DE CENTRO
Gerencia/Unidad:	GERENCIA MEDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	DIRECCIÓN
Sub-Área:	<ul style="list-style-type: none"> SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO SERVICIOS DE REHABILITACIÓN ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE MÉDICO Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Conducir y coordinar los procesos técnicos y administrativos del Centro de Atención garantizando la ejecución del modelo de atención y provisión con efectividad y calidad, para lograr así la Misión, Visión y objetivos del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> Dirigir las actividades técnicas y administrativas del Centro de Atención. Planificar, organizar, ejecutar y dirigir el Plan de Trabajo del Centro de Atención Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes y programas de trabajo de los Centros de Atención, de acuerdo a lo establecido en los procedimientos, instrumentos e indicadores institucionales. Presentar propuestas de programas, protocolos, guías de atención y cambios al modelo de atención y provisión de servicios de su Centro ante la Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación. Formular el presupuesto y gestionar su aprobación. Garantizar la correcta aplicación de los instrumentos regulatorios. Fomentar y desarrollar gestión de calidad en los diferentes procesos técnicos y administrativos. Fomentar la investigación científica. Velar por el buen funcionamiento del equipo, infraestructura y mobiliario. Conocer y resolver los conflictos laborales del Centro de Atención. Detectar y gestionar mejoras de la capacidad instalada del Centro de Atención. Delegar en forma explícita la responsabilidad de su cargo en caso de ausencia. Ejercer otras designaciones que se emanen de la Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación y autoridades superiores del ISRI. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> Profesional universitario afín a la especialidad del centro. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> 2 años experiencia profesional 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> Capacidad en la administración de recurso humano Capacidad de Trabajo en equipo, Capacidad de gestión y negociación, Capacidad para analizar y tomar decisiones, Iniciativa y creatividad, Capacidad de trabajar bajo presión, Capacidad de asegurar procesos de mejora continua, Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> Estadística y Epidemiología, Codificación con base a clasificación de morbilidad (CIE-10) y discapacidades (CIF). Planes, programas y proyectos, Proceso administrativo, Marco regulatorio público. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> Equipo utilitario. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	51 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	ADMINISTRADOR DE CENTRO
Gerencia/Unidad:	DIRECCIÓN
Área:	ADMINISTRACIÓN
Sub-Área:	ADMINISTRACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Administrar, conducir, controlar y evaluar los procesos administrativos que faciliten el logro de los objetivos del Centro de Atención.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Participar en la elaboración y seguimiento del Plan Anual de Trabajo del Centro de Atención.• Formular el Plan presupuestario en coordinación con el Director del Centro.• Garantizar la eficiencia en la ejecución presupuestaria.• Gestionar la provisión y distribución oportuna de insumos del Centro de Atención.• Gestionar los mantenimientos preventivos y correctivos del equipo e infraestructura.• Formular planes, programas y proyectos de mejora y desarrollo en el Centro de Atención.• Apoyar la gestión eficiente del recurso humano del Centro de Atención.• Conocer y resolver los conflictos laborales del Centro de Atención.• Cumplir y verificar el cumplimiento de las leyes y normativas aplicables.• Realizar el levantamiento físico del Activo Fijo del Centro de Atención cuando sea requerido.• Fungir como Encargado de Caja Chica.• Participar activamente en el Consejo Administrativo y las comisiones que le sean delegadas por la autoridad competente.• Fungir como Administrador de contratos.• Seleccionar al personal bajo su cargo y evaluar su desempeño.• Ejercer otras designaciones que se emanen del Director o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 27 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Licenciatura en Administración de Empresas o carreras afines al puesto.	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 2 años en puestos similares.	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Liderazgo.• Capacidad de mejorar procesos institucionales.• Iniciativa y creatividad.• Trabajo en equipo, Buenas relaciones interpersonales.• Orden y organización.• Responsabilidad, seguridad y dedicación.• Capacidad para analizar y tomar decisiones.	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Paquetes utilitarios ofimática e Internet.• Administración Financiera, Leyes y políticas estatales.• Administración de capital humano.	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Computadora personal, fax, fotocopidora.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	52 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA
Gerencia/Unidad:	GERENCIA MEDICA Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS MÉDICOS
Sub-Área:	SERVICIOS MÉDICOS
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE MÉDICO Y DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Conducir y coordinar la ejecución del modelo de atención y provisión de servicios.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo de los servicios médicos de su área. • Identificar las necesidades del área y gestionar las soluciones respectivas. • Participar en la revisión y/o elaboración de los protocolos y guías de atención de los servicios médicos de su área. • Proponer políticas de atención al usuario en los servicios médicos. • Evaluar periódicamente el cumplimiento de las metas y la calidad de los servicios médicos y de apoyo. • Análisis de los datos estadísticos y epidemiológicos de su área. • Participar, fomentar y difundir la investigación científica. • Dirigir y supervisar las actividades de los servicios médicos y de apoyo en los aspectos técnicos y administrativos. • Integrar comisiones por delegación de las autoridades superiores del Instituto. • Dirimir los conflictos del personal de su área. • Participar en la elaboración de la memoria de labores de su área. • Evaluar el desempeño laboral del personal a su cargo. • Formular o integrar la información que debe ser remitida a solicitud de la Administración Superior en lo referente a los servicios médicos y de apoyo. • Seleccionar al personal bajo su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne la Gerencia Médica o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Doctor en Medicina 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de ejercicio profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Buenas relaciones interpersonales. • Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	53 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN DEPORTE ADAPTADO I
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Sub-Área:	EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTADA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS /DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Diseñar, ejecutar y evaluar los programas de deporte adaptado, contribuyendo al fortalecimiento y desarrollo de las potencialidades físicas de los usuarios.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Diseñar, ejecutar y evaluar los programas de deporte adaptado de su área de responsabilidad. • Gestionar y coordinar con los Centros de Atención del ISRI y otras instituciones vinculadas al deporte. • Dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad. • Dar cumplimiento a los lineamientos de atención del área de responsabilidad. • Evaluar el nivel funcional de los usuarios en las diferentes etapas del proceso de rehabilitación. • Proporcionar tratamientos según plan de tratamiento del usuario. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Orientar al responsable de los usuarios en el proceso de rehabilitación. • Elaborar informes requeridos por la Institución. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnico con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • De preferencia en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar eventos deportivos. • Iniciativa y creatividad y destreza manual. • Trabajo en equipo. • Capacidad de manejo de grupos. • Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad. • Buenas relaciones interpersonales. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Disciplinas deportivas. • Técnicas deportivas específicas. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de implementos deportivos, y otros relacionados a su área de responsabilidad. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	54 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE DEPARTAMENTO ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRACIÓN
Área:	ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Sub-Área:	ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Título del jefe inmediato superior:	ADMINISTRADOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Dirigir, planificar y organizar el área de Alimentación y Dietas; preparar y aplicar regímenes alimenticios según las características de los usuarios.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad. • Realizar la valoración nutricional de los usuarios. • Llevar control nutricional, peso y talla de los usuarios. • Programar las entregas de materia prima para alimentos. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Solicitar los productos alimenticios necesarios para el cumplimiento de la programación del menú de dietas. • Ejecutar la preparación previa, la cocción y el cálculo de las raciones de alimentos destinados a las dietas. • Llevar el control y registro de las personas que reciben las raciones. • Distribuir las dietas normales y especiales a los usuarios atendiendo las prescripciones médicas. • Capacitar al personal involucrado de manera de garantizar que los procedimientos sean los adecuados. • Realizar el control e higiene del material, equipamiento y área de trabajo. • Mantener y garantizar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias del personal bajo su cargo. • Seleccionar al personal bajo su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Administrador de Centro o autoridad superior. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Nutrición y Dietas o profesional universitario con afinidad al puesto 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia en el área. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de conflictos • Trabajo en equipo. • Iniciativa y creatividad. • Capacidad de administración de recurso humano. • Capacidad de gestión. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para manipulación de alimentos. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	55 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO/JEFE DE CONSULTA EXTERNA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de enfermería.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, ejecutar y dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Elaborar el plan de cuidados y el plan de asignaciones para el personal de enfermería. • Gestionar y velar por la buena utilización de los materiales y equipos asignados al servicio. • Mantener y garantizar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias del personal. • Consolidar estadística mensual de su área de responsabilidad. • Elaborar informes requeridos por el Director de Centro. • Participar en equipo multidisciplinario. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Mantener y garantizar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias del personal bajo su cargo. • Seleccionar al personal bajo su cargo. • Ejercer funciones de su área u otras que le asigne el Director de Centro o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 30 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Enfermería. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de preferencia en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo. • Trabajo en equipo. • Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación. • Administración de Recursos Humanos. • Básicos de computación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	56 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO ADMINISTRATIVO III
Gerencia/Unidad:	CENTRO DE ATENCIÓN
Área:	ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
Sub-Área:	ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
Título del jefe inmediato superior:	ADMINISTRADOR DE CENTRO O JEFE DE UNIDAD
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO Gestionar ante las instancias correspondientes apoyo en el quehacer institucional.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Apoyar al departamento de servicios generales en las gestiones interinstitucionales.• Dar seguimiento a las gestiones interinstitucionales.• Coordinar con estudiantes, empresas en las competencias asignadas.• Elaborar documentos técnicos y administrativos.• Elaborar informes de seguimiento a las gestiones institucionales.• Colaborar con el administrador en identificar los equipos que requieren mantenimiento preventivo y correctivo.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Profesional universitario afín al puesto.	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año experiencia profesional.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Trabajo en equipo.• Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita.• Iniciativa y creatividad.• Habilidad para redactar informes técnicos.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Paquetes utilitarios de Microsoft Office• Normativas de la administración pública.• Leyes de la Republica.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	57 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	ENFERMERA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	ENFERMERÍA
Sub-Área:	ENFERMERÍA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE ENFERMERÍA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Brindar atención de enfermería a usuarios y asistir al médico en procedimientos especiales.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad. • Brindar cuidados de enfermería. • Recibir inventario a turno anterior. • Mantener botiquín de medicamentos ordenado. • Asistir a médicos en procedimientos especiales. • Impartir charlas de educación en salud. • Participar en equipo interdisciplinario. • Realizar rondas de recibo y entrega de turnos de atención a usuarios. • Administrar medicamentos parenterales según indicación médica. • Tomar muestras de laboratorio. • Identificar signos de alarma de los usuarios. • Administrar dietas asistidas. • Trasladar a usuarios en casos de emergencias. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año experiencia profesional 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Ética y Transparencia en el desarrollo de sus funciones • Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita. • Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación • Básicos de computación 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	58 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	PSICÓLOGO
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	PSICOLOGÍA
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Proporcionar asistencia psicológica a usuarios y asistencia a padres o responsables con relación a la problemática del usuario.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar psicológicamente a usuarios en las diferentes etapas del proceso de rehabilitación. • Brindar tratamientos psicológicos individuales o grupales. • Elaborar y ejecutar programas de atención y orientación a padres o responsables. • Participar en equipo multidisciplinario. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Ejecutar programas de salud mental para los empleados. • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Elaborar informes y estadísticas de su área. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato o autoridades superiores. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años.	Sexo: : Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Psicología. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Manejo de grupos. • Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • De preferencia de psicología clínica. • Aplicación de pruebas psicométricas. • Manejo y aplicación de técnicas psicológicas. • Manejo de técnicas psicopedagógicas. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	59 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	PROFESIONAL EN LABORATORIO CLÍNICO
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	LABORATORIO CLÍNICO
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Realizar exámenes de laboratorio clínico y toma de muestras indicadas por diferentes médicos.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad.• Tomar y procesar muestras de laboratorio clínico.• Elaborar diferentes informes.• Calibrar equipos de química clínica• Manejar desechos bioinfecciosos.• Controlar el buen funcionamiento de equipos y reactivos de su área de responsabilidad.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Licenciatura en Laboratorio Clínico.	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 1 año experiencia profesional	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Destreza manual.• Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad.• Iniciativa y creatividad.• Buenas relaciones interpersonales	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Manejo de desechos bioinfecciosos.• Normas de bio-seguridad.	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Computadora y equipo especializado relacionado con su profesión.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	60 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	MEDICO GENERAL
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS MÉDICOS
Área:	SERVICIOS MÉDICOS
Sub-Área:	MEDICINA GENERAL
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR O JEFE DE SERVICIOS MÉDICOS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Trabajo profesional en el campo de la medicina general que requiere la atención de usuarios, cuyo objetivo es preservar la salud mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención de medicina general a los usuarios que demanden los servicios. • Cumplir con las normas y procedimientos técnicos propios de su cargo. • Realizar referencia y contra referencia al nivel de salud que corresponda. • Extender certificados de incapacidad temporal o constancia de los usuarios que lo requieran. • Extender certificación de defunción del paciente que estuvo bajo su cuidado. • Elaborar informes estadísticos y epidemiológicos, requeridos por la institución. • Participar en la evaluación en el equipo multidisciplinario. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Doctorado en Medicina 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año en puestos similares. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Trabajo en equipo • Buenas relaciones interpersonales • Ética profesional 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del área de rehabilitación 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	61 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	ENCARGADO DE FARMACIA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	FARMACIA
Sub-Área:	FARMACIA
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Controlar y custodiar los medicamentos y los insumos médicos, odontológicos y de laboratorio; mantener reservas mínimas de los mismos y las condiciones adecuadas para su buena conservación.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Custodiar existencias de medicamentos e insumos médicos. • Mantener las reservas de niveles de existencias mínimas en farmacia. • Mantener las condiciones adecuadas para la buena conservación de los medicamentos, insumos médicos, odontológicos y de laboratorio. • Mantener actualizado el kárdex y libros de medicamentos controlados. • Realizar inventarios de existencias en forma semestral. • Recibir y despachar medicamentos, insumos médicos, odontológicos y de laboratorio. • Verificar el ingreso y las salidas de medicamentos, insumos médicos, odontológicos y de laboratorio. • Notificar sobre niveles de existencias mínimas. • Informar sobre consumos históricos de medicamentos, insumos médicos, odontológicos y de laboratorio. • Gestionar los documentos relacionados con los medicamentos controlados ante el Consejo Superior de Salud Pública. • Mantener informado al jefe inmediato sobre los bienes próximos a vencer y de baja rotación. • Mantener limpia y ordenada el área de trabajo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Química y Farmacia 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • Un año en puestos similares. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de brindar atención al usuario con calidad y calidez. • Destreza manual, trabajo en equipo • Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad. • Iniciativa y creatividad, buenas relaciones interpersonales 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquetes utilitarios Microsoft Office y Control interno. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal, fax, fotocopidora. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	62 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	ENFERMERÍA
Sub-Área:	ENFERMERÍA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Brindar atención directa al usuario con calidad y calidez.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar cuidados básicos de enfermería. • Cumplir medicamentos orales según indicación médica y horario establecido. • Elaborar notas de enfermería en expediente de pacientes. • Colaborar con la visita médica. • Controlar signos vitales y vigilar signos de alarmas. • Recibir y entregar material de arsenal. • Efectuar cambios de posición a usuarios encamados. • Dar alimentación asistida a usuarios dependientes. • Vigilar y asistir la ingesta líquidos a diferentes usuarios. • Lubricar la piel de usuarios que lo requieran, en forma periódica. • Levantar censo diario de usuarios. • Realizar curaciones. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnico en enfermería. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año en puestos similares 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Ética y transparencia en el desarrollo de sus funciones • Trabajo en equipo. • Iniciativa y creatividad. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación • Básicos de computación 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	63 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	DIETISTA
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRACIÓN
Área:	ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Sub-Área:	ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Título del jefe inmediato superior:	ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Programar y elaborar dietas alimenticias y dirigir el Departamento de Cocina.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área.• Programar menú de alimentos.• Supervisar el saneamiento e higiene del Departamento de Cocina.• Controlar el consumo y el aprovisionamiento de alimentos.• Seleccionar al personal bajo su cargo.• Evaluar el desempeño del recurso humano a su cargo.• Participar en programas de investigación.• Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área.• Orientar en aspectos nutricionales a usuarios y personal.• Orientar en manipulación de alimentos al personal bajo su responsabilidad.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Administrador de Centro o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Tecnólogo en carrera afín al puesto.	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Iniciativa y creatividad.• Capacidad de administración de recurso humano.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Técnicas para manipulación de alimentos.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Asignado a su cargo y consignado en activo fijo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	64 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TRABAJADOR SOCIAL
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	TRABAJO SOCIAL
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Orientar, gestionar y dar seguimiento a las necesidades de los usuarios dentro del proceso de rehabilitación y apoyar la gestión intra e interinstitucional.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar y actualizar estudios sociofamiliares de los usuarios del Centro de Atención.• Impartir charlas informativas a usuarios, padres o encargados de nuevo ingreso al Centro de Atención.• Participar en equipo multidisciplinario.• Coordinar con las áreas afines institucional e interinstitucionalmente.• Elaborar el Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad.• Atender solicitudes de préstamo de aditamentos o ayudas ortopédicas.• Participar en programas de investigación.• Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área.• Gestionar y orientar en la realización de estudios médicos, como de los que la institución no ofrece.• Realizar visitas domiciliarias e institucionales.• Dar cumplimiento al Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad.• Dar cumplimiento a los lineamientos de atención del área de responsabilidad.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Licenciatura en Trabajo Social.	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional.	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Criterio e iniciativa para solventar problemas de usuarios.• Trabajo en equipo.• Capacidad para preparar y elaborar resúmenes, reportes e informes de usuarios.• Manejo de relaciones interpersonales.	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Procesos de atención en el Centro de Atención.• Específicos de su campo de trabajo.	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Asignado a su cargo y consignado en activo fijo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	65 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE TALLER DE APARATOS ORTOPEDICOS
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA
Área:	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DEL CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Administrar, coordinar y supervisar los procesos de producción de las ayudas técnicas y ortopédicas para satisfacer la demanda solicitada; elaborar planes de trabajo y programación anual de compras para la unidad.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar la producción de ayudas ortopédicas. • Elaborar, supervisar y evaluar el desarrollo del Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad. • Planificar y controlar el proceso de producción de ayudas ortopédicas. • Supervisar y evaluar el desempeño del recurso humano a su cargo. • Gestionar la solución de las necesidades identificadas de su área de forma interna ó externa. • Elaborar estadísticas mensuales. • Participar en el equipo multidisciplinario de la clínica de órtesis y prótesis. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: : Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en órtesis y prótesis o carrera con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Administración de recursos humanos. • Iniciativa y creatividad. • Gestión y negociación. • Ética profesional. • Buenas relaciones interpersonales. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Leyes laborales • Seguridad Industrial • Básicos de informática 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Informático, maquinaria y herramientas que se utilizan para la fabricación de las ayudas ortopédicas. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	66 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE TERAPIAS
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	TERAPIA EDUCATIVA
Sub-Área:	TERAPIA EDUCATIVA
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Supervisar el desarrollo de las actividades de terapia a su cargo, verificando el cumplimiento de los diferentes protocolos y guías de atención en los Centros de Atención, en la aplicabilidad de las técnicas implementadas en las áreas de rehabilitación asignadas.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la Dirección del Centro en el área técnica. • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Coordinar la evaluación de las guías de atención y protocolos por las diferentes unidades técnicas de rehabilitación. • Evaluar el desarrollo de las funciones de las diferentes unidades técnicas de rehabilitación. • Coordinar la ejecución de los trabajos de investigación. • Participar en el equipo multidisciplinario. • Promover la superación profesional del recurso humano a su cargo. • Identificar las necesidades del área y gestionar soluciones respectivas. • Gestionar la resolución de conflictos del área de responsabilidad. • Consolidar, analizar y divulgar la estadística mensual de su área de responsabilidad. • Evaluar el desempeño del personal a su cargo. • Elaborar diferentes informes. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Terapia Física y Ocupacional o Licenciatura en Educación Especial 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 experiencia profesional 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Trabajo en equipo. • Buenas relaciones interpersonales. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos de técnicas específicas de rehabilitación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora personal y equipo para el desempeño del trabajo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	67 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	SUPERVISOR DE TALLERES
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN VOCACIONAL
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DEL CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Supervisar y evaluar el desarrollo de los diferentes talleres vocacionales.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Identificar y evaluar necesidades de capacitación al personal bajo su cargo. • Identificar necesidades de equipo y materiales para los diferentes talleres. • Monitorear el mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos de talleres. • Dar seguimiento a programas de unidades de capacitación. • Asesorar a instructores en los diferentes programas de las unidades técnicas. • Participar en la elaboración de planes, programas y proyectos de los diferentes talleres. • Distribuir los insumos necesarios para el desarrollo de los diferentes programas. • Realizar proceso de ingreso del usuario a los talleres vocacionales. • Participar en el equipo multidisciplinario. • Evaluar el desempeño del personal a su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Profesional universitario en carrera afín 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año en puestos similares 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en Equipo. • Administración de Recurso Humano • Iniciativa y creatividad. • Buenas relaciones Interpersonales. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Básicos de Informática. • Equipos de las diferentes áreas que supervisa. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Propios a los de su área 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	68 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE TERAPIAS I
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Sub-Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	DIRECTOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Supervisar el desarrollo de las actividades de terapia a su cargo, verificando el cumplimiento de los diferentes protocolos y lineamientos de atención en los Centros de Atención.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Evaluar el desarrollo de la terapia a su cargo. • Participar en el equipo multidisciplinario. • Identificar las necesidades del área y gestionar soluciones respectivas. • Gestionar la resolución de conflictos del área de responsabilidad. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Mantener y garantizar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias del personal bajo su cargo. • Consolidar, analizar y divulgar la estadística mensual de su área de responsabilidad. • Evaluar el desempeño del personal a su cargo. • Elaborar diferentes informes. • Seleccionar al personal bajo su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Director de Centro o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Terapia Física y Ocupacional o profesional graduado afín al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de preferencia en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad y trabajo en equipo. • Manejo de equipo especializado de rehabilitación. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad de administración de recurso humano. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas específicas de rehabilitación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	69 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TERAPISTA I
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	TERAPIA EDUCATIVA
Sub-Área:	TERAPIA EDUCATIVA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS I
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Atender las necesidades educativas de los usuarios, según la facultad especial que presenten, a fin de contribuir a la rehabilitación integral.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar tratamientos individuales y/o grupales.• Educar y orientar al responsable de los usuarios en el proceso de rehabilitación.• Elaborar informes y estadísticas de su área.• Elaborar, ejecutar y dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad.• Participar en programas de investigación.• Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área.• Participar en equipo multidisciplinario cuando sea necesario.• Dar cumplimiento a los lineamientos de atención del área de responsabilidad.• Dar cumplimiento a los programas de atención del área de responsabilidad.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Licenciatura en Educación Especial o profesional graduado afín al puesto.	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional.	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Iniciativa y creatividad.• Trabajo en equipo.• Buenas relaciones interpersonales.	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Técnicas específicas de rehabilitación en el área de educación especial.• Inclusión escolar.• Técnicas metodológicas en procesos de enseñanza aprendizaje.	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Asignado a su cargo y consignado en activo fijo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	70 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TERAPISTA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL
Sub-Área:	TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Rehabilitar y habilitar a los usuarios con facultades especiales en el area musculo esquelética y del movimiento que facilite su independencia funcional y calidad de vida.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel funcional de los usuarios en las diferentes etapas del proceso de rehabilitación. • Enseñar al responsable de los usuarios en el proceso de rehabilitación. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Elaborar aditamentos específicos según necesidad. • Ejecutar el Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad. • Participar en equipo multidisciplinario cuando sea necesario. • Dar cumplimiento a los lineamientos de atención del área de responsabilidad. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Tecnólogo en Terapia Física o profesional afín al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • De preferencia en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Destreza manual. • Trabajo en equipo • Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad. • Iniciativa y creatividad. • Buenas relaciones interpersonales. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	71 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO DE ÓRTESIS, PRÓTESIS Y AYUDAS TÉCNICAS
Gerencia/Unidad:	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA
Área:	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA
Sub-Área:	UNIDAD DE ORTOPEDIA TÉCNICA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE ORTOPEDIA TÉCNICA
Objetivo: Elaborar órtesis y prótesis de acuerdo a las especificaciones descritas por el médico y conforme a las necesidades del paciente.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar ayudas ortopédicas. • Reparar ayudas ortopédicas. • Realizar mantenimiento preventivo del equipo a su cargo. • Solicitar mantenimiento correctivo para el equipo a su cargo. • Limpiar la zona de trabajo asignada. • Participar en el equipo multidisciplinario de la Clínica de Órtesis y Prótesis. • Velar por el buen uso del equipo a su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnico en órtesis y prótesis. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año en puestos similares. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de brindar atención al usuario con calidad y calidez. • Destreza manual. • Trabajo en equipo • Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad. • Iniciativa y creatividad. • Buenas relaciones interpersonales 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos propios del área 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo propio de ortopedia técnica 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	72 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	JEFE DE TERAPIAS DE LENGUAJE II
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Sub-Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
Evaluar y proporcionar atención de Terapia de Lenguaje a usuarios con problemas de lenguaje o habla.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad. • Participar en el equipo multidisciplinario. • Identificar las necesidades del área y gestionar soluciones respectivas. • Gestionar la resolución de conflictos del área de responsabilidad. • Consolidar la estadística mensual de su área de responsabilidad. • Evaluar el desempeño del personal a su cargo. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Mantener y garantizar la aplicación de las medidas administrativas y disciplinarias del personal bajo su cargo. • Elaborar diferentes informes. • Seleccionar al personal bajo su cargo. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe de Terapias o autoridad superior. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Educación Especial. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de preferencia en el campo de la rehabilitación. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Trabajo en equipo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad de administración de recurso humano. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas específicas de rehabilitación. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	73 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TERAPISTA II
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	TERAPIA EDUCATIVA
Sub-Área:	TERAPIA EDUCATIVA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Atender las necesidades educativas de los usuarios, según la facultad especial que presenten.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar tratamientos individuales y/o grupales. • Educar y orientar al responsable de los usuarios en el proceso de rehabilitación. • Elaborar informes y estadísticas de su área. • Elaborar, ejecutar y dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad. • Participar en programas de investigación. • Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área. • Participar en equipo multidisciplinario cuando sea necesario. • Dar cumplimiento a los lineamientos de atención del área de responsabilidad. • Dar cumplimiento a los programas de atención del área de responsabilidad. • Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato. 	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Educación Especial o profesional graduado con afinidad al puesto. 	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de experiencia profesional. 	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa y creatividad. • Trabajo en equipo. • Buenas relaciones interpersonales. 	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas específicas de rehabilitación en el área de educación especial. • Inclusión escolar. • Técnicas metodológicas en procesos de enseñanza aprendizaje. 	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asignado a su cargo y consignado en activo fijo. 	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	74 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN DEPORTE ADAPTADO
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Sub-Área:	EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTADA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Diseñar, ejecutar y evaluar los programas institucionales de deporte adaptado, contribuyendo al fortalecimiento y desarrollo de las potencialidades físicas de los usuarios.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar el Plan Anual de Trabajo de su área de responsabilidad.• Diseñar, ejecutar y evaluar los programas de deporte adaptado.• Gestionar y coordinar con los Centros de Atención del ISRI y otras instituciones vinculadas al deporte.• Dar seguimiento al Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad.• Dar cumplimiento a las guías de atención del área de responsabilidad.• Evaluar el nivel funcional de los usuarios en las diferentes etapas del proceso de rehabilitación.• Proporcionar tratamientos según plan de tratamiento del usuario.• Orientar al responsable de los usuarios en el proceso de rehabilitación.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Técnico con afinidad al puesto.	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año de experiencia profesional	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Iniciativa y creatividad.• Destreza manual.• Trabajo en equipo.• Manejo de técnicas deportivas para personas con facultades especiales.• Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad.• Buenas relaciones interpersonales	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Disciplinas deportivas.• Técnicas deportivas específicas.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Manejo de implementos deportivos, y otros relacionados a su área de responsabilidad.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	75 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	BODEGUERO
Gerencia/Unidad:	GERENCIA ADMINISTRATIVA
Área:	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR
Sub-Área:	ALMACÉN GENERAL
Título del jefe inmediato superior:	GERENTE ADMINISTRATIVO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Apoyar los procesos de recepción, estiba, custodia, distribución y control de las existencias en el Almacén Central del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Recibir y despachar suministros de acuerdo a normativas.• Resguardar existencias en el almacén.• Colaborar con el guardalmacén en el levantamiento de inventarios de existencias en forma semestral.• Verificar el ingreso y la salida de suministros.• Mantener limpia y ordenada el área de trabajo y bienes bajo su custodia.• Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 18 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Bachiller	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• De preferencia 1 año de experiencia profesional	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidad y honradez notoria.• Iniciativa.• Buenas relaciones interpersonales.• Habilidad numérica.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Básicos de Informática y contabilidad.• Paquetes de ofimática.• Administración de almacén.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Computadora, fax, fotocopidora.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	76 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AYUDANTE DE ENFERMERÍA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	ENFERMERÍA
Sub-Área:	ENFERMERÍA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Brindar atención directa al usuario con calidad y calidez.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Colaborar con la visita médica.• Vigilar signos de alarmas.• Recibir y entregar material de arsenal.• Efectuar cambios de posición a usuarios encamados.• Dar alimentación asistida a usuarios dependientes.• Proporcionar atención de cuidados higiénicos.• Realizar cambio de ropa personal de usuarios.• Trasladar a usuarios en casos de emergencias.• Asistir a usuarios en consultas médicas externas.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 18 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Bachillerato en Salud.	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 1 año en puestos similares	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Ética y transparencia en el desarrollo de sus funciones• Capacidad de trabajo en equipo.• Iniciativa y creatividad.	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Rehabilitación• Básicos de computación	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Asignado a su cargo y consignado en activo fijo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	77 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE TERAPISTA
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Sub-Área:	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE TERAPIAS
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Colaborar en la aplicación de tratamientos de rehabilitación de acuerdo a indicaciones, así como proporcionar los materiales y equipos necesarios en tratamiento de rehabilitación.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Colaborar con el traslado y el manejo no técnico de usuarios.• Preparar material y equipo para el tratamiento del usuario.• Distribuir el material, ordenarlo y limpiarlo.• Participar en programas de investigación.• Contribuir a la calidad en los procesos de atención de su área.• Mantener el área de trabajo ordenado y limpio.• Identificar las necesidades de suministro del área.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne su jefe inmediato.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Tecnólogo en fisioterapia.	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• De preferencia en el campo de la rehabilitación.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Iniciativa y creatividad.• Trabajo en equipo.• Buenas relaciones interpersonales.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Rehabilitación.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Asignado a su cargo y consignado en activo fijo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	78 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	COCINERO
Gerencia/Unidad:	ADMINISTRACIÓN
Área:	ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Sub-Área:	ALIMENTACIÓN Y DIETAS
Título del jefe inmediato superior:	ADMINISTRADOR DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Preparar y distribuir los alimentos, así como mantener en orden y limpio todo el equipo de cocina.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Participar en la elaboración del Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad.• Apoyar a las enfermeras en el cuidado de los usuarios durante ingesta de alimentos.• Mantener limpia y ordenada la cocina, equipo e instalaciones, incluyendo utensilios de cocina.• Conservar en buen uso los aparatos, muebles y utensilios de cocina.• Distribuir correctamente los víveres evitando desperdicios.• Mantener el control y llevar un registro diario de los insumos utilizados en la elaboración de los alimentos.• Preparar todo lo relacionado con la preparación de los alimentos.• Cumplir con las normas de higiene y seguridad necesarias para preservar la salud y evitar accidentes.• Servir y recoger el servicio del comedor.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 20 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">• Noveno Grado	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">• 1 año en puestos similares	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">• Atención al cliente• Trabajo en equipo	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">• Manipulación de alimentos.	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">• Equipo industrial de cocina.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	79 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES I
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS GENERALES O ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
Área:	SERVICIOS GENERALES
Sub-Área:	SERVICIOS GENERALES
Título del jefe inmediato superior:	JEFE DE SERVICIOS GENERALES O ADMINISTRACIÓN DE CENTRO
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Realizar actividades de limpieza y de apoyo en las áreas asignadas en la institución.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">Realizar limpieza general en las áreas específicas.Realizar labores de mensajería dentro del área institucional.Colaborar en apoyo logístico en eventos especiales.Colaborar con los servicios de mantenimiento, jardinería, lavandería y alimentación de usuarios.Realizar compras y trámites de mensajería interinstitucional.Atender áreas de otros compañeros del área de servicios generales cuando están ausentes.Recoger documentos y correspondencia.Ejercer otras designaciones que se emanen de la Jefatura o autoridades superiores del ISRI.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 18 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica	
<ul style="list-style-type: none">Noveno grado	
Experiencia	
<ul style="list-style-type: none">1 año en puestos similares.	
Habilidades	
<ul style="list-style-type: none">Disponibilidad de atender a usuarios.Sentido de responsabilidad, seguridad y dedicación.Iniciativa y creatividad.	
Conocimientos	
<ul style="list-style-type: none">Atención al cliente	
Manejo de equipo	
<ul style="list-style-type: none">El asignado a su cargo.	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	80 de 81



MANUAL DE FUNCIONES Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-002

VERSIÓN: 02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Título del puesto:	TÉCNICO EN RAYOS X
Gerencia/Unidad:	SERVICIOS DE APOYO
Área:	SERVICIOS DE APOYO
Sub-Área:	IMAGENOLOGÍA
Título del jefe inmediato superior:	JEFE SERVICIOS DEL ÁREA
Objetivo: Proporcionar atención en toma de estudios radiológico a usuarios del ISRI.	
FUNCIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar y dar seguimiento del Plan Anual de Trabajo del área de responsabilidad.• Manejar procesadoras y reveladoras.• Realizar estudios radiológicos.• Gestionar mantenimiento preventivo del equipo a su cargo.• Identificar las necesidades de suministros en el área de responsabilidad.• Ejercer funciones de su área y otras que le asigne el Jefe inmediato o autoridad superior.	
REQUISITOS DE PUESTO	
Edad: Mayor de 25 años	Sexo: Masculino o femenino
Formación académica <ul style="list-style-type: none">• Tecnólogo en Radiología o carrera con afinidad al puesto.	
Experiencia <ul style="list-style-type: none">• 1 año en puestos similares	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Iniciativa y creatividad.• Disposición de brindar atención al usuario con calidad y calidez.• Manejo de equipo necesario para el área de responsabilidad.• Buenas relaciones interpersonales	
Conocimientos <ul style="list-style-type: none">• Manejo de equipo radiológico	
Manejo de equipo <ul style="list-style-type: none">• Equipo de radiología, computadora personal	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	ENERO 2012	FEBRERO 2012	81 de 81



INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO DE MANUAL:	M-02-003	VERSIÓN DE MANUAL:	01
Nº DE COPIA:	01		
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutila Rios		
APROBADO POR:	Dr. José Vicente Coto Ugarte, Presidente del Intituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral		
FECHA APROBACIÓN:	DE	Febrero 2012	



Contenido

Sección I – Generalidades	3
1.1 Introducción	3
1.2 Reseña Histórica del ISRI	3
1.3 Estructura Interna	6
1.4 Objetivo del manual	7
1.5 Alcance del Manual	7
1.6 Misión.....	8
1.7 Visión.....	8
1.8 Valores Institucionales.....	8
1.9 Política de calidad.....	9
1.10 Objetivos de calidad.....	9
1.11 Términos y definiciones	9
1.12 Referencia complementaria al Manual	9
Sección II – Procesos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.....	10
2.1 MAPA DE PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ISRI.....	10
2.2 Procesos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.....	11
2.2.1 PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI.....	12
2.2.2 DESGLOSE DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI EN PROCEDIMIENTOS	13
2.2.3 Descripción de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad en base Requisitos de Norma ISO 9001:2008	18
2.2.4 Indicadores de los Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI:	35

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

2 de 35



Sección I – Generalidades

1.1 Introducción

El Sistema de Calidad implementado en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), busca el aseguramiento de la calidad en sus servicios, cumpliendo con los estándares de calidad de la Norma ISO 9001:2008.

Este Manual de Calidad contiene el alcance del sistema, la política y objetivos de calidad, la descripción de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y los procesos y procedimientos relacionados a estos.

El Manual de Calidad del ISRI se encuentra a disposición de todos aquellos interesados en el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución, y es la guía fundamental para el buen entendimiento de su estructura, igualmente expresa el compromiso del ISRI en el logro de la satisfacción de los usuarios y el mejoramiento continuo.

1.2 Reseña Histórica del ISRI

La falta de una institución especializada para brindar atención a las personas con facultades especiales lleva a un grupo de nobles ciudadanos a darle vida el 25 de noviembre de 1957 a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación.

Ese ente se encargaría de darle atención médica a las personas que eran ingresadas en los hospitales sin recibir la asistencia adecuada, también se ayudaría a las personas con parálisis cerebral que por sus bajos recursos no asistían ni a los hospitales.

En estos primeros pasos dentro del campo de la rehabilitación el experto estadounidense David Amato propuso tres puntos fundamentales.

- ⊕ Entrenamiento en el exterior de personal técnico en el campo de la rehabilitación.
- ⊕ Divulgación del concepto de rehabilitación para despertar el interés del público y del gobierno en esta rama de la medicina.
- ⊕ La creación de un centro integral nacional de rehabilitación.

Sobre el primer punto se logró a través del gobierno del Coronel José María Lemus, becas para la capacitación de personal en el exterior, se envió a Estados Unidos a estudiar medicina física y rehabilitación a un médico, y a un ingeniero a estudiar aparatos ortopédicos y miembros artificiales, ambos destacados en el departamento de medicina física y rehabilitación del Medical Center de Nueva York, a cargo del Dr. Howard Rusk.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	3 de 35



También se enviaron a México a seis enfermeras graduadas a estudiar fisioterapia, dos profesoras a estudiar terapia ocupacional, dos profesores a estudiar terapia de lenguaje y cuatro jóvenes a estudiar fabricación de aparatos ortopédicos y miembros artificiales.

Luego de finalizada su capacitación y al regresar al país este personal empezó a brindar sus conocimientos en el recién creado departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital.

El éxito alcanzado por la excelente atención científica brindada a la población discapacitada llevo a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación a demandar ante el Directorio Cívico Militar, la promulgación de la ley que dio vida al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), esa ley fue aprobada y publicada en el Diario Oficial del 27 de diciembre de 1961.

Posteriormente la Asamblea Legislativa aprobó en julio de 1962, la ley de salarios para las oficinas administrativas del ISRI, con el fin de que se planificara para que las labores del instituto comenzaran en 1963.

El ISRI inicio sus funciones de forma provisional en el edificio Rubén Dario. En la ley de salarios y presupuestos de 1963 aparece ya el ISRI con la dependencia del Asilo Sara, Rehabilitación para Ciegos y Escuela de Educación Especial.

La junta directiva del ISRI se dedicó a mejorar la organización de la institución cambiando su funcionamiento. También se dieron los pasos necesarios para la creación de otros centros de rehabilitación y así cubrir la demanda de servicio.

Con el correr del tiempo el ISRI, se modernizo y hoy en día cuenta con diez centros de rehabilitación y con la misión de proveer servicios de calidad en el proceso de rehabilitación integral de las personas con facultades especiales, participar en la prevención y detención temprana de las facultades especiales, asistencia a los adultos mayores con la participación activa del usuario, familias y la comunidad.

El ISRI cuenta además con una visión fundamental que consiste en ser reconocidos como la institución modelo a nivel nacional y centroamericano en el campo de la rehabilitación.

Tanto la misión como la visión del ISRI están acompañadas de una serie de objetivos básicos como la de mejorar la prestación de servicios integrales de rehabilitación para personas con facultades especiales, fomentar la investigación en el área de la rehabilitación integral, promover la participación social en el contexto de la rehabilitación integral de la persona entre otros.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	4 de 35



Estos aspectos fundamentales, son la base del funcionamiento de los diez centros los cuales son los siguientes: Centro de Invalideces Múltiples(CIM), Centro de Audición y Lenguaje, Centro de Rehabilitación para Ciegos "Eugenia de Dueña", Centro del Aparato Locomotor, Centro de Rehabilitación Profesional, Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", Centro de Educación Especial, Centro de Parálisis Cerebral, Unidad de Consulta Externa y Clínica Geriátrica, Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (ubicado en San Miguel) y el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (localizado en Santa Ana).

Los que posteriormente se trasforman en 9 centros: Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", Centro de Rehabilitación Integral de la Niñez y la Adolescencia (CRINA), Centro del Aparato Locomotor (CAL), Centro de Audición y Lenguaje (CALE), Centro de Rehabilitación Profesional (CRP), Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas", Unidad de Consulta Externa y Geriátrica, Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) en Santa Ana y el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) en San Miguel.

El 28 de enero del 2012 entran en vigencia el cambio de nombre del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el cual será nombrado a partir de esa fecha como Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), aprobado por el Decreto 970 de la Asamblea Legislativa.

La ardua labor que realiza el ISRI exige la mejora constante de sus actividades que permitan la óptima gestión de los centros de atención, por ello en el 2010 con base a las iniciativas del Gobierno en trabajar por la Gestión pública con Calidad surge la idea de diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008, a fin de garantizar el mejor desempeño del Instituto y brindar los servicios con calidad y calidez como lo define la misión logrando con ello la visión de ser una institución reconocida a nivel nacional y regional en el área de la rehabilitación a partir de la máxima satisfacción de los usuarios.

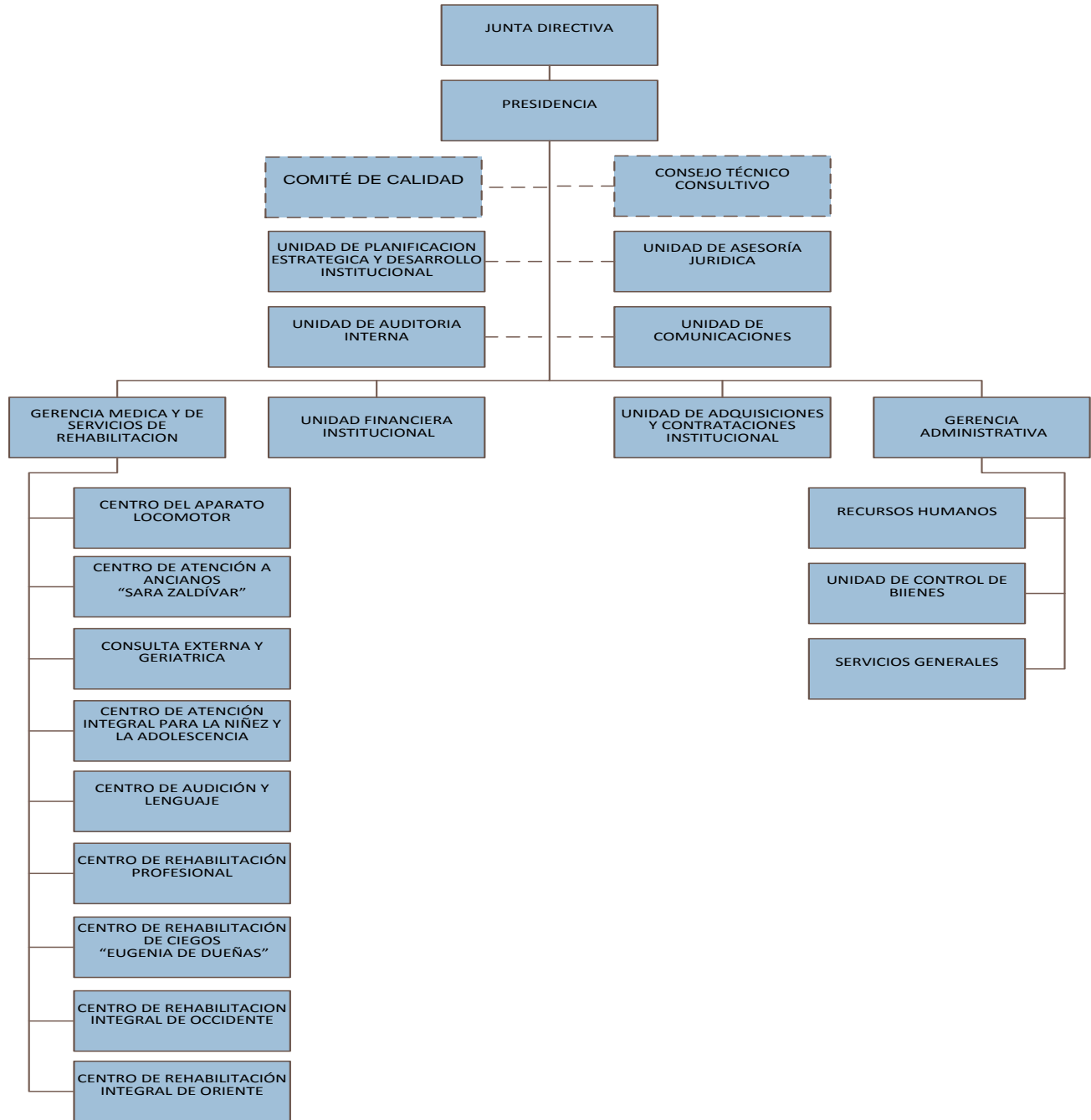
Es con ese fin que se inician las labores para el Diseño del Sistema con la participación de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI y el apoyo de estudiantes de la Universidad de El Salvador de la carrera de Ingeniería Industrial.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	5 de 35



1.3 Estructura Interna



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

6 de 35



1.4 Objetivo del manual

El presente Manual tiene como propósito documentar y comunicar a los integrantes del ISRI la política y objetivos de calidad establecidos, describir el Sistema de Gestión de Calidad y el compromiso del ISRI en asegurar la calidad en sus procesos a partir del cumplimiento de los requisitos normativos de la Norma ISO 9001:2008.

Este manual de calidad busca servir de guía para el personal del Instituto en su aplicación diaria a fin de contribuir al desempeño eficaz del Sistema.

1.5 Alcance del Manual

El alcance del Manual de calidad será el área de aplicación del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.

El Sistema de Gestión de Calidad es implementado, mantenido y mejorado en la Administración Superior del ISRI y Centro del Aparato Locomotor (CAL). El Sistema es aplicado a los siguientes procesos y sus correspondientes procedimientos:

1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
2. PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO
3. PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL
4. PLANIFICACIÓN FINANCIERA
5. PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
6. SERVICIOS MÉDICOS
7. SERVICIOS DE APOYO
8. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
9. SERVICIOS DE LA UOT
10. SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
11. CONTROL INTERNO
12. ASERORIA JURIDICA
13. GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL
14. RECURSO HUMANO
15. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
16. ADMINISTRACION FINANCIERA
17. COMUNICACION
18. CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES
19. SERVICIOS GENERALES
20. CONTROL DE INSUMOS
21. CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN
22. ADMINISTRACIÓN DEL CAL
23. CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION
24. CONTROL DE SERVICIOS UOT

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	7 de 35



25. GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO

26. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA

1.6 Misión

Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con facultades especiales, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

1.7 Visión

Ser una institución pionera a nivel nacional y regional, en la prestación de servicios de rehabilitación integral, reconocida por su excelencia y compromiso de calidad en la rehabilitación de las personas con facultades especiales.

1.8 Valores Institucionales

- **CALIDEZ:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **COMPETENCIA:** mantenemos la actitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.
- **COMPROMISO:** estamos identificados con el quehacer de la Institución y concientizados que el ISRI es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención.
- **CONFIDENCIALIDAD:** somos reservados en el uso de la información institucional.
- **EQUIDAD:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de rehabilitación.
- **LEALTAD:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **RESPONSABILIDAD:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **TRANSPARENCIA:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **UNIDAD:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.
- **LIDERAZGO:** Buscamos el mejoramiento continuo, para constituirnos en el mejor referente nacional en el servicio de rehabilitación de personas con facultades especiales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	8 de 35



- **ESPÍRITU DE SERVICIO:** Nos preocupamos por una permanente actitud de respeto y preocupación ante los requerimientos de nuestros usuarios; así como una constante investigación de sus necesidades.

1.9 Política de calidad

El ISRI es una institución dedicada a brindar servicios de rehabilitación especializados a personas con capacidades especiales de forma integral. Comprometida como Institución pública en prestar servicios con calidad, en un ambiente agradable, con responsabilidad, profesionalismo, y oportunamente a fin de contribuir en el proceso de rehabilitación y lograr la máxima satisfacción de los usuarios.

1.10 Objetivos de calidad

1. Elevar el nivel de satisfacción de los usuarios del ISRI a un 85% en Consulta Externa, un 80% en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y un 60% en la Unidad de Ortopedia Técnica, a partir de la planificación, supervisión y control de los servicios de rehabilitación brindados en el Centro del Aparato Locomotor (CAL).
2. Orientar los procesos de los Servicios de Rehabilitación de la Institución hacia la mejora continua y contribuir al desarrollo eficaz y eficiente del ISRI.
3. Ampliar la cobertura de atención del Centro del Aparato Locomotor en un 5%, a partir de la expansión de cobertura geográfica de los servicios de rehabilitación en la zona occidental y oriental del país.

1.11 Términos y definiciones

Para la comprensión de las definiciones y términos establecidos en el presente manual se recomienda revisar la Norma ISO 9000:2005 *Sistemas de Gestión de Calidad – Fundamentos y vocabulario*.

1.12 Referencia complementaria al Manual

Como complemento a la aplicación del presente manual se referencia al Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad, el cual describe de manera detallada cada uno de los procedimientos, lo que facilita la comprensión y aplicación de los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001: 2008.

CONTROL DE LA EMISIÓN

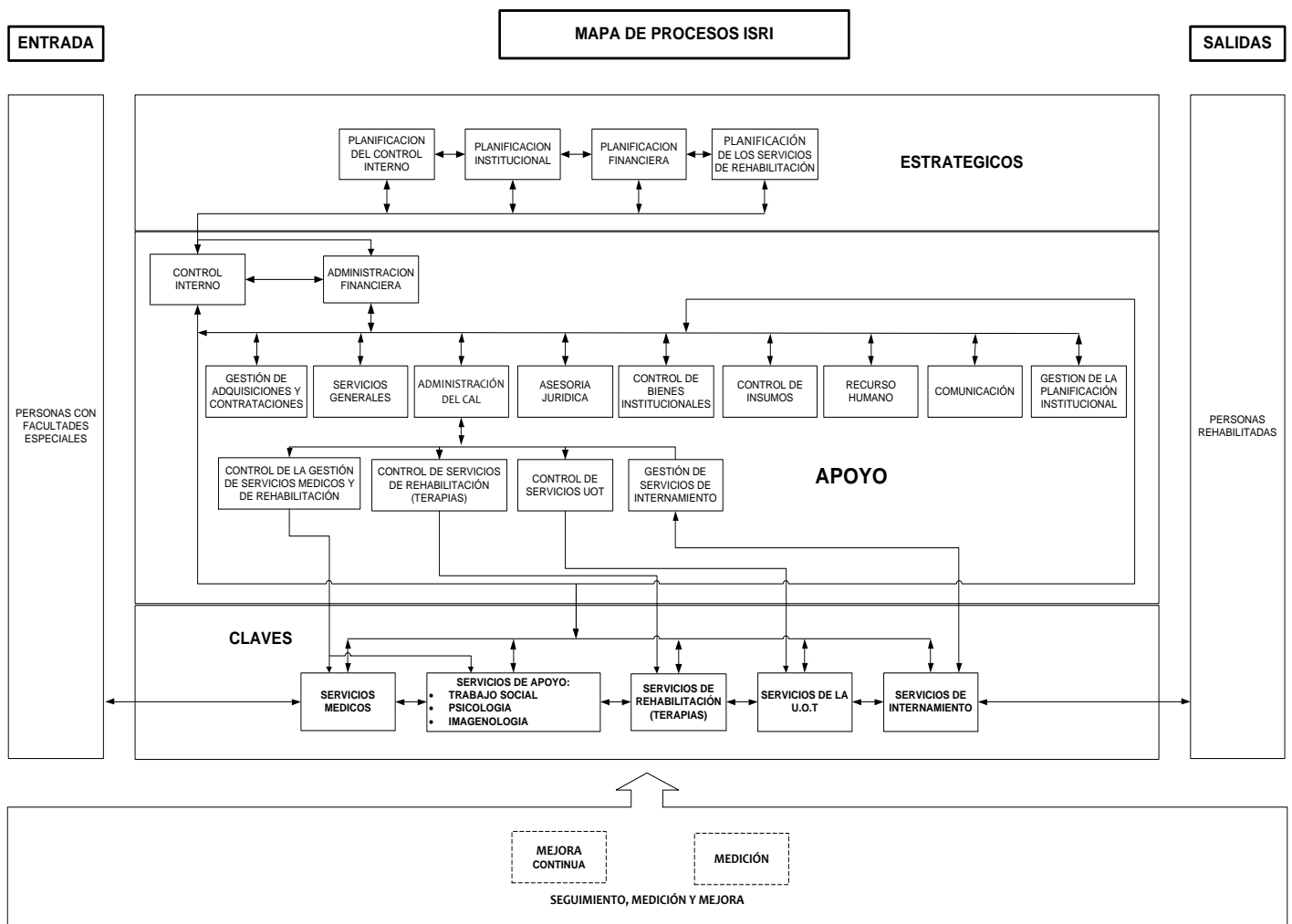
ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	9 de 35



Sección II – Procesos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI

2.1 MAPA DE PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL ISRI

Para una mejor comprensión de los procesos que interviene en el Sistema, se presenta a continuación el esquema de interrelación de los procesos del ISRI en el Sistema de Gestión de Calidad en base a los requisitos definidos por la Norma ISO 9001:2008. Este esquema de interrelación se define como Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI.



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	10 de 35



2.2 Procesos del Sistema de Gestión de Calidad para el ISRI

Como paso preliminar para interpretar mejor la interrelación de los procesos que se ejecutan en el ISRI, se realiza una división de los procesos, para ello se considera lo siguiente:

- La primera división de todos los procesos se hará en base a tres **macroprocesos** que son los **estratégicos, claves y de apoyo**.
- Cada macro proceso se subdividirá según el área en que se desarrollan los procesos, esta subdivisión se llamara **procesos**, y estos procesos se dividirán en **procedimientos** que es todo el conjunto de procedimientos que se realizan en cada área o unidad del ISRI.

A continuación se definen la clasificación de los Macroprocesos:

1. **Procesos estratégicos:** Son aquellos procesos que proporcionan todas las directrices necesarias que sirven de guía en el desarrollo de todas las actividades ejecutadas en el ISRI.
2. **Procesos claves:** Son los procesos que definen la razón de ser del ISRI cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con facultades especiales, brindándolos con calidad y calidez, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.
3. **Procesos de apoyo:** Son aquellos que proveen los recursos e insumos necesarios para que los demás procesos de la Institución sean realizados satisfactoriamente estos sirven de soporte a los procesos claves y estratégicos.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores se presenta la clasificación de todos los procesos del ISRI.

En la tabla que se muestran a continuación se presenta la clasificación de los procesos que son parte del Sistema de Gestión de Calidad:

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	11 de 35



MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-003

VERSIÓN: 01

2.2.1 PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI

MACROPROCESOS	PROCESOS	Código
ESTRATEGICOS	1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	T-19-001
ESTRATEGICOS	2. PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO	T-01-001
ESTRATEGICOS	3. PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	T-02-001
ESTRATEGICOS	4. PLANIFICACIÓN FINANCIERA	T-03-001
ESTRATEGICOS	5. PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	T-18-001
CLAVES	6. SERVICIOS MÉDICOS	T-11-001
CLAVES	7. SERVICIOS DE APOYO	T-12-001
CLAVES	8. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)	T-14-001
CLAVES	9. SERVICIOS DE LA UOT	T-15-001
CLAVES	10. SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	T-16-001
APOYO	11. CONTROL INTERNO	T-01-002
APOYO	12. ASERORIA JURIDICA	T-04-001
APOYO	13. GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL	T-02-002
APOYO	14. RECURSO HUMANO	T-05-001
APOYO	15. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	T-06-001
APOYO	16. ADMINISTRACION FINANCIERA	T-03-001
APOYO	17. COMUNICACION	T-07-001
APOYO	18. CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	T-08-001
APOYO	19. SERVICIOS GENERALES	T-09-001
APOYO	20. CONTROL DE INSUMOS	T-10-001
APOYO	21. CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN	T-17-001
APOYO	22. ADMINISTRACIÓN DEL CAL	T-18-002
APOYO	23. CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)	T-14-002
APOYO	24. CONTROL DE SERVICIOS UOT	T-15-002
APOYO	25. GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	T-16-002
APOYO	26. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	T-20-001

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	12 de 35



2.2.2 DESGLOSE DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI EN PROCEDIMIENTOS

PROCESOS	UNIDAD RESPONSABLE	PROCEDIMIENTOS
1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	<ol style="list-style-type: none"> Control de los Documentos Control de los registros Auditoria del Sistema de gestión de Calidad
2. PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO	AUDITORÍA INTERNA	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración de Plan Anual de Trabajo
3. PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración del plan anual de trabajo del ISRI Elaboración del plan estratégico institucional Elaboración de programas de pre inversión
4. PLANIFICACIÓN FINANCIERA	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> Formulación del Proyecto del Presupuesto
5. PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	CAL	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración del Plan Anual de Trabajo Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
6. SERVICIOS MÉDICOS	CAL: CONSULTA EXTERNA:SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO: SERVICIOS MÉDICOS	<ol style="list-style-type: none"> Atención de servicios médicos especializados
7. SERVICIOS DE APOYO	CAL: CONSULTA EXTERNA:SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO: TRABAJO SOCIAL	<ol style="list-style-type: none"> Charlas del ISRI Contacto inicial Visitas de campo Evaluación de casos
	CAL: CONSULTA EXTERNA:SERVICIOS MÉDICOS Y DE	<ol style="list-style-type: none"> Atenciones individuales Atenciones grupales

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

13 de 35



MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-003

VERSIÓN: 01

	APOYO:PSICOLOGÍA	3. Atenciones individuales- ULAM 4. Atenciones grupales-ULAM
	CAL: CONSULTA EXTERNA:SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO: IMAGENOLOGIA	1. Toma de radiografía
8. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)	CAL: CONSULTA EXTERNA:SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	1. Ingreso 2. Atención 3. Egreso
9. SERVICIOS DE LA UOT	CAL: UOT	1. Gestión de ortésis y/o prótesis 2. Elaboración de ortésis y prótesis 3. Reparación de ortésis y prótesis 4. Elaboración de sillas de rueda de madera 5. Elaboración de calzado ortopédico 6. Elaboración de componentes 7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico
10. SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	CAL: ULAM	1. Ingreso y atención en la ULAM 2. Egreso de la ULAM
11. CONTROL INTERNO	AUDITORÍA INTERNA	2. Arqueo de fondos 3. Elaboración de Exámenes Especiales 4. Seguimiento a Exámenes Especiales
12. ASERORIA JURIDICA	ASESORÍA JURÍDICA	1. Asesorías 2. Diligencias Extrajudiciales 3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios 4. Elaboración de Contratos 5. Representación Judicial y Extrajudicial
13. GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	1. Seguimiento y evaluación del plan de trabajo 2. Supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención 3. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	14 de 35



MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-003

VERSIÓN: 01

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Supervisión de uso del Sistema de Epidemiología 5. Valoración de riesgos 6. Formulación y evaluación de proyectos de inversión 7. Seguimiento de ejecución de proyectos 8. Estudios de investigación 9. Revisión de normativa 10. Soporte técnico al equipo y redes
14. RECURSO HUMANO	RECURSOS HUMANOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reclutamiento y Selección de Personal 2. Elaboración de acuerdos 3. Capacitación del Recurso Humano 4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados 5. Sistema de incentivos por merito personal
15. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra 2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato 3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación 4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa
16. ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registro, control y pago de bienes y servicios 2. Pagos de salarios al personal 3. Registro de inventarios y donaciones 4. Control y registros de convenios 5. Seguimiento y ejecución Presupuestaria 6. Elaboración de modificación Presupuestaria 7. Cierre contable Mensual 8. Cierre contable Anual
17. COMUNICACIÓN	COMUNICACIONES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de material de

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

15 de 35



MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-003

VERSIÓN: 01

		difusión interna y externa
18. CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conciliación de datos de activos fijos 2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI 3. Asignación de códigos de inventario
19. SERVICIOS GENERALES	SERVICIOS GENERALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transporte de Usuarios del ISRI 2. Mantenimiento de Vehículos 3. Seguridad y Vigilancia a la Institución 4. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo 5. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo: consiste en realizar trabajo
20. CONTROL DE INSUMOS	ALMACEN CENTRAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso de bienes al almacén central 2. Egreso de bienes del almacén central
21. CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN	CAL: ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de atenciones brindadas 2. Control de gestión del CAL 3. Control de asistencia 4. Apertura de expediente 5. Administración de expedientes
22. ADMINISTRACIÓN DEL CAL	CAL. ADMINISTRACION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de usuario del ISBM 2. Control de usuarios del ISSS 3. Control y seguimiento del inventario 4. Ubicación de equipo 5. Manejo de caja chica 6. Control y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) 7. Requisición de mantenimiento 8. Solicitud a almacén 9. Gestión de tardías y permisos de RR.HH. 10. Control de tardías y permisos de RR.HH.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

16 de 35



MANUAL DE CALIDAD DEL ISRI

CÓDIGO: M-02-003

VERSIÓN: 01

23. CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)	CAL: CONSULTA EXTERNA: SERVICIOS DE REHABILITACION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de metas 2. Control de expediente 3. Remisión de usuario
24. CONTROL DE SERVICIOS UOT	CAL: UOT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control estadístico de la producción
25. GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO	CAL: ULAM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de transporte programado 2. Gestión de transporte no programado 3. Gestión de alimentación y dieta 4. Gestión de medicamentos 5. Gestión de insumos
26. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA	CAL y Comité de Calidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones preventivas 2. Acciones correctivas 3. Control de servicio no conforme 4. Control y revisión de los instrumentos de medición 5. Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación 6. Medición de la satisfacción de los usuarios

2.2.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL ISRI EN BASE A LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008

Requisito de la norma	Abreviatura
Procesos del Sistema de Gestión de Calidad	PSGC
Procesos de Responsabilidad de la Dirección	PRD
Procesos de Gestión de Recursos	PGR
Procesos Realización de producto	PRP
Procesos de Medición, análisis y mejora	PMAM

CLASIFICACIÓN	PROCESOS
PSGC	1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PRD	2. PLANIFICACIÓN DEL CONTROL INTERNO
PRD / PRP	3. PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL
PGR	4. PLANIFICACIÓN FINANCIERA
PRD / PRP	5. PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	17 de 35



PRP	6. SERVICIOS MÉDICOS
PRP	7. SERVICIOS DE APOYO
PRP	8. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)
PRP	9. SERVICIOS DE LA UOT
PRP	10. SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
PRP / PMAM	11. CONTROL INTERNO
PRP	12. ASERORIA JURIDICA
PRD / PRP	13. GESTIÓN DE LA PLANIFICACION INSTITUCIONAL
PGR	14. RECURSO HUMANO
PGR	15. GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
PRP	16. ADMINISTRACION FINANCIERA
PRD / PRP	17. COMUNICACION
PGR	18. CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES
PRP	19. SERVICIOS GENERALES
PRP	20. CONTROL DE INSUMOS
PRP/ PMAM	21. CONTROL DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN
PRP / PMAM	22. ADMINISTRACIÓN DEL CAL
PMAM	23. CONTROL DE SERVICIOS DE REHABILITACION (TERAPIAS)
PMAM	24. CONTROL DE SERVICIOS UOT
PGR	25. GESTIÓN DE SERVICIOS DE INTERNAMIENTO
PMAM	26. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y MEJORA

2.2.3 Descripción de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad en base Requisitos de Norma ISO 9001:2008

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Control de difusión del manual:

El representante de la Dirección, miembro del comité de calidad, actúa como coordinador responsable de la redacción y edición de este Manual de Calidad y de las subsiguientes revisiones que se puedan realizar. Estas revisiones se presentan al Presidente del ISRI en versión original para su aprobación, posteriormente el representante se encarga de la difusión de los ejemplares, los cuales son copias numeradas y controladas para ser entregados a los responsables de cada unidad organizativa del ISRI, y de esta manera regular y responsabilizar el uso del Manual de Calidad del ISRI.

El Manual de Calidad se mantiene en papel y en formato digital para consulta.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	18 de 35



4.2.3 CONTROL DE DOCUMENTOS

Se ha establecido un procedimiento documentado para satisfacer el requerimiento de Control de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

El procedimiento se aplica a documentos controlados, con el objetivo de no utilizar versiones desactualizadas. Este procedimiento establece el control de las revisiones y aprobaciones antes de la emisión de documentos, el control y aprobación de cambios posteriores, la publicación y distribución adecuada del documento.

En lo que se refiere a la aprobación y distribución de documentos, el Coordinador de Calidad establece y mantiene al día los procedimientos para controlar todos los documentos que se relacionen con la norma. Estos documentos se revisan y aprueban, antes de su publicación en la respectiva carpeta asignada al sistema de gestión de calidad, luego se publican en el lugar establecido, este control asegura que:

- Las Ediciones actualizadas de los documentos apropiados estén disponibles en todos los puntos en que se llevan a cabo las operaciones fundamentales para el funcionamiento efectivo del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Se obtenga la publicación de los documentos originales actualizados y vigentes.

El Gestor de Calidad mantiene el control de los documentos que describen el sistema, a través del establecimiento de dos procedimientos.

- El primero establece la metodología para elaborar, codificar y reglamentar los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI y correspondiente a la **Guía para la elaboración de Documentos D-02-001**.
- El segundo establece el mecanismo para controlar, revisar, aprobar y modificar la documentación del Sistema de Gestión de Calidad, tanto interna como externa, y corresponde al **Procedimiento para el Control de documentos P-19-001**.

4.2.4 CONTROL DE REGISTROS

Los registros resultantes de la aplicación de los documentos que describen la operación del sistema y que constituyen la evidencia de la realización de las actividades establecidas, son controlados según el **Procedimiento de Control de Registros P-19-002**, en el cual se establece la existencia de una planilla que señala la identificación, el almacenamiento, protección, tiempo de retención, recuperación, disposición y responsable.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

El ISRI tiene como compromiso principal con sus empleados, colaboradores y en especial con sus usuarios trabajar constantemente por la calidad de los servicios de rehabilitación brindados por cada uno de sus Centros de Atención.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	19 de 35



Para el ISRI calidad significa que los servicios de rehabilitación deben cumplir en todo momento con los requisitos del usuario fin de logara su máxima satisfacción y con los requisitos reglamentarios y legales que rigen a la institución. Para cumplir con el fin anterior, la Dirección implanta un Sistema de Gestión de la Calidad y se esfuerza por proporcionar los recursos adecuados.

La directriz general de actuación del ISRI en materia de calidad se conoce como **Política de la Calidad** y las directrices específicas de actuación que el ISRI busca mejorar son los **Objetivos de la Calidad**.

Una vez al año la Dirección y los responsables de cada unidad organizativa así como los miembros del comité de Calidad revisarán en una sesión, que todo lo relativo al Sistema de Gestión Calidad funcione como se esperaba y se emitirá un acta de dicha reunión y los resultados obtenidos.

5.2. ENFOQUE AL CLIENTE

El ISRI busca asegurar que los requisitos del usuario se cumplan, para ello se establece el **Procedimiento Medición de la satisfacción de los usuarios P-20-006**. Este procedimiento busca conocer sus necesidades y planificar la forma de satisfacerlos para comprobar posteriormente el grado de satisfacción alcanzado.

5.3. POLITICA DE CALIDAD

El ISRI es una institución dedicada a brindar servicios de rehabilitación especializados a personas con facultades especiales de forma integral, contribuyendo al desarrollo potencial de sus facultades y logrando su plena inclusión social. Comprometida como Institución pública en prestar servicios con calidad, en una ambiente agradable, con responsabilidad, profesionalismo, y oportunamente a fin de contribuir en el proceso de rehabilitación y lograr la máxima satisfacción de los usuarios.

El comité calidad junto con la Dirección del ISRI realizarán una revisión de la política de calidad una vez al año, a fin de garantizar la adecuada definición que permita direccionar las actividades del ISRI, en búsqueda de alcanzar la máxima calidad en los servicios de rehabilitación brindados.

5.4. PLANIFICACIÓN

5.4.1. OBJETIVOS DE CALIDAD

Los objetivos se revisan en las reuniones periódicas del Comité de Calidad y en la revisión anual del Sistema de Gestión de Calidad.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	20 de 35

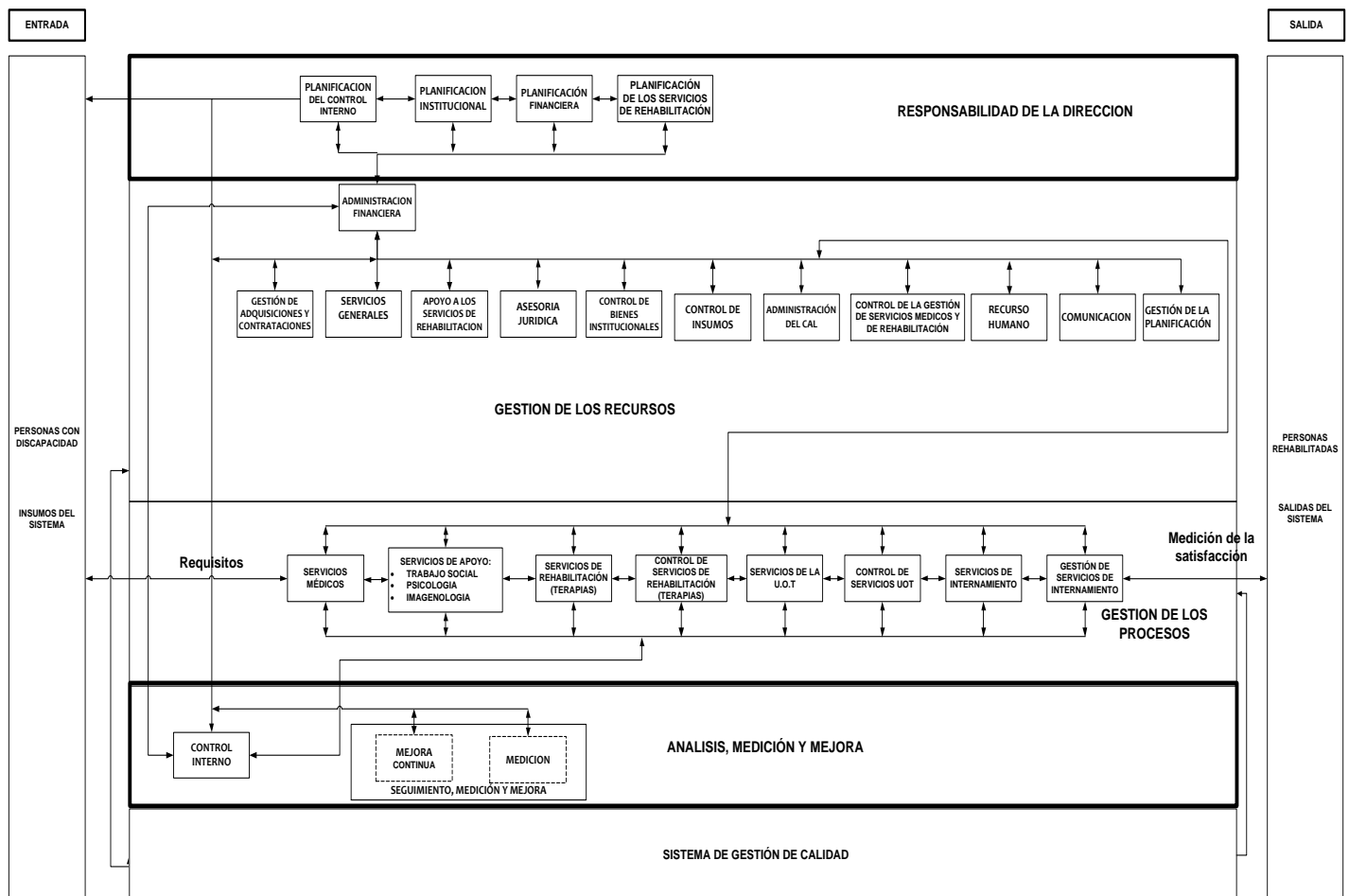


El comité será el encargado de darles seguimiento y presentar los resultados obtenidos así como los cambios que se realicen. Los plazos para la consecución de los objetivos de la calidad se fijan normalmente entre uno y dos años.

5.4.2. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

La Jefatura de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional se asegurará de que:

- La planificación del sistema de gestión de calidad se realice con el fin de cumplir con lo establecido en el presente manual de calidad y con los objetivos de calidad.
- Se mantenga la integridad del Sistema de Gestión de Calidad cuando se planifica e implementan cambios en este.



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

21 de 35



5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El sistema gestión de calidad presenta las responsabilidades, las competencias y las relaciones entre todo el personal que dirige, realiza y verifica cualquier tarea que incida en la calidad.

Las Jefaturas del ISRI involucrados en los procesos que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad, tiene la responsabilidad y autoridad para:

- Iniciar acciones para prevenir la ocurrencia de no conformidades relacionadas con los servicios brindados.
- Identificar y registrar cualquier no conformidad relacionada con los servicios y/o los productos ofrecidos.
- Verificar la implementación de acciones correctivas y preventivas.
- Controlar el proceso posterior hasta que la no conformidad se haya corregido.

5.5.2. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

La dirección debe nombrar a una persona con nombre y apellido, desempeñando las misiones de coordinación de las actividades y operaciones del Sistema de Gestión de Calidad, así como del control sobre las mismas, profundizando en el conocimiento de las necesidades explícitas o implícitas de los usuarios con relación servicios que han de brindarse.

Para la consideración del perfil del representante de la Dirección serán establecidas ciertas competencias y habilidades que ha de cumplir. El representante de la Dirección será el presidente del comité de calidad.

5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA

La Dirección del ISRI difundirá al personal toda aquella información derivada del funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad: objetivos alcanzados, estadísticas de incidencias, resultados de auditorías, etc., con el propósito de involucrar y hacer efectiva la colaboración de todo el personal en la mejora de la calidad de los servicios de rehabilitación.

5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1. GENERALIDADES

El comité de calidad revisa una vez al año el Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo la política y objetivos, a fin de asegurar que se desempeña eficaz y eficientemente.

5.6.2. INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN

Entre las fuentes de información utilizadas para llevar a cabo la revisión del sistema, destacan:

- Los informes de las auditorías internas y de revisiones anteriores del sistema.
- La información referente a incidencias/reclamos y funcionamiento de los procesos Y procedimientos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	22 de 35



- La información relativa a acciones correctivas y preventivas.
- La información relativa a la satisfacción del cliente.
- La evolución de los indicadores u objetivos de la calidad.
- Recomendaciones para la mejora continua.

5.6.2. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

El resultado de la revisión permite determinar la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad a fin de lograr satisfacer la política, los objetivos de calidad y todos los requisitos establecidos.

El resultado de la revisión se documenta como un registro del Sistema de Gestión de la Calidad, el cual es manejado en base a actas realizadas por el comité de calidad en sus sesiones de revisión.

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 PROVISION DE RECURSOS

El ISRI gestiona sus necesidades de recursos humanos, materiales y financieros a través de la Unidad Financiera Institucional. Estas necesidades se encuentran documentadas en el Presupuesto anual del ISRI, a través del procedimiento **Formulación del Proyecto del Presupuesto P-03-001**. El presupuesto anual del ISRI es elaborado con el fin de proporcionar en el momento oportuno los recursos necesarios para el desempeño eficaz y eficiente de las unidades organizativas del ISRI. Y es elaborado a partir de las necesidades establecidas por cada unidad organizativa de la institución.

6.2 RECURSOS HUMANOS

6.2.1 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA

La unidad de Recurso Humano es la responsable de las actividades de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal en el ISRI, así como velar por la formación, desarrollo y toma de conciencia, para ello se consideran los procedimientos del **Proceso Recurso Humano T-05-001**.

Para contribuir al desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, se realizarán talleres, capacitaciones, charlas y seminarios, de acuerdo con las necesidades del personal para que se cumpla con la política de calidad y con los objetivos de calidad.

6.2.2 INFRAESTRUCTURA

El ISRI dispone de la infraestructura necesaria para la realización de sus actividades considerando las necesidades y expectativas de los empleados y usuarios.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	23 de 35



Para el buen mantenimiento de las instalaciones y equipo se define un requerimiento de orden de trabajo, la cual se pasa al departamento de Servicios Generales a través de la Gerencia Administrativa.

6.6. AMBIENTE DE TRABAJO

Considerando que el ambiente de trabajo influye directamente en la motivación, satisfacción y desempeño del personal y por ende en la realización de los servicios, el ISRI trabaja por la generación de un ambiente de trabajo adecuado en el que se consideran los factores humanos y físicos a fin de lograr un buen desempeño de la institución. Para ello proporcionan a los puestos de trabajo los materiales y equipos necesarios para su buen funcionamiento.

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

Para satisfacer las exigencias de los usuarios del ISRI y lograr aceptables niveles de calidad, es necesario planificar como se realizarán los servicios de rehabilitación, para dicha planificación se consideraran los siguientes elementos:

- Requisitos relacionados a los servicios
- Recursos disponibles
- Posibles Mejora a los servicios

Con ellos se realiza la planificación anual de los servicios de rehabilitación y el plan anual de trabajo de cada unidad organizativa. Lo cual es elaborado en base al procedimiento **Elaboración del Plan Anual de trabajo del Centro P-18-001.**

Es importante considerar que los requisitos de un nuevo usuario pueden obligar a disponer de acciones adicionales o específicas o acciones particulares para la atención de este usuario. Estas acciones deberán ser reflejadas un documento anexo a la planificación general de los servicios.

7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

El ISRI determina los requisitos de los servicios que brinda con base a los requisitos identificados por el usuario además de considerar los requisitos identificados por la institución que son necesarios para complementar los establecidos por los usuarios. Esto se refiere a identificar los requisitos que el ISRI debe de cumplir al brindar los servicios de rehabilitación a fin de garantizar la satisfacción del usuario.

Lo anterior se logra al considerar los procedimientos que permitan la comunicación de los usuarios con la institución a fin de conocer la opinión de ellos referente a sus necesidades y considerarla en la planificación de los servicios. Para ello se estable el procedimiento: **Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación P-18-002.**

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	24 de 35



7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto

Los requisitos identificados por el cliente se revisan conjuntamente con los requisitos establecidos por la institución a fin de garantizar brindar correcta y adecuadamente los servicios de rehabilitación. Con dicha revisión se planifica la forma en como se brindarán los servicios a fin de lograr el mejor desempeño de la institución y la satisfacción del usuario. Esto se logra en la planificación de los servicios de los Centros de atención y con el procedimiento **Revisión de Requisitos de los servicios de rehabilitación P-18-003**.

7.2.3. Comunicación con el cliente

El ISRI considera que para alcanzar la satisfacción del usuario y brindar servicios de calidad, es necesaria la directa comunicación con el usuario y de esta manera conocer sus expectativas y el nivel de satisfacción logrado por los servicios recibidos. Y con dicha información trabajar por la mejora continua de los servicios. Para ello se realizarán encuestas de forma periódica para conocer las opiniones que genera la prestación de los servicios de la institución. Además de considerar permanentemente el buzón de sugerencias establecido en cada centro de atención.

7.3. Diseño y desarrollo

7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo

Una de las actividades clave para el control del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación, es la planificación, para determinar no solo las etapas generales del diseño y desarrollo, si no además los detalles suficientes de cada etapa, para permitir:

- El establecimiento de los objetivos del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
- Una clara asignación de responsabilidades y autoridades a participar en el diseño y desarrollo

La planificación del diseño y desarrollo consiste en establecer los servicios a brindar, fechas previstas, responsables, recursos, acciones, entre otras, de la realización del servicio de rehabilitación, incluyendo la identificación de los elementos de entrada, las revisiones a realizar en cada etapa del proceso de servicios de rehabilitación, la verificación, validación y control del diseño y desarrollo de los mismos. Dicha planificación se realiza en base al procedimiento: **Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación P-18-004**.

Las etapas que han de ser consideradas para la planificación del proceso de servicios de rehabilitación son:

1. INGRESO
 - a. Pre-evaluación de trabajo social
 - b. Pre-evaluación médica

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	25 de 35



- c. Apertura de expediente clínico del usuario, si es necesario
- 2. ATENCIÓN
 - a. Pre-evaluación médica
 - b. Evaluación médica especialista
 - c. Atención de servicios de rehabilitación y servicios de apoyo: Terapias, psicología, etc.
 - d. Re-evaluación medica o de Equipo Interdisciplinario
- 3. EGRESO
 - a. Elaboración de cumplimientos de alta y referencia en caso de ser necesaria a otro centro o instancia medica.

7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo

Los datos de entrada específicos para el diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación incluirán:

- a) Requerimientos funcionales y de rendimiento que pueden haber sido suministrados directamente por el usuario o pueden haber sido determinados dentro del instituto a partir de los procedimientos: **Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación P-18-002** y **Revisión de Requisitos de los servicios de rehabilitación P-18-003**.
- b) Cualquier requerimiento legal que se relacione directamente con el servicio.
- c) Experiencias obtenidas del diseño y desarrollo de servicios similares anteriores.
- d) Códigos y estándares de diseño.
- e) Protocolos de diseño y documentación de los procesos.
- f) Infraestructuras y recursos financieros y económicos de la organización

7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo

El resultado del diseño y desarrollo es toda la información resultante del proceso de prestación del servicio de rehabilitación. Esta información proporciona la base para la verificación y validación diseño y desarrollo.

Los datos de salida o resultado del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación incluirán:

- a) Registro de Revisión del diseño y desarrollo los servicios de rehabilitación, el cual contendrá los resultados de la revisión en base a los criterios de aceptación definidos para el servicio.
- b) Registro del control de los cambios del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	26 de 35



7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo

Cada una de las etapas diseñadas del proceso de servicios de rehabilitación debe ser revisada después de su finalización. En la planificación del diseño y desarrollo deben definirse los criterios a revisar y deben existir evidencias de estas revisiones. La revisión del diseño y desarrollo se realizara en base a los resultados obtenidos en el procedimiento: **Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación P-18-005** y dichas revisiones y sus resultados serán documentados en el **Registro de Revisión del diseño y desarrollo los servicios de rehabilitación R-18-005-001**.

Este procedimiento permitirá Revisar sistemáticamente el progreso y dato de salida del diseño y desarrollo y a fin de identificar problema que interfiera con los objetivos y proponer acciones necesarias para solventarlos.

7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo

La verificación es una etapa del diseño que consiste en reunir la información de todas las etapas del proceso de servicios de rehabilitación, para tener definidas todas las características del servicio, y verificar, que se están cumpliendo todos los requisitos del diseño identificados como elementos de entrada. En esta etapa se verifica formalmente que el dato de salida, es decir, el resultado del diseño y desarrollo cumpla con los requerimientos establecidos.

El Procedimiento base para realizar la verificación es: **Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación P-18-005**.

7.3.6. Validación del diseño y desarrollo

La validación es la revisión final de que el servicio resultante cumple con los requisitos establecidos en el diseño, es decir satisface la planificación realizada.

La validación del diseño y desarrollo se realiza en base a los resultados obtenidos en la revisión y verificación realizada previamente.

7.3.7. Control de los cambios del diseño y desarrollo

Durante el proceso de diseño y desarrollo, la planificación debe actualizarse con los resultados obtenidos y con los posibles cambios, tanto en los elementos de entrada del diseño como en las distintas etapas. Es decir, se deben de controlar los cambios de diseño y desarrollo, estableciendo la naturaleza de tales cambios y su impacto a aquellos que potencialmente les afecta.

Es importante considera que una vez finalizado el proceso de diseño y desarrollo, cualquier modificación en el resultado del mismo debe estar planificada y el nuevo diseño debe cumplir con los requisitos de revisión, verificación y validación. Los cambios de diseño y desarrollo realizados se documentaran en el **Registro de control de los cambios del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación R-18-005-002**.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	27 de 35



7.4. COMPRAS

7.4.1. Proceso de Compras

El proceso de compras es a través de la Unidad de Adquisidores y Contrataciones Institucionales (UACI), las diferentes unidades organizativas del ISRI gestionan la adquisición de bienes y servicios de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Hacienda para las instituciones públicas.

La Unidad de Adquisidores y Contrataciones Institucionales es la encargada de realizar las compras en base a los requisitos establecidos en la solicitud de compra de la unidad solicitante. Este proceso de compras se realiza en base a los procedimientos establecidos en el **Proceso Gestión de Adquisiciones y Contrataciones T-06-001**.

7.4.2. Información sobre las compras

El responsable solicitar las compras, revisa toda la documentación correspondiente a la adquisición o contratación a solicitar, con el fin de comprobar que, antes de enviar el pedido definitivo a la Unidad de Adquisidores y Contrataciones Institucionales, no existe discrepancia alguna entre las necesidades de la unidad y los requisitos señalados.

La Unidad de Adquisidores y Contrataciones Institucionales revisa previamente la documentación recibida para iniciar el proceso de compras satisfactoriamente. La UACI verifica la definición del producto y/o servicio, lo referente a plazos y modalidades de la entrega, criterios de aceptación y rechazo y demás condiciones del suministro para seleccionar al proveedor adecuado. Esto en base al **Proceso Gestión de Adquisiciones y Contrataciones T-06-001**.

7.4.3. Verificación de los Productos Comprados

La Unidad de Adquisidores y Contrataciones Institucionales establece un administrador de contrato como responsable para revisar que la compra o adquisición cumpla lo establecido en el contrato, también participan el representante de la unidad solicitante de la compra para dar el visto bueno a la compra o adquisición en base a los requisitos establecidos.

7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1. Control de la producción y prestación del servicio

Se realizarán controles de los servicios y productos brindados, mediante hojas de control de servicios de rehabilitación brindados, las cuales serán el insumo para el registro y control de atenciones. Este control de los servicios brindados se realizará en base a los Procesos: **Control de Servicios de Rehabilitación T-14-002**, **Control de Servicios UOT T-15-002** y **Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación T-17-001** y en base al resultado del **Registro de Revisión del diseño y desarrollo los servicios de rehabilitación R-18-005-001**.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	28 de 35



7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.

Considerando la importancia de los servicios de rehabilitación, todos los procesos relacionados a la prestación de los servicios serán monitoreados constantemente a fin de validar su eficacia y eficiencia en el desarrollo.

Esta validación se realizará con los lineamientos del procedimiento: **Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación P-20-005.**

7.5.3. Identificación y trazabilidad

El ISRI tiene definido las diferentes etapas que conforman los Servicios de Rehabilitación que brinda y estas etapas están relacionadas directamente a las áreas encargadas de efectuar determinados servicios.

Las etapas del proceso de rehabilitación:

1. INGRESO
 - a. Pre-evaluación de trabajo social
 - b. Pre-evaluación médica
 - c. Apertura de expediente clínico del usuario, si es necesario
2. ATENCIÓN
 - a. Pre-evaluación médica
 - b. Evaluación médica especialista
 - c. Atención de servicios de rehabilitación y servicios de apoyo: Terapias, psicología, etc.
 - d. Re-evaluación medica o de Equipo Interdisciplinario
3. EGRESO
 - a. Elaboración de cumplimientos de alta y referencia en caso de ser necesaria a otro centro o instancia medica.

Por lo que la identificación de los servicios que esta recibiendo o recibió un usuarios y el estados de dichos servicios es posible determinarlo a través del Expediente, ya que en este se registra la realización de los servicios brindados en cada una de las etapas por cada una de las áreas encargadas. Dicha identificación se obtiene de los procedimientos: **Registro de atenciones brindadas por área de atención P-17-001, Control de Asistencia P-17-003 y Administración de Expedientes P-17-004**, perteneciente al proceso **Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación.**

7.5.4. Propiedad del cliente

El ISRI maneja en general los documentos médicos y personales del usuario de los centros de atención, los cuales son debidamente manejados, garantizando la integridad de los mismos y del usuario. Este manejo se realiza en los procedimientos: **Apertura de expediente P-17-004 y Administración de expedientes P-17-005**, perteneciente al proceso **Control de la Gestión de Servicios Médicos y de Rehabilitación T-17-001.**

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	29 de 35



7.5.5. Preservación del producto

Considerando que el ISRI brinda servicios de rehabilitación y que para su realización se necesitan insumos, materiales y equipo, resulta importante el control de los mismos a fin de garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios.

Este control es manejado por medio de los procesos: **Control de Insumos T-10-001** y **Control de Bienes Institucionales T-08-001**.

7.6. CONTROL DE LOS INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN.

Los instrumentos de seguimiento y medición son el insumo para la medición de la satisfacción de los usuarios, estos permiten conocer la percepción de usuarios referente a los servicios brindados, lo que resulta clave para la planificación y desarrollo de los servicios de rehabilitación del ISRI.

Para garantizar que el seguimiento y medición se realiza satisfactoriamente y que los resultados son los adecuados, es necesario el mantenimiento de los instrumentos utilizados, para lo cual se establece el procedimiento **Control y revisión de los instrumentos de seguimiento y medición P-20-004**.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades

El Comité de Calidad es el encargado de planificar y realizar las actividades de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarias para asegurar la conformidad de la prestación de los servicios. Así como la verificación de desempeño del Sistema de Gestión de Calidad.

8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1. Satisfacción del Cliente

El comité de calidad trabajara de forma conjunta con los Centros de Atención la investigación de la satisfacción o insatisfacción de los usuarios. Estableciendo cada seis meses una revisión y consulta de los niveles de satisfacción a partir un cuestionario con diversas preguntas acerca de su opinión sobre los servicios brindados por el ISRI.

Se diseñan cuestionarios orientados a la investigación periódica referente a los de indicadores de percepción de calidad, preguntando a los clientes cuales son los aspectos de los servicios más importantes para ellos y cuál es la calificación merecida en cada uno. Con la información recolectada posteriormente de realizará un informe para servirá de insumo para la revisión del sistema de calidad. Este seguimiento y medición de la Satisfacción del usuario es en base al procedimiento: **Medición de la satisfacción de los usuarios P-20-006**.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

30 de 35



8.2.2. Auditoría interna

El comité de Calidad junto con la Unidad de Auditoría Interna programa auditorías a los procesos descritos en el Sistema de Gestión de la Calidad. Dichas auditorías son realizadas en base al procedimiento: **Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad P-219-003**.

Las auditorías internas se realizan para comprobar que el Sistema de Gestión de la Calidad:

- a) Está conforme con las actividades planificadas y con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 tomada como referencia.
- b) Está implantado, actualizado y funciona de forma eficiente.
- c) El Comité de Calidad debe tomar en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, así como los resultados de auditorías previas.

8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos

Cuando en los diversos procesos no se alcanzan los resultados esperados, es necesario realizar un análisis de los resultados y tomar las decisiones para generar la mejora continua de los procesos según lo planificado.

Para realizar dicho seguimientos se realizan los siguientes procedimientos: **Seguimiento y evaluación del plan de trabajo P-02-002**, **Supervisión del uso del sistema de control de la gestión técnica a centros de atención P-02-003**, **Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED P-02-004** y **Supervisión de uso del sistema de Epidemiología P-02-005**. Pertenecientes al Proceso: **Gestión de Planificación Institucional T-02-002**. Así como también el procedimiento **Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación P-20-005**.

Es importante mencionar que para el seguimiento de los diferentes procesos que se revisen se utilizara como base para la revisión *el indicador* establecidos en cada uno de los procesos. El cual esta definido en el manual de Procedimientos del Sistema.

El Comité de Calidad inicia las acciones correctivas apropiadas a seguir para asegurar la conformidad de los servicios con los requisitos del usuario.

8.2.4. Seguimiento y medición de los productos

Todos los empleados son responsables de que sus actividades se desarrollen de acuerdo con el procedimiento vigente, para lo cual se realizarán verificaciones periódicas, tanto de la metodología de trabajo como de los recursos utilizados a fin de verificar la conformidad de cumplimiento.

De acuerdo con la planificación de la realización del servicio, la Gerencia Medica verifica que la prestación de los servicios cumpla con los requisitos planificados.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	31 de 35



Se realizarán registros de las verificaciones que demuestren la evidencia de conformidad y los responsables de cada área de Servicio verificado.

Para realizar dicho seguimientos se realizan los siguientes procedimientos: **Seguimiento y evaluación del plan de trabajo P-02-002, Medición de la satisfacción de los usuarios P-20-006, Verificación del Diseño y desarrollo del servicios de Rehabilitación P-18-005, Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación P-20-005, y el Procedimiento de control de servicio no conforme P-20-003.**

8.3. Control de producto no conforme

En el sistema de Gestión de Calidad, se asegura que el servicio o producto, que no sea conforme con los requisitos, se identifique, analice las causas y se propongan las acciones correctivas y preventivas, a fin de evitar que se vuelva a producir.

Se ha establecido un procedimiento para la implementación de las acciones relativas a los servicios o productos no conformes denominado: **Procedimiento de control de servicio no conforme P-20-003** del Sistema de Gestión de la Calidad. Este procedimiento precisa la identificación, documentación, calificación, y tratamiento de los servicios o productos no conformes y mantiene los registros de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, para eliminarlas y promover el proceso de mejora continua.

8.4. Análisis de datos

Con el objetivo de determinar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y determinar las áreas de mejora, el Comité de Calidad dispone, para su análisis sistemático, la siguiente información del Sistema:

- Resultados de la medida del nivel de satisfacción de los usuarios en base al apartado 8.2.1 de este manual.
- Registros de no conformidades indicado en el apartado 8.3.
- Resultados del Seguimiento y medición de los procesos y del Seguimiento y medición de los productos. Indicado en los apartados 8.2.3 y 8.2.4.
- Y en general de los registros, evaluaciones y controles generados por los procedimientos del Sistema.

8.5. Mejora

8.5.1. Mejora continua

Mejora continua se define como la acción recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos. Por ello el ISRI considera la mejora continua como un objetivo de calidad clave en la institución.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	32 de 35



Las autoridades del ISRI deben trabajar continuamente en mejorar la eficacia de los procesos, ello a partir de las recomendaciones de las auditorías internas, o por la iniciativa de ser mejores antes de que aparezca un problema, esto considerando la política y objetivos de calidad y las opiniones de la Dirección.

8.5.2. Acciones Correctivas

Las acciones correctivas aplicadas dentro del “Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Integral (ISRI).”, derivan principalmente de las no conformidades detectadas por:

- Problemas Repetitivos
- Auditorías Internas de Calidad.
- Reclamos de usuarios.
- Revisiones al Sistema de Gestión de Calidad.
- Auditorías Externas de Calidad.

La no conformidad que da origen a una acción correctiva es documentada en un registro específico denominado: **Registro para el Control de Servicio No Conforme R-02-004-01**, en donde se indica, la descripción de la No Conformidad, el análisis de sus causas, la disposición inmediata, las acciones correctivas/preventivas, el seguimiento de la acción con el responsable y la fecha de implementación.

El comité de calidad junto con la jefatura correspondiente son los responsables de coordinar los seguimientos de la implementación de una acción correctiva y su cierre a las no conformidades detectadas durante las Auditorías Internas. Las acciones correctivas derivadas de un producto no conforme, reclamo de usuario, etc. son responsabilidad del Jefe de cada unidad, el cual deberá canalizarlas a los responsables correspondientes. Un responsable del comité de calidad debe de llevar el control del estado de las acciones correctivas generadas en las distintas áreas para efectos de revisión gerencial.

El manejo de la acción correctiva se realiza en base al procedimiento: **Acciones correctivas P-20-002**.

8.5.3. Acciones preventivas

Las acciones preventivas son manejadas de igual forma que las acciones correctivas, siendo su fuente de origen:

- Análisis de Informes estadísticos.
- Registros de calidad.
- Reclamos de usuarios.
- Resultados de Revisiones a nivel Gerencial.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	33 de 35



- Cumplimiento de Objetivos de Calidad.
- Medición de satisfacción de clientes.
- Acciones de mejora determinadas por las autoridades.

El proceso supone la determinación de las no conformidades potenciales y sus causas, el establecimiento de la propuesta de acciones preventivas para evitar su ocurrencia, los responsables y los plazos, posteriormente se realiza la implementación de la acciones se comprueba la eficacia de las acciones y el cierre de la no conformidad potencial.

Estas acciones son analizadas por la jefatura de cada área, quien aprueba la implementación de las acciones propuestas. Y en caso de acciones más complejas los responsables son el comité de calidad junto con la jefatura correspondiente.

El manejo de la acción preventiva se realiza en base al procedimiento: **Acciones Preventivas P-20-001**.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	34 de 35



2.2.4 Indicadores de los Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI:

Los siguientes indicadores permiten determinar el grado de cumplimiento de lo planificado o no de los diferentes procedimientos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad del ISRI, la aplicabilidad del indicador depende del procedimiento que se realice, por ello el valor de cada indicador se establece en cada procedimiento en el *Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI M-02-004* en el numeral 7. **INDICADORES.**

Y la descripción de los indicadores se presenta en la *Guía de Indicadores del Sistema D-02-002*.

A continuación se presenta los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI:

N°	INDICADOR
1	EFICIENCIA
2	CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN
3	CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES
4	PRODUCTOS DEFECTUOSOS
5	PRODUCTO NO CONFORME
6	NÚMERO DE QUEJAS
7	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

35 de 35



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01



ISRI

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001: 2008 PARA EL ISRI

CÓDIGO DE MANUAL:	M-02-004	VERSIÓN MANUAL:	DE	01
N° DE COPIA:	01			
PREPARADO POR:	Elisa Alejandrina Avalos Turcios Karen Guisela Manzano Rauda Norman Alfonso Tutila Ríos			
APROBADO POR:	Dr. José Vicente Coto Ugarte, Presidente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral			
FECHA APROBACIÓN:	DE	FEBRERO 2012		



Contenido

1.	INTRODUCCION.....	8
2.	BASE LEGAL.....	8
3.	ATRIBUCIONES.....	8
4.	OBJETIVO.....	9
5.	PROCEDIMIENTOS.....	9
	PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD.....	14
1.	PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD.....	15
1.	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS. P-02-001.....	15
2.	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS. P-02-002.....	26
3.	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. P-02-003.....	29
4.	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME. P-02-004.....	47
5.	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS. P-02-005.....	54
6.	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS. P-02-006.....	61
	ADMINISTRACIÓN SUPERIOR.....	68
1.	UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA.....	69
1.	ELABORACION DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO, P-01-001.....	69
2.	ARQUEO DE FONDOS, P-01-002.....	72
3.	ELABORACION DE EXAMENES ESPECIALES, P-01-003.....	75
4.	SEGUIMIENTO DE EXAMENES ESPECIALES, P-01-004.....	78
2.	UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA.....	81
1.	ASESORIAS, P-04-001.....	81
2.	DILIGENCIAS EXTRAJUDICIALES, P-04-002.....	84
3.	PROMOCION SEGUIMIENTO Y FINALIZACION DE JUICIOS, P-04-003.....	87
4.	ELABORACION DE CONTRATOS. P-04-004.....	90
5.	REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL. P-04-005.....	93
3.	UNIDAD DE PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	96
1.	ELABORACION DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL ISRI. P-02-001.....	96
2.	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO. P-02-002.....	99

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

2 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

3.	SUPERVISION DEL USO DEL SISTEMA DE CONTROL DE LA GESTION TECNICA A CENTROS DE ATENCION. P-02-003.....	102
4.	SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS MÉDICOS BASADOS EN LA NORMA ESDOMED. P-02-004.....	105
5.	REVISION DEL SISTEMA DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA Y GESTION TECNICA. P-02-005	108
6.	VALORACION DE RIESGOS. P-02-006.....	111
7.	FORMULACION Y EVALUACION DE PROYECTOS DE INVERSION. P-02-007.....	114
8.	ELABORACION DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL. P-02-008	117
9.	ELABORACION DE PROGRAMAS DE PREINVERSION. P-02-009.....	120
10.	SEGUIMIENTO DE EJECUCION DE PROYECTOS. P-02-010.....	123
11.	ESTUDIOS DE INVESTIGACION. P-02-011.....	126
12.	REVISION DE NORMATIVA. P-02-012	129
13.	SOPORTE TECNICO A EQUIPO Y REDES. P-02-013.....	132
4.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS.....	135
1.	RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DEL PERSONAL, P-05-001.....	135
2.	ELABORACION DE ACUERDOS, P-05-002	138
3.	CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO, P-05-003.....	141
4.	ELABORACION DE PLANILLAS DE SUELDOS A EMPLEADOS, P-05-004	144
5.	SISTEMA DE INCENTIVOS POR MERITO AL PERSONAL, P-05-005.....	147
5.	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES.....	150
1.	ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR ORDEN DE COMPRA. P-06-001.....	150
2.	ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATO. P-06-002	153
3.	ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN. P-06-003	158
4.	ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA. P-06-001.....	163
6.	UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL.....	168
1.	FORMULACION DEL PROYECTO DEL PRESUPUESTO P-03-001.....	168

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

3 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

2.	REGISTRO, CONTROL Y PAGO DE BIENES Y SERVICIOS. P-03-002	171
3.	PAGO DE SALARIOS AL PERSONAL. P-03-003	175
4.	REGISTRO DE INVENTARIOS Y DONACIONES.P-03-004	179
5.	CONTROL Y REGISTRO DE CONVENIOS. P-03-005	182
6.	SEGUIMIENTO Y EJECUCION PRESUPUESTARIA. P-03-006	186
7.	ELABORACION DE MODIFICACION PRESUPUESTARIA. P-03-007.....	189
8.	CIERRE CONTABLE MENSUAL. P-03-008	192
9.	CIERRE CONTABLE ANUAL.P-03-009	195
7.	UNIDAD DE COMUNICACIONES	198
1.	ELABORACION DE MATERIAL DE DIFUSION INTERNA Y EXTERNA. P-07-001.....	198
8.	UNIDAD DE CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES	201
1.	ASIGNACION DE CODIGOS DE INVENTARIOS.P-08-001	201
2.	VERIFICACION FISICA DE INVENTARIOS A DEPENDENCIAS. P-08-002	204
3.	CONCILIACION DE ACTIVOS FIJOS. P-08-003	207
9.	SERVICIOS GENERALES	211
1.	TRANSPORTE DE USUARIOS AL ISRI. P-09-001.....	211
2.	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS. P-09-002.....	214
3.	SEGURIDAD Y VIGILANCIA DE LA INSTITUCION. P-09-003.....	218
4.	REPARACIÓN Y/O MEJORA DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO. P-09-004.....	221
5.	MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO. P-09-005.....	225
10.	ALMACEN CENTRAL.....	229
1.	INGRESO DE BIENES AL ALMACÉN CENTRAL. P-10-001.....	229
2.	EGRESO DE BIENES AL ALMACÉN CENTRAL. P-10-002	232
	CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)	235
1.	CAL	236
1.	ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO, P-18-001.....	236
2.	DETERMINACIÓN DE REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-002	239
3.	REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-003.....	242

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

4 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

4.	PLANIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-004	245
5.	VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-005.....	249
2.	ADMINISTRACION DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR CAL.....	252
1.	CONTROL DEL USUARIO DEL ISBM. P-19-006	252
2.	CONTROL DEL USUARIO DEL ISSS.P-19-008	255
3.	CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL INVENTARIO. P-19-008	258
4.	UBICACIÓN DEL NUEVO EQUIPO.P-19-009.....	261
5.	MANEJO DE CAJA CHICA.P-19-010.....	264
6.	CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES.P-19-011.....	267
7.	REQUISICION DE MANTENIMIENTO. P-19-012.....	270
8.	SOLICITUD A ALMACEN. P-19-013.....	273
9.	GESTION DE TARDIAS Y PERMISOS DEL RECURSO HUMANO.P-19-014	276
10.	CONTROL DE TARDIAS Y PERMISOS DEL RECURSO HUMANO.P-19-015.....	279
2.	ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS.....	282
1.	REGISTRO DE ATENCIONES BRINDADAS.P-17-001	282
2.	CONTROL DE GESTION DEL CAL.P-17-002.....	285
3.	CONTROL DE ASISTENCIA.P-17-003.....	288
4.	APERTURA DEL EXPEDIENTE.P-17-004.....	291
5.	ADMINISTRACION DEL EXPEDIENTE.P-17-005	294
3.	CONSULTA EXTERNA	297
3.1	SERVICIOS MEDICOS Y DE APOYO	297
1.	ATENCION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS.P-11-001.....	297
3.2	PSICOLOGIA CONSULTA EXTERNA	300
1.	ATENCIONES INDIVIDUALES. P-13-001.....	300
2.	ATENCIONES GRUPALES. P-13-002.....	303
3.3	PSICOLOGIA ULAM.....	306
1.	ATENCIONES INDIVIDUALES.P-13-003	306
2.	ATENCIONES GRUPALES.P-13-004	309

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

5 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

3.4 TRABAJO SOCIAL	312
1. VISITAS DE CAMPO.P-12-001	312
2. CHARLAS DEL ISRI.P-12-002	315
3. CONTACTO INICIAL.P-12-003	318
4. EVALUACION DE CASOS.P-13-004	321
3.5 IMAGENOLOGIA	324
1. TOMA DE RADIOGRAFIA. P-21-001	324
3.6 SERVICIOS DE REHABILITACION	327
1. INGRESO.P-14-001.....	327
2. ATENCION.P-14-002.....	330
3. EGRESO.P-14-003.....	333
4. CONTROL DE METAS.P-14-004	336
5. CONTROL DE EXPEDIENTES.P-14-005	339
6. REMISION DEL USUARIO.P-14-006	342
4. UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES.....	345
1. INGRESO Y ATENCION EN LA ULAM. P-13-001.....	345
2. EGRESO DE LA ULAM.P-13-002	348
3. GESTION DE TRANSPORTE PROGRAMADO.P-13-003	351
4. GESTION DE TRANSPORTE NO PROGRAMADO.P-13-004	354
5. GESTION DE ALIMENTACION Y DIETAS.P-13-005	357
6. GESTION DE MEDICAMENTOS.P-13-006	360
7. GESTION DE INSUMOS.P-13-007.....	363
5. UNIDAD DE ORTOPEDIA TECNICA (UOT)	366
1. GESTION DE ORTESIS Y/O PROTESIS (UOT). P-15-001.....	366
2. ELABORACION DE ORTESIS Y PROTESIS.P-15-002	370
3. REPARACION DE ORTESIS Y PROTESIS.P-15-003.....	373
4. ELABORACION DE SILLAS DE RUEDA DE MADERA. P-15-004	376
5. ELABORACION DE CALZADO ORTOPEDICO.P-15-005	381
6. ELABORACION DE COMPONENTES.P-15-006	385

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

6 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

7.	VERIFICACION DE LA FUNCIONALIDAD DEL APARATO ORTOPEDICO O PROTESICO. P-15-007	388
8.	CONTROL ESTADISTICO DE LA PRODUCCION.P-15-008	391
6.	CAL Y COMITÉ DE CALIDAD	394
1.	CONTROL Y REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN, P-20-004.....	394
2.	MONITOREO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓ, P-20-005....	397
3.	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS, P-20-006	400
6.	GLOSARIO TENICO	403

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

7 de 404



1. INTRODUCCION

En el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI se presentan los 6 procedimientos que la Norma ISO 9001:2008 exige que sean documentados, además de los procedimientos que forman parte del Alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Los procedimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 son los siguientes: Procedimiento de Control de documentos: la Norma en el apartado 4.2.3 exige este procedimiento para controlar los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad en cuanto a su aprobación, revisión, actualización, disponibilidad, identificación, distribución y obsolescencia. Procedimiento de Control de Registros: (4.2.4) este procedimiento tiene como objeto el establecimiento de registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema. Se deben controlar los registros en cuanto a identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición. Procedimiento de Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad: Según el apartado (8.2.2) de la Norma este procedimiento se debe establecer para evaluar las fortalezas y debilidades del Sistema de Gestión de Calidad y para obtener evidencias objetivas de que se ha cumplido con los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001:2008. Procedimiento de Control de servicio no conforme: (8.3) este procedimiento se establece para llevar un control del producto o servicio que no sea conforme con los requisitos del usuario. Procedimiento de Acciones Correctivas (8.5.2) y Preventivas (8.5.3): estos procedimientos forman parte del proceso de seguimiento, medición y mejora, a través de ellos se determinan las acciones que se deben tomar para eliminar las causas de no conformidades potenciales, (acciones preventivas), además de buscar eliminar las causas de las no conformidades y prevenir la ocurrencia de ellas (acciones correctivas).

2. BASE LEGAL

Norma ISO 9001:2008

3. ATRIBUCIONES

La Norma ISO 9001:2008 establece en el requisito 4 “Sistema de Gestión de la Calidad”, apartado 4.2 “Requisitos de la Documentación”, numeral 4.2.1, lo siguiente:

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir:

- a) Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad
- b) Los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma Internacional.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	8 de 404



4. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo principal definir los procedimientos exigidos por la Norma ISO 9001:2008 en el numeral 4.2.1, “Generalidades” con la finalidad de dar cumplimiento a dicho requisito, además de los procedimientos que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

5. PROCEDIMIENTOS

Se han definido 6 procedimientos fundamentales los cuales son exigidos por la Norma ISO 9001:2008:

1. Control de Documentos. P-02-001
2. Control de Registros. . P-02-002
3. Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad . P-02-003
4. Control del Servicio no conforme. . P-02-004
5. Acciones Correctivas. . P-02-005
6. Acciones Preventivas P-02-006

Además de los Procedimientos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad, los cuales se muestran en la tabla siguiente:

ÁREA	N° DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR	50
AUDITORIA INTERNA	
<ol style="list-style-type: none">1. Elaboración de Plan Anual de Trabajo2. Arqueo de fondos3. Elaboración de Exámenes Especiales4. Seguimiento a recomendaciones de exámenes especiales	
ASESORIA JURIDICA	
<ol style="list-style-type: none">1. Asesorías2. Diligencias Extrajudiciales3. Promoción Seguimiento y Finalización de Juicios4. Elaboración de Contratos5. Representación Judicial y Extrajudicial	
PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	
<ol style="list-style-type: none">1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo del ISRI2. Seguimiento y Evaluación del Plan de Trabajo	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:****FECHA DE APROBACIÓN:****PÁGINA:**

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

9 de 404



3. Supervisión del uso del Sistema de control de la gestión técnica a centros de atención
4. Supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la norma ESDOMED
5. Supervisión de uso del sistema de información de enfermedades y discapacidades (SIEDIS).
6. Valoración de riesgos
7. Elaboración del plan estratégico institucional
8. Elaboración de Programas de Pre Inversión
9. Seguimiento de Ejecución de Proyectos
10. Estudios de investigación
11. Revisión de normativa
12. Soporte técnico a equipo y redes

RECURSOS HUMANOS

1. Reclutamiento y Selección de Personal
2. Elaboración de acuerdos
3. Capacitación del Recurso Humano
4. Elaboración de planillas de Sueldos a empleados
5. Sistema de incentivos por merito personal

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

1. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por orden de compra
2. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad libre gestión por contrato
3. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de licitación
4. Adquisición y contratación de bienes y servicios con modalidad de contratación directa

UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

1. Formulación del Proyecto del Presupuesto
2. Registro, control y pago de bienes y servicios
3. Pagos de salarios al personal
4. Registro de inventarios y donaciones
5. Control y registros de convenios
6. Seguimiento y ejecución Presupuestaria
7. Elaboración de modificación Presupuestaria
8. Cierre contable Mensual
9. Cierre contable Anual

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

10 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

COMUNICACIONES

1. Elaboración de material de difusión interna y externa

CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES

1. Asignación de códigos de inventario
2. Verificación física de inventario a dependencias del ISRI
3. Conciliación de datos de activos fijos

SERVICIOS GENERALES

Sección de Transporte

1. Transporte de Usuarios del ISRI
2. Mantenimiento de Vehículos

Sección Vigilancia

1. Seguridad y Vigilancia a la Institución

Sección Mantenimiento

1. Reparación y/o mejora de la infraestructura y equipo
2. Mantenimiento Correctivo y preventivo de la infraestructura y equipo

ALMACÉN CENTRAL

1. Ingreso de bienes al almacén central
2. Egreso de bienes del almacén central

PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)

47

Administración del CAL

1. Control de usuario del ISBM
2. Control de usuarios del ISSS
3. Control y seguimiento del inventario
4. Ubicación de equipo
5. Manejo de caja chica
6. Control y seguimiento de presupuesto anual
7. Requisición de mantenimiento
8. Solicitud a almacén
9. Gestión de tardías y permisos de RRHH
10. Control de tardías y permisos de RRHH

Estadística y Documentos Médicos

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

11 de 404



1. Registro de atenciones brindadas
2. Control de gestión del CAL
3. Control de asistencia
4. Apertura de expediente
5. Administración de expediente

Consulta Externa

Servicios Médicos y de Apoyo

Servicios Médicos

1. Atención de servicios médicos especializados

Psicología

Psicología Consulta Externa

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

Psicología ULAM

1. Atenciones Individuales
2. Atenciones Grupales

Trabajo Social

1. Visitas de campo
2. Charlas del ISRI
3. Contacto inicial
4. Evaluación de casos

Imagenología

1. Toma de radiografía

Servicios de Rehabilitación

1. Ingreso
2. Atención
3. Egreso
4. Control de metas
5. Control de Expediente
6. Remisión de usuario

Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares

1. Ingreso y atención en la ULAM
2. Egreso de la ULAM
3. Gestión de transporte programado
4. Gestión de transporte no programado
5. Gestión de alimentación y dieta
6. Gestión de medicamentos

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

12 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

7. Gestión de insumos

Unidad de Ortopedia Técnica

1. Gestión de ortésis y/o prótesis
2. Elaboración de ortésis y prótesis
3. Reparación de ortésis y prótesis
4. Elaboración de sillas de rueda de madera
5. Elaboración de calzado ortopédico
6. Elaboración de componentes
7. Verificación de funcionalidad de aparato ortopédico y/o protésico
8. Control estadístico de la producción

PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD DEL SISTEMA

14

Comité de Calidad

1. Control de los Documentos
2. Control de los registros
3. Auditoria del Sistema de gestión de Calidad

CAL

1. Elaboración del Plan Anual de Trabajo
2. Determinación de requisitos de los servicios de rehabilitación
3. Revisión de los requisitos de los servicios de Rehabilitación
4. Planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación
5. Verificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación

CAL y Comité de Calidad:

1. Acciones preventivas
2. Acciones correctivas
3. Control de servicio no conforme
4. Control y revisión de los instrumentos de medición
5. Monitoreo de la prestación de los servicios de rehabilitación
6. Medición de la satisfacción de los usuarios

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SGC

111

Cada uno de estos procedimientos se detalla a continuación:

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

13 de 404



PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

14 de 404



1. PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD

1. PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS. P-02-001

1. OBJETIVO

Establecer la metodología para realizar la revisión, aprobación, control y actualización de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ISRI.

2. ALCANCE

El manual de calidad, procedimientos, registros, formatos y documentación en general que se elabore para el Sistema de Gestión de Calidad, se debe controlar como lo indica este procedimiento.

3. CONTENIDO

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad, es legible, rápidamente identificada y conservada en forma ordenada para que pueda utilizarse por las partes interesadas. Es responsabilidad de los jefes de cada una de las unidades que integran el ISRI, el cumplimiento de los requisitos citados en este procedimiento y del control de la distribución de los documentos de origen externo.

Para el control de los documentos aprobados, cada unidad del ISRI utiliza el Listado Maestro de documentos (**R-02-001-01**), que contienen toda la información de la versión, aprobación y código de todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, por lo tanto su actualización por parte del secretario del Comité de Calidad es permanente. La elaboración y modificación de documentos sigue los lineamientos de la guía para elaboración de documentos (**D-02-001**).

4. RESPONSABLES

N°	Encargado
1	Personal del ISRI
2	Jefe de la Unidad
3	Secretario del Comité de Calidad
4	Comité de Calidad
5	Junta Directiva

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Aprobación y emisión de Documentos del SGC.
- Modificación de la Documentación del SGC.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

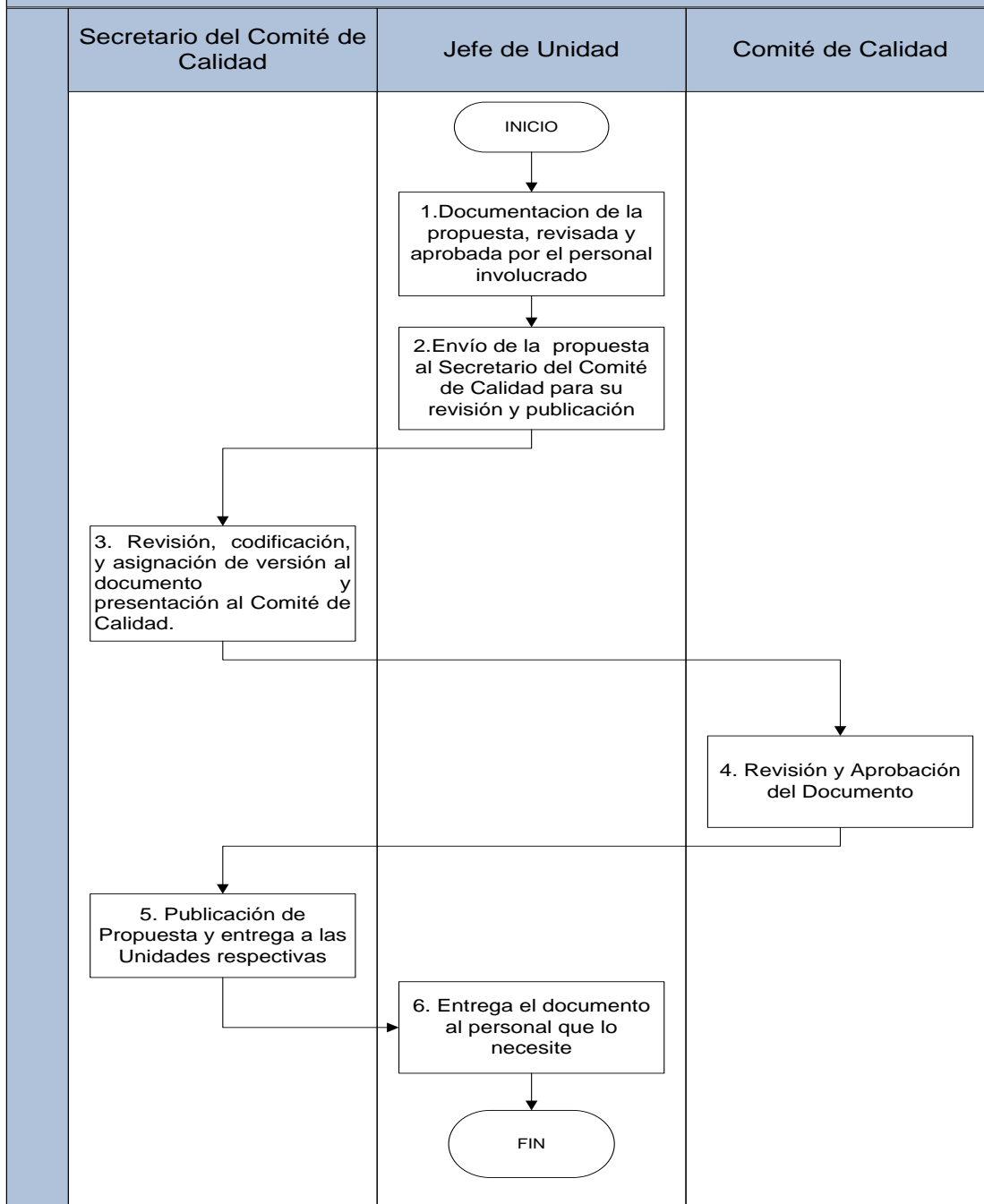
ENERO 2012

FEBRERO 2012

15 de 404



1. APROBACION Y EMISION DE DOCUMENTOS DEL SGC



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

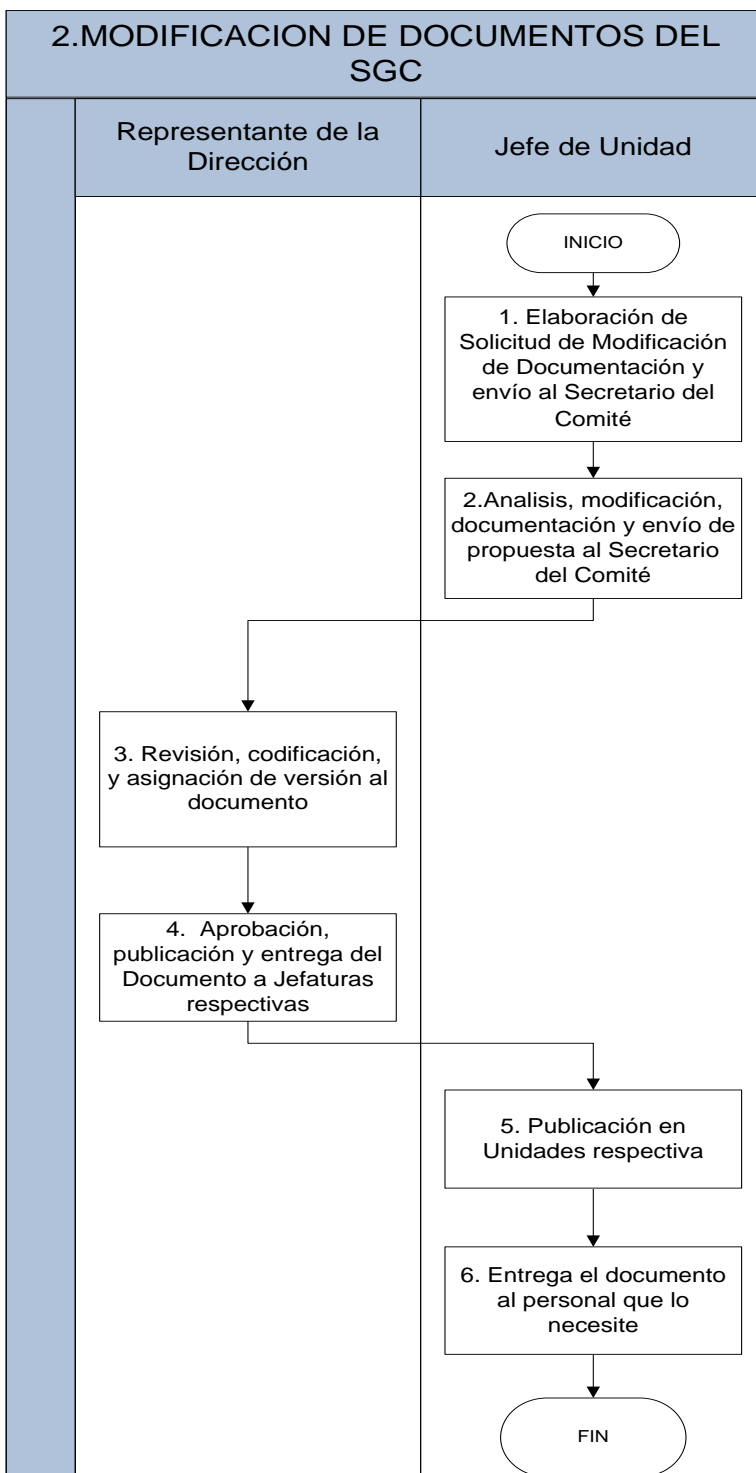
PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

16 de 404



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

17 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.1 APROBACION Y EMISION DE DOCUMENTOS DEL SGC

N°	Encargado	Descripción
1	Personal del ISRI	Detecta la necesidad de la documentación, o elaboración de un procedimiento, manual, registro etc. y redacta una propuesta. Si la propuesta es realizada por un jefe de unidad, continua en el paso 3.
2	Personal del ISRI	Presenta la propuesta al respectivo jefe de unidad.
3	Jefe de la Unidad	Se reúne con el personal vinculado al procedimiento, manual etc. para su revisión. Si el procedimiento, manual es de uso común de otras unidades del ISRI se reúne con los jefes de las unidades relacionados con el procedimiento o manual para analizar el documento. Esta reunión tiene como objeto evaluar la propuesta y adecuarla al propósito del documento, para finalmente ser aprobado.
4	Jefe de la Unidad	Documenta la propuesta, revisada y aprobada por el personal involucrado, de acuerdo al procedimiento de elaboración de documentos
5	Jefe de la Unidad	Envía la propuesta al Secretario del Comité de Calidad para su revisión y aprobación
6	Secretario del Comité de Calidad	Revisa que el documento sea legible, lo codifica, asigna la versión pertinente y presenta al Comité de Calidad.
7	Comité de Calidad	Revisa y aprueba la propuesta del documento.
8	Secretario del Comité de Calidad	La propuesta aprobada, la pública y la distribuye a las unidades o personas interesadas, a la vez que actualiza el Listado Maestro de Documentos (R-02-001-01).
9	Personal del ISRI	Revisa periódicamente el contenido de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad
10	Personal del ISRI	Cuando requiera una copia controlada de un procedimiento, manual etc. solicita al jefe de unidad la autorización para la copia respectiva
11	Jefe de la Unidad	Entrega al solicitante el documento requerido.
12	Personal del ISRI	Recibe del Jefe de unidad la copia controlada del documento solicitado y lo archiva en el sitio establecido.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

18 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.1.2 PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR LA NORMA ISO 9001:2008

N°	Encargado	Descripción
1	Representante de la Dirección	Elabora y documenta los procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001:2008 para el Sistema de Gestión de la Calidad del ISRI de acuerdo con el procedimiento Guía de Elaboración de documentos.
2	Representante de la Dirección	Para la revisión y aprobación de los procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001:2008 realiza lo siguiente: a) Se reúne con el Comité de Calidad con el fin que analice y apruebe los procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001:2008. b) Cuando el Comité Calidad apruebe los procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001:2008, el Secretario del Comité publica los procedimientos.
3	Secretario del Comité de Calidad	Verifica que el documento sea legible, lo codifica, asigna la versión pertinente; la publica y la distribuye a las unidades o personas interesadas, a la vez que actualiza el Listado Maestro de Documentos (R-02-001-01).
4	Representante de la Dirección	Luego de la publicación de los procedimientos, y con el fin de que se garantice la vigencia de estos procedimientos se procede así: a) Revisa periódicamente el contenido de los procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2008. b) En caso de requerirse alguna modificación en estos documentos, sigue los pasos que se indican en el numeral 5.3 de este procedimiento.
5	Jefe de la Unidad	Cuando requiera una copia controlada de un procedimiento requerido por la norma ISO 9001:2008, solicita al secretario del Comité de Calidad, la autorización para la copia respectiva.
6	Secretario del Comité de Calidad	Entrega al solicitante el documento requerido.
7	Jefe de la Unidad	Recibe del Secretario del Comité de Calidad la copia controlada del documento solicitado y lo archiva en el sitio establecido.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	19 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.2 MANUAL DE CALIDAD

N°	Encargado	Descripción
1	Representante de la Dirección	a) Elabora y documenta el Manual de Calidad del ISRI. b) Envía el Manual de Calidad a revisión por el Comité de Calidad.
2	Comité de Calidad	Recibe el Manual de Calidad del ISRI a) Divulga el Manual de Calidad a todos los interesados y recoge las sugerencias. b) Revisa y aprueba el Manual de Calidad del ISRI. c) Entrega el Manual de Calidad del ISRI al Secretario del Comité de Calidad para su revisión y publicación
3	Secretario del Comité de Calidad	Revisa que el documento sea legible, lo codifica, asigna la versión pertinente; lo publica y lo distribuye a las unidades o personas interesadas, a la vez que actualiza el Listado Maestro de Documentos (R-02-001-01).
4	Comité de Calidad	Luego de la publicación, y con el fin de que se garantice la vigencia de este documento, se procede así: a) Revisa periódicamente (como mínimo una vez al año), el contenido del Manual de Calidad del ISRI. b) En caso de requerirse alguna modificación, sigue los pasos que se indican en el numeral 5.2 de este procedimiento
5	Jefe de la Unidad	Cuando necesite copia controlada del Manual de Calidad solicita al Secretario del Comité de Calidad para la autorización para la copia respectiva.
6	Secretario del Comité de Calidad	Entrega al solicitante el documento requerido
7	Jefe de la Unidad	Recibe del Secretario del Comité de Calidad la copia controlada del Manual de Calidad y lo archiva en el sitio establecido.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

20 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.3 MODIFICACION DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.

N°	Encargado	Descripción
1	Jefe de la Unidad	Detecta la necesidad de la modificación de un procedimiento, manual etc. o recibe solicitud de modificar un procedimiento, manual o registro. a) Realiza las modificaciones necesarias al documento. b) Elabora una solicitud de modificación del documento. c) Envía al Secretario del Comité de Calidad la solicitud de Modificación de documentos, y las modificaciones realizadas al documento. d) Si es un documento de uso común en cualquiera de las unidades del ISRI, envía también el listado de unidades vinculadas. e) Si no es un documento de uso común en cualquiera de las unidades del ISRI continua en el paso 5.
2	Secretario del Comité de Calidad	Envía copias de la solicitud de modificación de documentos y de la propuesta de modificación a los jefes de las unidades interesados.
3	Jefe de la Unidad	Se reúne con los jefes de unidades vinculados en el procedimiento, de tal forma que se analicen y discutan los cambios.
4	Jefe de la Unidad	Por consenso con los interesados, aprueba el documento y envía las modificaciones aprobadas al secretario del Comité de Calidad, con las respectivas notas de cambio y fechas de elaboración y aprobación.
5	Secretario del Comité de Calidad	Revisa que el documento sea legible, asigna la versión pertinente, revisa que la nota de cambio sea actualizada adecuadamente; finalmente aprueba el documento modificado, lo publica y lo distribuye a las unidades o personas interesadas, a la vez que actualiza el Listado Maestro de Documentos (R-02-001-01).

➤ MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad cuya emisión y modificación no se encuentre detallada en los numerales 5.2 y 5.3 tienen definidas las responsabilidades de estas actividades en la siguiente matriz:

Nombre del documento	Responsable de elaboración y actualización	Responsable de aprobación
Manuales del SGC	Unidad de Planificación Estratégica y Comité de Calidad	Comité de Calidad
Guías	Jefe de la Unidad y personal	Jefe de unidad
Plan para alcanzar objetivos de calidad	Comité de Calidad	Comité de Calidad

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

21 de 404



➤ DISTRIBUCION DE LOS DOCUMENTOS

El secretario del Comité de Calidad mantiene los documentos del Sistema de Gestión de la calidad originales y es responsable de la administración de las copias controladas de cada documento y de los documentos de origen externo, los cuales identificara adecuadamente.

El acceso las copias controladas de los documentos es exclusivo de los jefes de unidad, miembros de Junta Directiva, Comité de Calidad. El control de la distribución de las copias se realiza mediante el listado de distribución de documentos (**R-02-001-02**).

El jefe de cada unidad asegura el buen estado de los documentos del SGC del ISRI, evitando el daño o deterioro por condiciones del medio en el sitio de archivo; a su vez es responsable de la distribución de las copias no controladas en su unidad.

Si es necesario el mantenimiento de documentos obsoletos cada jefe de unidad debe identificar en el documento la versión por la este es sustituido e informar de los cambios al Secretario del Comité de Calidad.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guía para elaboración de documentos (D-02-001).

7. REGISTROS

NOMBRE	CODIGO	RESPONSABLE	LUGAR DEL ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO
Listado de Maestro de documentos	R-02-001-01	Secretario del Comité de Calidad	Secretaria del Comité de Calidad	1 Año
Listado de distribución de documentos	R-02-001-02	Secretario del Comité de Calidad	Secretaria del Comité de Calidad	1 Año

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

22 de 404



8. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Documentos

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de documentos que cumplen con los requisitos de la documentación}}{\text{Cantidad de documentos controlados}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

Observación: este indicador permitirá identificar el porcentaje de la documentación cumple con los requisitos establecidos en relación al número de documentos que se manejan en el SGC. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que todos los documentos que se manejan en el SGC todos cumplen con los requisitos establecidos, el valor mínimo de 80% corresponde al porcentaje permisible de documentación que deben cumplir con los requisitos, lo que se interpreta que no toda la documentación está en regla.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

9. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

10. ANEXOS

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	23 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 1. LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL						
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS CODIGO: R-02-001-01						
PROCESO	CODIGO	NOMBRE	VERSION	FECHA DE APROBACION	RESPONSABLE APROBACION	FECHA DE REVISION	ESTADO	COPIAS CONTROLADAS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

Donde:

- PROCESO: Corresponde al nombre del proceso al cual el documento pertenece.
- CÓDIGO: El código del documento.
- NOMBRE: El nombre del documento.
- VERSION: Corresponde al número de modificaciones hechas al documento.
- FECHA DE APROBACIÓN: Fecha en que ha sido aprobado por el responsable, quien generalmente es el jefe de unidad
- RESPONSABLE DE APROBACIÓN: El nombre de la persona que aprobó el documento
- FECHA DE REVISIÓN: La fecha en que se ha realizado la última revisión del documento.
- ESTADO: Puede ser: Vigente, vigente con solicitud de modificación o en etapa de diseño.
- COPIAS CONTROLADAS: es el número total de copias controladas que han de distribuirse a los responsables del documento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

24 de 404




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DEL ISRI

CODIGO:M-02-004

VERSION:01

ANEXO2. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION DE INTEGRAL ISRI LISTADO DE DISTRIBUCION DE DOCUMENTOS CODIGO: R-02-001-02			
FECHA	CODIGO	VERSION	NOMBRE	FIRMA	OBSERVACIONES
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Donde:

Fecha: Fecha de entrega del documento

Código: Código del documento

Versión: Versión del documento entregado

Nombre: Nombre de la persona que recibe el documento

Firma: Firma de la persona que recibe el documento

Observaciones: Cualquier situación especial, acaecida en la entrega del documento (demora en la recepción, recepción del documento por otra persona que no es el responsable directo, etc.)

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	25 de 404



2. PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS. P-02-002

1. OBJETIVO

Establecer la metodología para realizar la identificación, codificación, acceso, clasificación, almacenamiento, conservación y disposición de los registros del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.

2. ALCANCE

Todos los registros que se generen en la aplicación de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI se controlan como lo indica este procedimiento.

3. CONTENIDO

Todos los registros del SGC son legibles y almacenados de tal forma que se conservan y consulten con facilidad; los medios aceptados para la realización de registros son medios magnéticos o impresos. Los registros proporcionan evidencia objetiva sobre el funcionamiento del SGC, si los registros no son regulados por el Comité de Calidad son los jefes de unidad quienes definen los criterios de codificación, acceso, clasificación, almacenamiento, conservación y disposición de los registros que se generen en su unidad según la necesidad.

Es responsabilidad de los jefes de cada una de las unidades que integran el ISRI, el cumplimiento de los requisitos citados en este procedimiento. El jefe de cada unidad asegura el buen estado de los registros del SGC del ISRI, evitando el daño o deterioro por condiciones del medio en el sitio de archivo.

Para el control de los registros generados por el SGC, se utiliza la tabla de registros de los procedimientos documentados que generan cada registro y el Listado Maestro de Documentos (R- 02-001-01). Su actualización es permanente.

CONTROL DE LA EMISIÓN

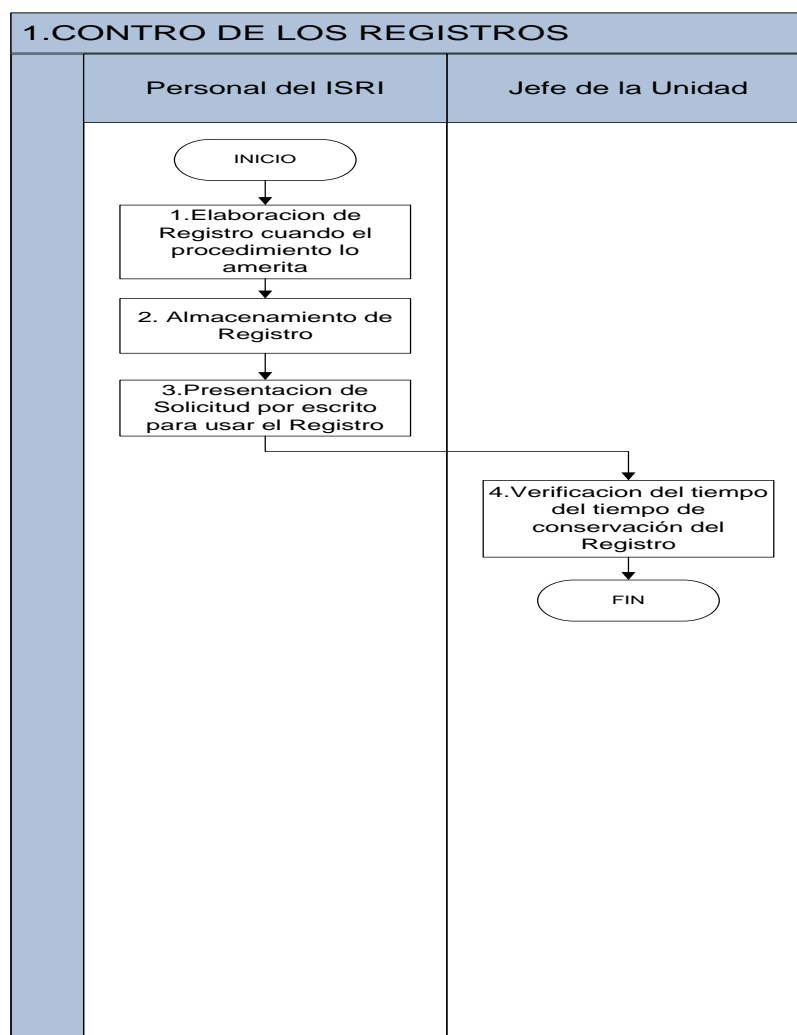
ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	26 de 404



4. RESPONSABLES

N°	Encargado
1	Personal del ISRI
2	Jefe de la Unidad

5. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

27 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

6.1 CONTROL DE REGISTROS DE CALIDAD

N°	Encargado	Descripción
1	Personal del ISRI	Elabora un registro cuando ejecuta un procedimiento que así lo exige.
2	Personal del ISRI	Para almacenar el registro procede así: A) Si el registro se almacena en la unidad donde se elabora, lo archiva en el sitio y en el orden establecido para ello. B) Si es necesario que el registro sea enviado a otra unidad, se procede así: a) Verifica si requiere copias del registro, de ser así crea las copias necesarias. b) Envía el original o la copia según corresponda a la unidad que lo requiere.
3	Personal del ISRI	Cuando requiera el acceso a un registro que se encuentra archivado en la unidad, se procede así: a) Solicita a la persona responsable el préstamo del registro. b) Consulta la información requerida y devuelve los documentos al responsable de los mismos.
4	Personal del ISRI	Cuando el registro cumpla con el tiempo de archivo, dispone de él según el jefe de unidad lo indique

6.2 TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LOS REGISTROS

N°	Encargado	Descripción
1	Jefe de la Unidad	Se reúne con el personal responsable de la extensión del registro, y determinan el tiempo de conservación del registro.
2	Personal del ISRI	Verifica el tiempo de conservación de los documentos. Si el tiempo de conservación de los registros, ha expirado solicita la autorización del jefe de unidad para la destrucción del registro.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos (R-02-001-01)

7. REGISTROS

No aplica.

8. INDICADOR

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

9. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

10. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

28 de 404



3. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. P-02-003

1. OBJETIVO

Realizar auditorías al sistema de gestión de calidad para verificar el cumplimiento de los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2008.

2. ALCANCE

Define las responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de auditorías, para informar de los resultados, mantener los registros, establecer los criterios de la auditoría, el alcance de la misma y su frecuencia.

3. CONTENIDO

En el ISRI se ejecutaran las auditorías tomando en cuenta que es uno de los métodos más eficaces para la revisión del Sistema de Gestión de Calidad y mejora continua de los procesos.

Los objetivos de las auditorías son:

- Determinar si el Sistema de de Gestión de Calidad del ISRI y de los procedimientos documentados alcanzan los objetivos establecidos y si dicho Sistema es conforme con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.
- Determinar el grado de implantación del Sistema de Gestión de Calidad.

En el primer mes de cada año se preparara el Programa de Auditoria Anual. En el transcurso del año, se someterá a auditoria cada dos meses en el primer año, esto dependerá de los resultados obtenidos en informes de auditorías posteriores, es decir dependerá el programa de auditoría del 2 año, de los resultados del primer año. Con los resultados de las auditorias se pretenden comprobar el cumplimiento de los procedimientos y, en general, si el Sistema de Gestión de Calidad alcanza los objetivos establecidos. Las no conformidades detectadas en la auditoria se incluirán en un informe que se enviará al responsable de la actividad auditada, a fin de que sean corregidos lo más brevemente posible, haciendo un seguimiento posterior para

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	29 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

comprobar la eliminación de las deficiencias. Las auditorías llevan una minuciosa labor de preparación, mediante el acopio de información inicial, preparación de un cuestionario y de una lista de verificación.

La labor de campo de una auditoría comienza con una reunión inicial del auditor con los auditados y finaliza con la preparación de un informe en el que deben expresarse la impresión general del auditor sobre la observancia del procedimiento, las inconformidades importantes observadas y las acciones correctivas tomadas, este seguimiento de realizara según lo establecido en los procedimiento de Acciones Correctivas P-02-005 y Acciones Preventivas P-02-005.

La ejecución de la totalidad de auditorías está a cargo del personal asignado por el Comité de Calidad como Auditor interno de calidad del ISRI es necesario haber participado en una formación sobre Sistemas de Gestión de la Calidad basados en la Norma ISO 9001:2008.

4. RESPONSABLES

N°	Encargado
1	Representante de la Dirección
2	Jefe de la Unidad
3	Auditor Interno

5. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

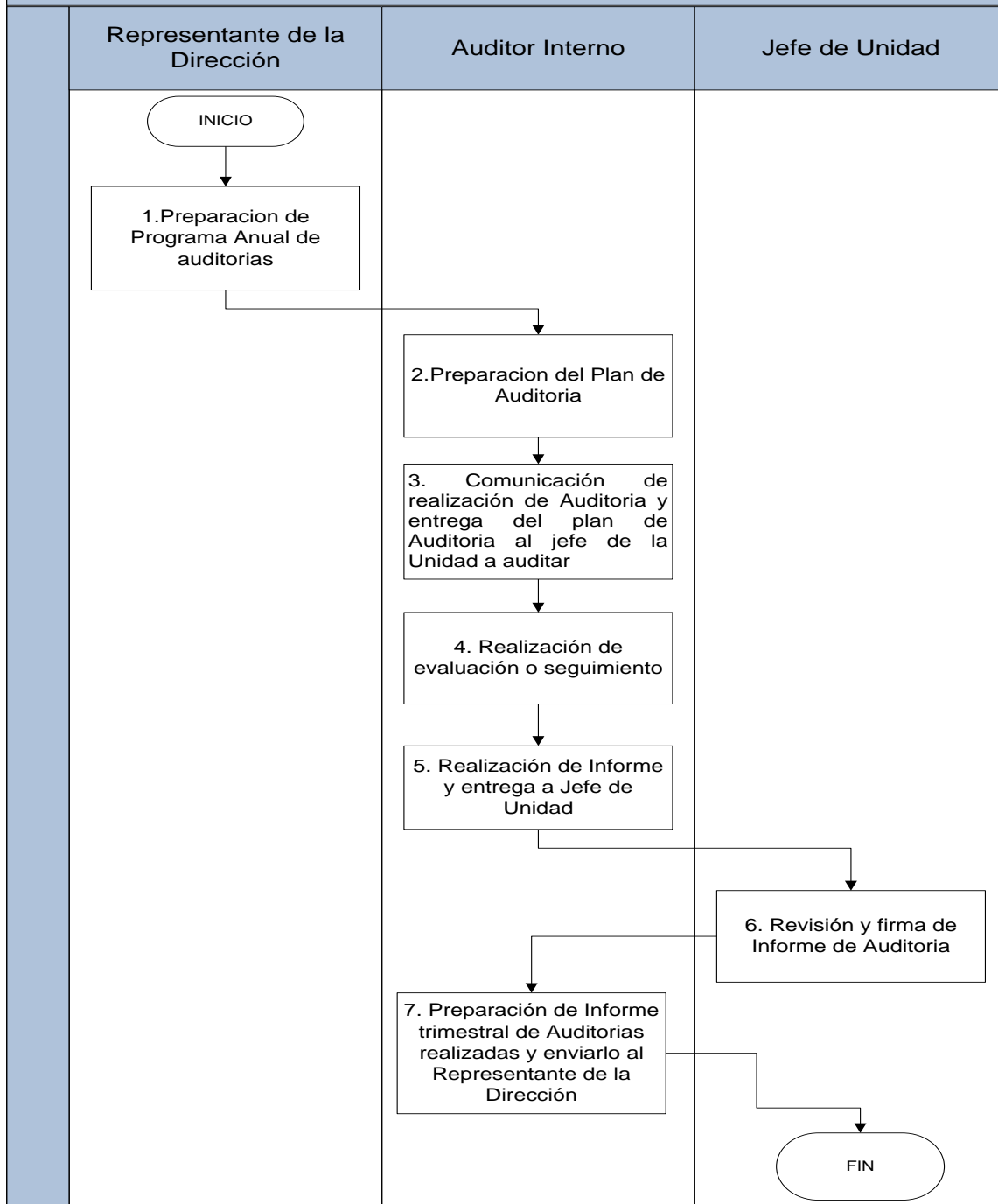
ENERO 2012

FEBRERO 2012

30 de 404



1.AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

31 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.1 REALIZACION DE AUDITORIA

N°	Encargado	Descripción
1	Representante de la Dirección	Prepara el programa anual de auditorías (R-02-003-01).
2	Auditor Interno	Recibe programa anual de auditorías (R-02-003-01) y prepara el Plan de Auditoria (R-02-003-02) por lo menos 15 días antes del mes de realización: Revisa los registros de auditoría previa realizada en la unidad a evaluar (si existen), estudia los documentos del SGC aplicados a la unidad y completa el Plan de Auditoria (original y copia) en el que detalla el objetivo, alcance, metodología, criterios de auditoría, duración estimada y responsable de ejecutarla.
3	Auditor Interno	Comunica personalmente la realización de la auditoria al Jefe de la unidad a evaluar, una semana antes del inicio del mes programado de realización, explica cada uno de los puntos descritos en el Plan de Auditoria (R-02-003-02) y acuerdan la fecha conveniente para la realización de la misma. Entrega el Plan de Auditoria al responsable de la unidad a evaluar para firma. Además da a conocer la lista de verificación (R-02-003-05).
4	Jefe de la Unidad	Firma el Plan de auditoría (R-02-003-02) (original y copia) en señal de aceptación.
5	Auditor Interno	Se presenta al área a evaluar en la fecha convenida para realizar la evaluación o seguimiento. Lleva a cabo la auditoria anotando las no conformidades y los indicios que sugieren no conformidades por incumplimiento a los requisitos especificado y demás disposiciones establecidas en los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, recolecta evidencias a través de visitas, entrevistas, revisión de la documentación, y condiciones en las áreas de interés, las primeras seis horas de la jornada.
6	Auditor Interno	Completa la Lista de Verificación de Auditoria (R-02- 003-05) en los puntos que sean aplicables
7	Auditor Interno	Revisa las anotaciones realizadas durante la ejecución del trabajo, analiza los resultados y evalúa si existe incumplimiento a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008. Pueden presentarse las situaciones siguientes: 7A) No existe incumplimiento a los requisitos especificados: Procede a elaborar informe de auditoría (R-02-003-03) el que se describe los resultados positivos encontrados. 7B) Identifica las no conformidades, determina el incumplimiento a un requisito, o, a lo establecido en los documentos del Sistema de Gestión de Calidad lo presenta en el informe de auditoría (R-02-003-03).
8	Jefe de Unidad	Revisa informe, si tiene observaciones relevantes, lo discute con el auditor y devuelve para corrección (continua con siguiente paso); da su visto bueno y firma en señal de aceptación y continua con el paso 10
9	Auditor Interno	Efectúa las modificaciones al informe, si las hay y si son validas, entrega a jefe de unidad evaluada quien regresa a paso 8.
10	Auditor Interno	Firma informe y entrega original al evaluado. Si como resultado se determina una no conformidad extiende una solicitud de acción correctiva o preventivas, para que detalle las causas, las soluciones de las no conformidades reales o potencial y la fecha para una auditoria de seguimiento, procediendo según los procedimientos de acciones correctivas (P-02-005) y acciones preventivas (P-02-006). b) Si el evaluado se niega a firmar, se describe las razones por las que no firma en el informe y se entrega al Jefe de unidad para que determiné las acciones a seguir.
11	Auditor Interno	Prepara un informe trimestral de las auditorías realizadas y de los resultados obtenidos. Entrega informe al Representante de la Dirección

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

32 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

No aplica.

7. REGISTROS

NOMBRE	CODIGO	RESPONSABLE	LUGAR DEL ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO
Programa de auditorias	R-02-003-01	Representante de la Dirección	Secretaria del Comité de Calidad	2 a 3 años
Plan anual de auditorias	R-02-003-02	Auditor Interno	Secretaria del Comité de Calidad	1 Año
Informe de Auditorias	R-02-003-03	Auditor Interno	Secretaria del Comité de Calidad	1 Año
Registro de auditorias	R-02-003-04	Auditor Interno	Secretaria del Comité de Calidad	1 Año
Lista de verificación de auditorias	R-02-003-05	Auditor Interno	Secretaria del Comité de Calidad	1 Año

8. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

9. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados.

10. ANEXOS

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

33 de 404



ISRI

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DEL ISRI

CODIGO:M-02-004

VERSION:01

ANEXO1.FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS



ISRI

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION DE INTEGRAL ISRI

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

CODIGO: R-02-003-01

ALCANCE Y OBJETIVO DEL PROGRAMA:

ELABORO:

FECHA DE ELABORACION

REVISO:

FECHA DE REVISION:

APROBO:

FECHA DE APROBACION:

NUMERO DE AUDITORIA

RECURSOS

OBJETIVO

FECHA DE EJECUCION

UNIDAD A EVALUAR O
ALCANCE

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

34 de 404




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIAS

	INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI PLAN DE AUDITORIAS CODIGO: R-02-003-02
DATOS DEL AUDITADO	
NUMERO DE AUDITORIA:	
UNIDADES A AUDITAR:	
RESPONSABLE DEL AREA AUDITADA:	
INFORMACION DEL AUDITADO	
OBJETIVO DE LA AUDITORIA:	
ALCANCE DE LA AUDITORIA:	
CRITERIOS DE LA AUDITORIA	
PROCESOS:	
DOCUMENTOS UTILIZADOS EN LA AUDITORIA:	
DURACION ESTIMADA:	
LUGAR Y FECHA DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	35 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO3. FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIAS.



INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI

REGISTRO DE AUDITORIAS CODIGO: R-02-003-03

FECHA:

NOMBRE DEL AUDITOR RESPONSABLE:

N° DE AUDITORIA	FECHA DE EJECUCION	ALCANCE	N° DE REPORTE DE NO CONFORMIDAD	FECHA DE AUDITORIA DE SEGUIMIENTO	RESULTADOS DE SEGUIMIENTO	
					SUPERADA	A COMITÉ DE CALIDAD

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	36 de 404




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 5. FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIAS

 ISRI	INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI RESULTADOS DE LA AUDITORIA CODIGO: R-02-003-05
FORTALEZAS: CONFORMIDADES (ASPECTOS RELEVANTES RELACIONADOS CON LA EFICACIA DE SGC)	
DEBILIDADES : NO CONFORMIDADES , OBSERVACIONES (SI PROCEDE) OPORTUNIDADES DE MEJORA (SI PROCEDE)	
ÁREA NO CUBIERTAS DURANTE LA AUDITORIA POR SITUACIÓN ESPECIAL	
DISCREPANCIAS OCURRIDAS DURANTE LA AUDITORIA	
CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA	
NOMBRE DEL AUDITOR: _____	
FIRMA: _____	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

38 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 6. FORMATO DE REGISTRO DE LISTA DE VERIFICACION DE AUDITORIAS

	INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION DE INVALIDOS ISRI			
LISTA DE VERIFICACION DE AUDITORIAS				
CODIGO: R-02-003-06				
INDICACIONES: Marque con un cheque la casilla, en base al estado de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el ISRI, las casillas tienen las letras S,N Y P, estas casillas significan: S (Si el cumplimiento es total), N (No, si no hay cumplimiento de los requisitos) y Parcial: P (si cumple parcialmente el requisito)				
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD				
4.1 REQUISITOS GENERALES				
Elementos	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se ha establecido o está estableciendo un SGC de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2008				
2. Están identificados los procesos necesarios y la secuencia e interacción de estos para el SGC.				
3. Se asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.				
4. Se realiza el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.				
5. Se implementan las acciones para alcanzar los resultados planificados y para la mejora continua de los procesos.				
6. Se gestionan los procesos de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001: 2008				
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION				
Elementos	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Está documentado el SGC del ISRI				
2. Existe una declaración documentada de la política de calidad.				
3. Existe una declaración documentada de los objetivos de calidad				
4. Se cuenta con los procedimientos documentados requeridos por la norma ISO 9001:2008 para las siguientes actividades. 4.2.3 Control de documentos 4.2.4 Control de los registros 8.2.2 Auditorías internas 8.3 Control de servicio no conforme 8.5.2 Acciones correctivas 8.5.3 Acciones preventivas.				
4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS				
Elementos	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Están controlados los documentos requeridos por el SGC.				
2. Existe un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para: aprobar los documentos en cuanto su adecuación antes de su emisión revisar, actualizar y aprobar documentos En cuanto sea necesario.				
3. Se identifican los cambios en los documentos				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	39 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

4. Se identifica el estado de revisión actual de los documentos.				
5. Se asegura que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.				
6. Se asegura que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.				
4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS				
1. Se cuenta con los registros que demuestran la operación eficaz del SGC.				
2. Se cuenta con los registros que demuestra la conformidad con los requisitos				
3. Son los requisitos legibles y fácilmente identificables				
4. Son los documentos fácilmente identificables				
5. Se ha establecido un procedimiento documentado para el control de los registros que incluya: la identificación de los registros, el almacenamiento de los registros, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.				
6. se cuenta con los registros específicamente requeridos por ISO 9001:20081				
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN				
1. La alta dirección ha comunicado al ISRI La importancia de satisfacer los requisitos del usuario como los legales y reglamentarios.				
5.2 ENFOQUE HACIA EL CLIENTE				
Elementos	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se determinan por la alta dirección los requisitos del cliente.				
2. Se tiene evidencia del aumento de la satisfacción del cliente.				
5.3 POLITICA DE LA CALIDAD				
Elementos	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Existe una declaración documentada de la política de calidad				
2. Es revisada la política de calidad para su continua adecuación.				
3. La política de calidad es adecuada para el propósito del ISRI.				
4. La política de calidad incluye el compromiso de cumplir los requisitos y de mejorar continuamente el SGC.				
5. La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad				
4. Son los documentos fácilmente identificables				
5. Se ha establecido un procedimiento documentado para el control de los registros que incluya: la identificación de los registros, el almacenamiento de los registros, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.				
6. La política de calidad es comunicada dentro del ISRI.				
7. La política de la calidad es entendida dentro del ISRI.				
5.4 PLANIFICACION				
5.4.1 OBJETIVOS DE LA CALIDAD	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se han establecido los objetivos de la calidad en las funciones y niveles pertinentes dentro del ISRI.				
2. Existe una declaración documentada de los objetivos de calidad.				
3. Son revisados los objetivos de calidad para su continua				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	40 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

adecuación.				
4. Se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los objetivos de calidad				
5. Son adecuados los objetivos de calidad para el propósito del ISRI				
6. Se incluyen los objetivos de calidad necesarios para cumplir los requisitos del servicio				
7. Son coherentes los objetivos de calidad con la política de calidad				
6. La política de calidad es comunicada dentro del ISRI.				
7. La política de la calidad es entendida dentro del ISRI.				
5.4.2 PLANIFICACION DEL SGC	S	N	P	OBSERVACIONES
1. La alta dirección se asegura de que la planificación del SGC incluye: La identificación de los procesos necesarios para el SGC y su aplicación a través del ISRI, la secuencia e interacción de estos procesos los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de los procesos sean eficaces, El seguimiento la medición y el análisis de estos procesos. La implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.				
2. La alta dirección se asegura de que la planificación del SGC se realiza con el fin de cumplir con los objetivos de calidad.				
3. La alta dirección se asegura de que se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en este.				
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION				
5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se cuenta con un manual de funciones y responsabilidades				
5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se ha designado un miembro de alta dirección como representante de las Unidades del ISRI con autoridad y responsabilidad.				
2. El representante de la alta Dirección presenta informes a la Presidencia y Junta Directiva sobre el desempeño del SGC y cualquier necesidad de mejora.				
5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Existe un programa para la revisión del SGC por la alta dirección y se cumple dicho programa.				
2. Se mantienen registros de la revisión por el representante de la Dirección al SGC.				
5.6.2 INFORMACION PARA LA REVISIÓN				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. La revisión del SGC por la alta dirección incluye los objetivos de calidad.				
2. La revisión del SGC por la alta dirección incluye los resultados de las auditorías de calidad				
3. La revisión del SGC por la alta dirección incluye la conformidad del servicio.				
4. La revisión del SGC por la alta dirección incluye las no conformidades reales y potenciales que se detectan en la				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	41 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

operación.				
5. La revisión del SGC por la alta dirección incluye las acciones correctivas y preventivas				
6. La revisión del SGC por la alta dirección incluye acciones de seguimiento o direcciones de la dirección previas.				
7. La revisión del SGC por la alta dirección incluye el estado de planificación y ejecución de la capacitación.				
8. La revisión del SGC por la alta dirección incluye las evaluaciones de los proveedores.				
9. La revisión del SGC por la alta dirección incluye los reclamos de los usuarios.				
10. La revisión del SGC por la alta dirección incluye los resultados de los indicadores de monitoreo del proceso como el cumplimiento de objetivos.				
11. La revisión del SGC por la alta dirección incluye las recomendaciones para la mejora.				
5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se documenta las acciones reflejadas con anterioridad				
2. Los resultados de la dirección por la revisión incluyen todas las acciones y decisiones tomadas con: <ul style="list-style-type: none"> • La mejora de la eficacia del SGC • La mejora del proceso del SGC • La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente. • La necesidad de recursos • Las conclusiones de la revisión. 				
3. Las acciones que se deben emprender, indicando el plazo y los responsables de la ejecución.				
4. Se controla los registros tal como se establece en 4.2.4.				
6.2 RECURSOS HUMANOS				
6.2.1 GENERALIDADES				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se puede demostrar la competencia del personal que realizan trabajos que afectan la calidad del servicio.				
2. Los resultados de la dirección por la revisión incluyen todas las acciones y decisiones tomadas con: <ul style="list-style-type: none"> • La mejora de la eficacia del SGC • La mejora del proceso del SGC • La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente. • La necesidad de recursos • Las conclusiones de la revisión. 				
6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACION				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI proporciona información o toma otras acciones para satisfacer dichas necesidades.				
2. El ISRI mantiene los registros apropiados que demuestran la educación, formación, habilidades y experiencia de su personal.				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	42 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

6.3 INFRAESTRUCTURA				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI determina y mantiene edificios, espacios de trabajo y servicios asociados necesarios para lograr la conformidad de los requisitos del servicio.				
2. El ISRI determina y mantiene el equipo para los procesos necesarios para logra la conformidad con los requisitos del servicio.				
3. El ISRI determina y mantiene los servicios de apoyo (tales como transporte o comunicación) para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.				
6.4 AMBIENTE DE TRABAJO				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.				
7.0 PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL SERVICIO				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se determina durante la planificación los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio, los procesos específicos para el servicio, los documentos específicos para el servicio, los recursos específicos para el servicio, las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/.Prueba específicas para el servicio. Los criterios para la aceptación del servicio. Los registros necesarios para proporcionar evidencias. De que los procesos de realización del servicio resultante cumplen los requisitos.				
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE				
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI determina las características que son relevantes en el servicio para el usuario.				
2. El ISRI determina los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.				
7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se efectúa una revisión antes que el ISRI se comprometa a proporcionar un servicio al usuario.				
1. Se asegura que el ISRI de que: <ul style="list-style-type: none"> • Están definidos los requisitos del servicio. • Tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos. • Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma. • Se confirma los requisitos del usuario antes de una aceptación, cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos. 				
7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes.				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	43 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO				
7.3.1 PLANIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI planifica y controla el diseño y desarrollo del servicio.				
2. Durante la planificación del diseño y desarrollo el ISRI determina las etapas del diseño y desarrollo, la revisión, verificación y validación, apropiadas.				
3. El ISRI se asegura de que hay una clara asignación de responsabilidades entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo.				
7.4 COMPRAS				
7.4.1 PROCESO DE COMPRAS	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Se asegura el ISRI de que el servicio adquirido cumple con los requisitos de compra especificados.				
2. El ISRI evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar servicios de acuerdo con los requisitos del ISRI.				
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO				
7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI planifica y lleva a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.				
7.5.3 IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. Cuando es apropiado, el ISRI identifica el servicio por medios adecuados, a través de toda la realización de la prestación del servicio.				
7.5.4 PROPIEDAD DE CLIENTE				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras están bajo su control o están siendo utilizados por la misma.				
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA				
8.1 GENERALIDADES	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio.				
2. El ISRI planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para asegurarse de la conformidad y mejora de SGC.				
3. Se determinan los métodos aplicables para los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización. ¹				
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN				
8.2.1 SATISFACCION DEL CLIENTE	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI realiza, como una medida del desempeño del SGC, el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos.				
8.2.2 AUDITORIA INTERNA				
	S	N	P	OBSERVACIONES

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	44 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

1. Se planifica un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, así como los resultados de auditorías previas.				
2. El ISRI lleva a cabo auditores internas para determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificada y con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.				
3. Se ha definido un procedimiento documentado que incluya: La responsabilidad y los requisitos para la planificación y la realización de auditorías, el informe de los resultados y el procedimiento de los registros.				
4. La dirección responsable del área que está siendo auditada se asegura de que se tomen acciones sin demoras injustificadas para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.				
5. Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.				
8.2.3 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI aplica métodos apropiados para el seguimiento y cuando es aplicable, la medición y de los procesos del SGC.				
2. Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio.				
8.2.4 SEGUIMIENTO Y PRODUCCIÓN DEL SERVICIO				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI mide y hace un seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.				
2. La medición se efectúa en las etapas apropiadas del proceso de realización del servicio de acuerdo con las disposiciones planificada.				
3. Se mantiene evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.				
4. Se garantiza la presentación del servicio se llevan a cabo hasta que se han complementado satisfactoriamente las disposiciones planificadas.				
8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI se asegura de que el servicio que no es conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir que no se cumpla con los requisitos.				
2. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidos en un procedimiento documentado.				
3. Cuando se corrige un servicio no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.				
8.4 ANALISIS DE DATOS				
	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI determina, recopilar y analizar los datos apropiados para establecer la idoneidad y la eficacia del SGC.				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	45 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

2. El ISRI utiliza los datos adecuados para identificar donde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del SGC.				
3. Se incluyen los datos generados en el resultado y medición y de cualesquiera otras fuentes importantes.				
4. El análisis de datos proporciona información sobre: <ul style="list-style-type: none"> • La satisfacción del cliente. • La conformidad con los requisitos del servicio. • Las características y tendencias de los procesos y de los servicios incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas. • Los proveedores. 				
8.5 MEJORA				
8.5.1 MEJORA CONTINUA	S	N	P	OBSERVACIONES
1. El ISRI mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de la política y objetivos de la calidad.				
2. El ISRI mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de los resultados de las auditorías...				
3. El ISRI mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de análisis de datos.				
4. El ISRI mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de las acciones correctivas y preventivas				
8.5.2 ACCION CORRECTIVA				
S	N	P	OBSERVACIONES	
1. El ISRI toma acciones para eliminar las causas de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.				
2. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas				
Existe un procedimiento documentado para definir los requisitos para : <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los usuarios). • Determinar las causas de las no conformidades • Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir • Determinar e implementar las acciones necesarias. • Registrar los resultados de las acciones tomadas. • Revisar las acciones correctivas tomadas 				
8.5.3 ACCION PREVENTIVA				
S	N	P	OBSERVACIONES	
1. El ISRI determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.				

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

46 de 404



4. PROCEDIMIENTO DE CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME. P-02-004

1. OBJETIVO

Controlar los resultados de los procesos .que no cumple con una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

2. ALCANCE

Aplica a todas las Unidades del ISRI donde se detecte el servicio no conforme.

3. CONTENIDO

En el ISRI se interpreta como servicio no conforme toda aquella situación que afecta la calidad del servicio o la consecución normal de alguno de sus procesos, y a la cual se aplica una corrección para solucionar de forma inmediata dicha situación.

Las fuentes utilizadas para la identificación de No conformidades son:

- Auditorias de calidad internas y/o externas.
- Análisis de datos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC).
- Servicios no conformes que se presenten con frecuencia.
- Resultados de la revisión del Sistema de Gestión de Calidad del ISRI.
- Medición y control de procesos.
- Resultados del análisis de los indicadores de gestión.
- Sugerencias de mejoramiento por parte del personal del ISRI.
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación

Cada jefe de unidad es responsable de la ejecución de este procedimiento; El representante de la dirección identifica las situaciones más comunes que afectan a la prestación del servicio por medio de la medición y control de los procesos, las quejas y reclamos de usuarios internos y externos, que se deriven de los servicios no conformes.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

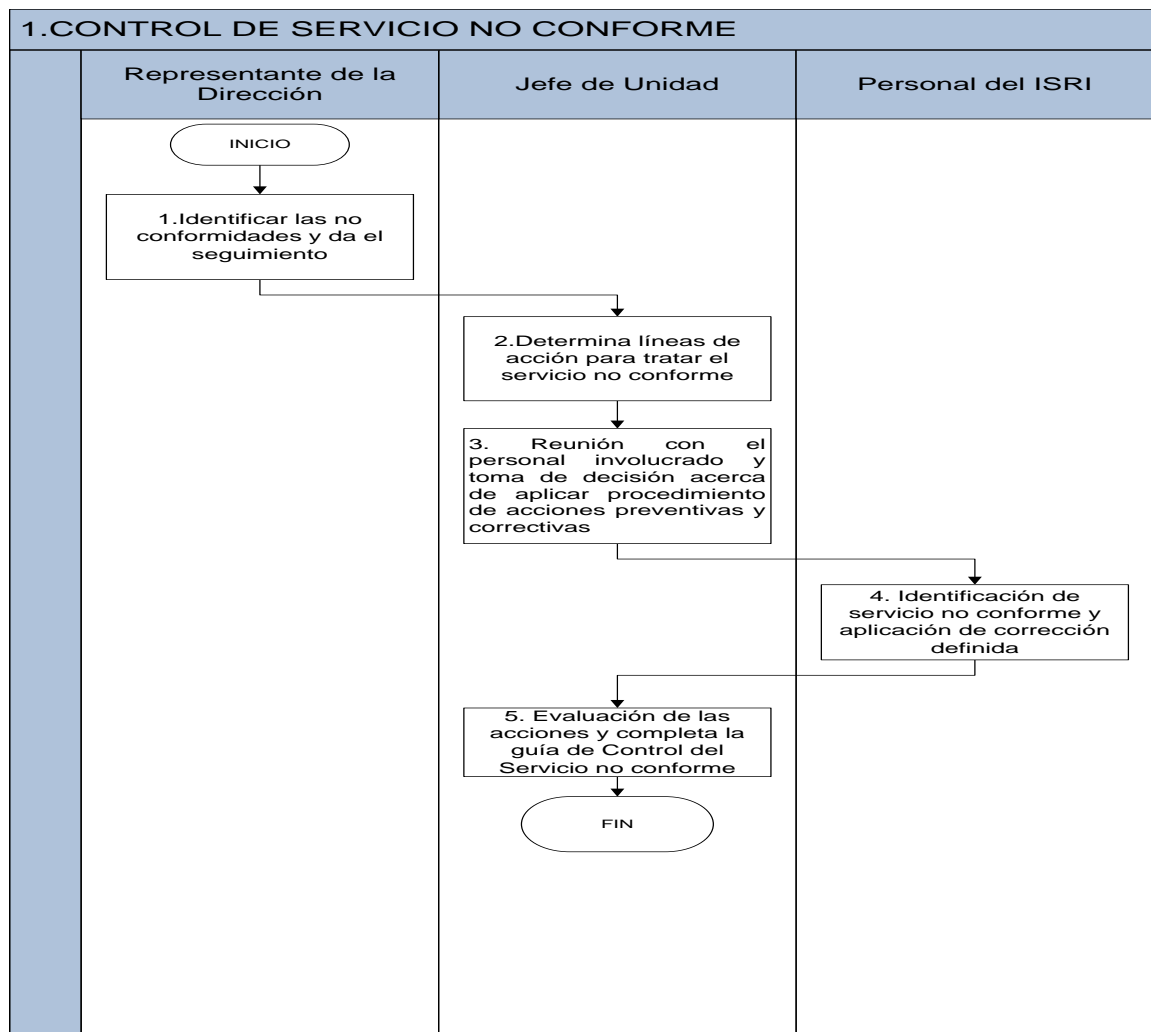
47 de 404



4. RESPONSABLES

N°	Encargado
1	Representante de la Dirección
2	Jefe de la Unidad
3	Personal del ISRI

5. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

48 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.1 CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME

N°	Encargado	Descripción
1	Representante de la Dirección	Identifica las no conformidades, según las fuentes descritas en el numeral 3.1, notifica la No conformidad encontrada al jefe de unidad respectiva. Da seguimiento a las no conformidades detectadas mediante la Guía para el control de servicio no conforme (R-02-004-02). Cuando la No conformidad es detectada en una auditoria esta debe ser registrada en el Informe de Auditoría (R-02-003-03) por el auditor responsable.
2	Jefe de Unidad	Determina el trato que se le ha de dar al servicio no conforme, ya sea: 2 A) tomando acciones para eliminar la no conformidad, continua en el paso 3 2 B) Autorizando su ejecución, se completa el Registro para el Control del Servicio No Conforme (R-02 004-01), y se lo envía al Representante de la Dirección para su autorización. 2 C) Tomando acciones para impedir su ejecución. Completa el Registro para el Control del Servicio No Conforme (R-02-004-01), y se lo envía al Representante de la Dirección para su autorización.
3	Jefe de Unidad	Se reúne con el personal involucrado y define si se requiere aplicar una acción correctiva o preventiva; en dicho caso ejecuta el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (P-02-005) Si es necesario se reúne con el representante de la dirección para darle a conocer las acciones tomadas. Completa el Registro para el Control del Servicio No Conforme (R-02-004-01), y se lo envía al Representante de la Dirección para su autorización.
4	Personal del ISRI	Identifica el servicio no conforme y realiza la corrección definida previamente por el Jefe de unidad.
5	Jefe de Unidad	Evalúa y autoriza las acciones a tomar de los Registros para el Control de Servicio No Conforme (R-02-004-01) recibidos. Completa la Guía para el control de servicio no conforme (R-02-004-02) con la información recibida.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

No aplica.

7. REGISTROS

NOMBRE	CODIGO	RESPONSABLE	LUGAR DEL ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO
Registro de control de servicio no conforme	R-02-004-01	Representante de la Dirección	Secretaría del Comité de Calidad	1 Año
Guía para el control de servicio no conforme	R-02-004-02	Jefe de unidad	Unidades del ISRI	1 Año

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

49 de 404



8. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Servicio no Conforme

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de servicios no conformes controlados al mes}}{\text{Cantidad de servicios no conformes identificados al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

Observación: este indicador permitirá identificar porcentaje de servicios no conformes que fueron controlados en el mes en relación a los que se presentaron, el objetivo es medir la efectividad de respuesta antes las situaciones identificadas de no conformidades para verificar el buen desempeño o considerar otras medidas que incidan en el aumento del porcentaje. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que todas las no conformidades identificadas fueron controladas satisfactoriamente, el valor mínimo de 75% corresponde al porcentaje permisible de control sobre los servicios no conformes el cual no puede ser inferior a este valor de lo contrario se deben tomar medidas más agresivas en la búsqueda soluciones más efectivas para las no conformidades identificadas.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

9. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

10. ANEXOS

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	50 de 404




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DEL ISRI

CODIGO:M-02-004

VERSION:01

ANEXO 1. REGISTRO PARA EL CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI REGISTRO PARA EL CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME CODIGO: R-02-004-01		
UNIDAD:	(1)	FECHA:		
SERVICIO NO CONFORME IDENTIFICADO POR (NOMBRE Y CARGO): (2)				
HERRAMIENTA DE CONTROL UTILIZADA: (3)				
DESCRIPCION DE LA SITUACION	NATURALEZA DE LA NO CONFORMIDAD	MANEJO DEL SERVICIO NO CONFORME	RESPONSABLE	DOCUMENTO RELACIONADO
		ACCIONES PARA ELIMINAR LA NO CONFORMIDAD		
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
		ACCIONES PARA IMPEDIR SU EJECUCION		
		(9)		
		CONCESIONES AUTORIZADAS	AUTORIZADO POR	
		(10)		
JEFE DE LA UNIDAD			REPRESENTANTE DE LA DIRECCION:	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	51 de 404



GUÍA PARA COMPLETAR EL REGISTRO PARA EL CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME:

1. UNIDAD: El nombre de la unidad y la fecha en que se detecto el servicio no conforme
2. NOMBRE Y CARGO: La persona que identificó el servicio no conforme
3. HERRAMIENTA DE CONTROL UTILIZADA: El nombre del documento o indicador que hace verificable la existencia del servicio no conforme
4. DESCRIPCION DE LA SITUACION: Se describe la situación que genera la no conformidad del servicio
5. NATURALEZA DE LA NO CONFORMIDAD: Se describe el tipo de no conformidad
6. ACCIONES PARA ELIMINAR LA NO CONFORMIDAD: Se describen las acciones tomadas para eliminar la no conformidad, según el registro de acciones correctivas y preventivas
7. RESPONSABLE : El nombre y cargo de la persona responsable de la eliminación de la no conformidad
8. DOCUMENTO RELACIONADO: El documento relacionado con la no conformidad: procedimiento, proceso, etc.
9. ACCIONES PARA IMPEDIR SU EJECUCION: Si no es posible eliminar la ocurrencia de la no conformidad en un proceso o procedimiento se definen las acciones para impedir su ejecución, mientras se corrige el proceso o procedimiento.
10. CONCESIONES AUTORIZADAS: Si no es posible eliminar o evitar la ocurrencia de la no conformidad en el proceso o procedimiento, se describen las concesiones otorgadas al jefe de la unidad responsable y quien autoriza la concesión, mientras se implementan las acciones necesarias para su eliminación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

52 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 2.GUIA PARA EL CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME.

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI	
		GUIA PARA EL CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME	
		CODIGO: R-02-007	
UNIDAD:	(1)	FECHA:	(2)
MANEJO Y CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME			
DESCRIPCION DE LA SITUACION	CORRECCION	RESPONSABLE	DOCUMENTO RELACIONADO
(3)	(4)	(5)	(6)

Donde:

1. El nombre de la unidad que elabora la Guía de Control del Servicio no Conforme
2. Fecha en que ha sido elaborada la Guía.
3. Se describe la situación que genera la No conformidad.
4. Acciones para mitigar o eliminar la No conformidad
5. El nombre de la persona que tiene como responsabilidad la ejecución de las acciones necesarias para la eliminación de la no conformidad
6. Es el documento en el que tiene incidencia la No conformidad, si no existe se escribe “No aplica”.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

53 de 404



5. PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS. P-02-005

1. OBJETIVO

Identificar, analizar y eliminar las causas de las no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las no conformidades encontradas en los servicios o procesos del SGC del ISRI y para el registro de todas aquellas acciones de mejora que sean resultado de las No Conformidades.

3. CONTENIDO

El ISRI determina y toma acciones para eliminar la ocurrencia de las No Conformidades detectadas en los servicios o procesos del Sistema de Gestión de Calidad; todas las acciones correctivas, o de mejora son documentadas en el Registro de Informe y seguimiento de Acciones correctivas, preventivas o de mejora (R-02-005-01) y en el registro del listado de acciones preventivas y correctivas planteadas (R-02-005-02). La aplicación, actualización y seguimiento de este procedimiento, está bajo la responsabilidad del Representante de la dirección y el Jefe de unidad responsable.

4. RESPONSABLES

N°	Encargado
1	Jefe de la Unidad
2	Representante de la Dirección

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

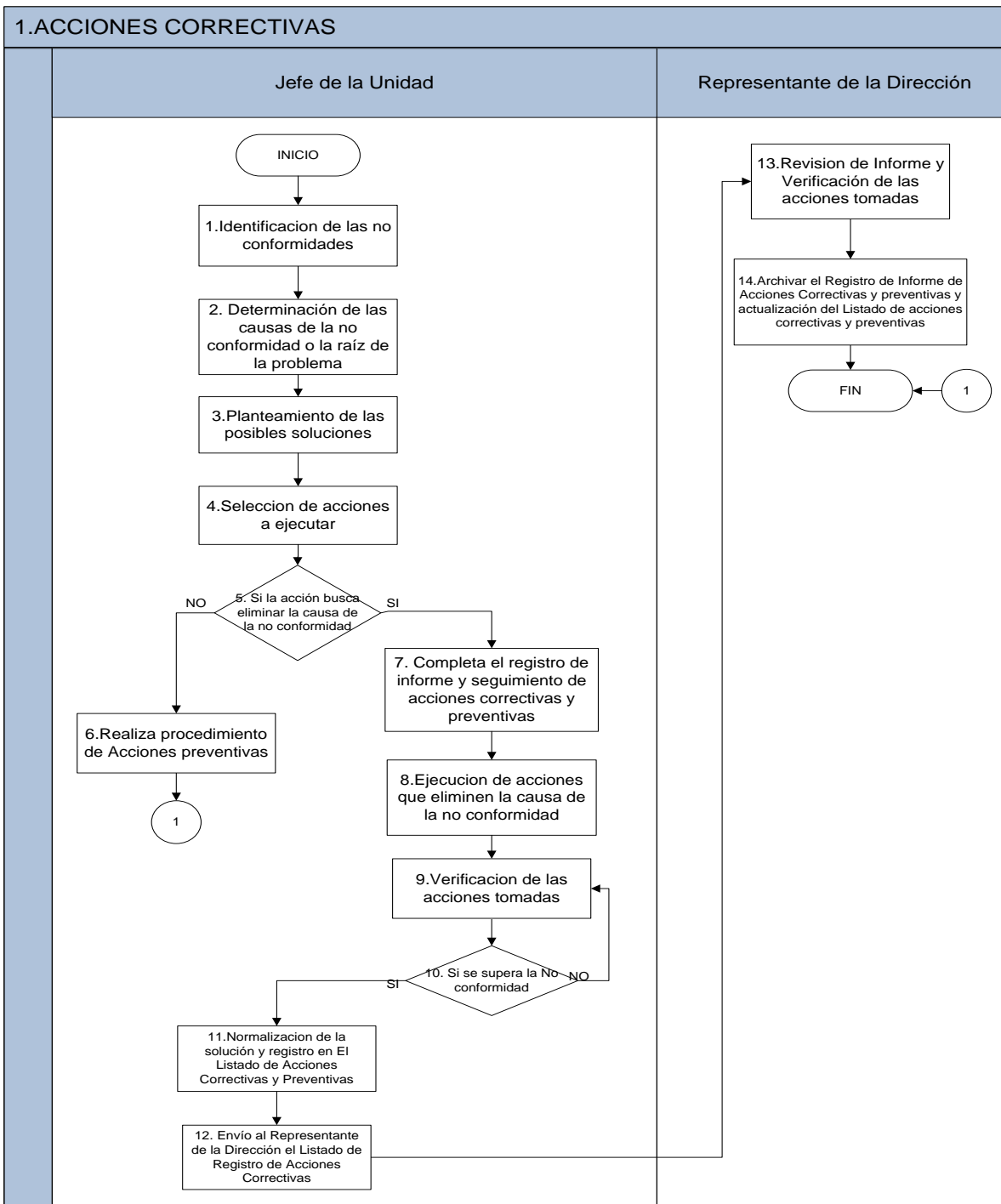
ENERO 2012

FEBRERO 2012

54 de 404



5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



5.1 ACCIONES CORRECTIVAS

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

55 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

N°	Encargado	Descripción
1	Jefe de Unidad	Identifica y evalúa las acciones para asegurarse que las no conformidades detectadas no ocurran nuevamente, de ser así, realiza lo siguiente: a) Se reúne con el personal involucrado b) Determina las posibles causas. c) Identifica cual es la causa raíz del problema. d) Identifica las soluciones posibles, seleccionando aquella que elimine la causa raíz del problema. e) Plantea las acciones a implementar. f) Asigna al Personal del ISRI responsable la ejecución de la acción correctiva para la eliminación de la no conformidad. g) Tramita los recursos necesarios h) Acuerda la fecha de entrega de los resultados con el representante de la dirección (Fecha de cierre de la no Conformidad) i) Completa el Registro de Informe y Seguimiento de las acciones correctivas, preventivas o de mejora (R-02-005-01).
2	Jefe de Unidad	Previo al vencimiento de la fecha de cierre de la No conformidad de seguimiento y verifica la eficacia de las acciones tomadas: 2A) Si vencida la fecha de cierre, aún no se ha cerrado la No conformidad: Se reúne con el personal del ISRI implicado y presentan alternativas de solución para que se implemente un nuevo plan. Continúa nuevamente en el paso 01. 2B) Si se tomaron las acciones establecidas y no fue eficaz (la no conformidad persiste), se reúne con el personal de la ISRI implicado, analizan y presentan otras alternativas de solución. Continúa en el paso 01. 2C) Si se cerró la No conformidad y se verifica que el problema y su raíz han sido eliminados, que la solución ha funcionado, y que se ha logrado la meta de mejora: a) Envía al Representante de la Dirección, el Registro de informe y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora. b) Normaliza la solución, reemplazando los procesos anteriores con el nuevo proceso para prevenir que vuelva a suceder el problema o sus causas raíz. c) Actualiza los procedimientos que hayan sufrido modificaciones por causa de las soluciones implantadas de acuerdo con el procedimiento de Control de Documentos (P-02-001). d) Divulga a los interesados los resultados de la acción correctiva o preventiva implementada.
3	Representante de la Dirección	Vencida la fecha de cierre de la no conformidad, verifica la eficacia de las acciones tomadas: 3A) Si aún no se ha cerrado la No conformidad: Solicita al Jefe de la Unidad responsable un informe donde explique las causas del incumplimiento en el cierre de la No conformidad, las nuevas acciones tomadas y la nueva fecha de cierre de la no conformidad. 3B) Si se cerró la No conformidad y se verifica que el problema y su raíz han sido eliminados, que la solución ha funcionado, y que se ha logrado la meta de mejora: a) Recibe y archiva el Registro de informe y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora (R-02-005-01), presentado por el jefe de unidad. b) Actualiza el listado de acciones correctivas y preventivas (R-02-005-02), para posteriores análisis estadísticos. Evalúa la posibilidad de emplear esta solución en alguna otra Unidad o área del ISRI.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Procedimiento de control del servicio no conforme (P-02-004)

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

56 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

7. REGISTROS

NOMBRE	CODIGO	RESPONSABLE	LUGAR DEL ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO
Informe y seguimiento de acciones correctivas y preventivas	R-02-005-01	Jefes de unidad	Unidades del ISRI	1 Año
Listado de Acciones correctivas y preventivas	R-02-005-02	Representante de la Dirección	Secretaria del Comité de Calidad	8 meses

8. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de acciones Correctivas

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de acciones efectivas realizadas trimestralmente}}{\text{Cantidad de acciones correctivas planificadas trimestralmente}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 70 %

Observación: este indicador permitirá identificar el porcentaje de las acciones correctivas que han sido efectivas en el periodo de acuerdo a todas las acciones planificadas, el objetivo del indicador es medir la efectividad de las acciones correctivas aplicadas a los problemas surgidos en el funcionamiento del SGC. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que todas las acciones correctivas planificadas fueron realizadas y efectivas, el valor mínimo corresponde al porcentaje permisible de dicho indicador, que se interpreta que 70% de todas las acciones planificadas estas fueron efectivas.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

9. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

10. ANEXOS

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	57 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 1. FORMATO DE REGISTRO DE INFORME Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS O DE MEJORA.

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI REGISTRO DE INFORME Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS O DE MEJORA CODIGO: R-02-005-01		
N° DE CONFORMIDAD: (1)				
FECHA DE REGISTRO (2)		UNIDAD (3)		PROCESO (4)
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REPORTA: (5)				
NO CONFORMIDAD IDENTIFICADA POR:	AUDITOR DE CALIDAD		REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN (6)	
NO CONFORMIDAD IDENTIFICADA EN:	INSUMOS	PROCESOS	SERVICIOS	OTRA SITUACION(7)
DESCRIPCION: (8)				
EVIDENCIA DE LA NO CONFORMIDAD: (9)				
SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PLANTEADAS				
N° (10)	CAUSAS IDENTIFICADAS (11)	ACCIÓN PLANTEADA (13)	FECHAS DE CONTROL INICIO: CIERRE: REONSABLE (14)	TIPO(15) PREVENTIVA CORRECTIVA MEJORA
CAUSA RAÍZ DEL PROBLEMA (12)			RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN (17) VERIFICADO POR: (18)	
RESULTADOS DE LAS ACCIONES TOMADAS (16)				
			FECHA:	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

58 de 404



GUÍA PARA COMPLETAR EL REGISTRO DE INFORME Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES

PREVENTIVAS CORRECTIVAS O DE MEJORA:

1. Corresponde al número de la conformidad para la que ha sido dirigida la acción correctiva o preventiva
2. Fecha en que ha sido completado el registro
3. La unidad en la que ocurre la no conformidad
4. El proceso en que ha sido detectada la no conformidad
5. El nombre y cargo de quien completa el registro de acciones correctivas o preventivas
6. El estado de quien identifica la no conformidad
7. El tipo de no conformidad
8. La descripción detallada de la no conformidad
9. Documento que proporciona evidencia de la no conformidad
10. El numero de la causa identificada
11. Las causas posibles de la no conformidad
12. Descripción de la causa raíz del problema
13. Las acciones planteadas para la causa raíz, se detallan las fechas de inicio de las acciones y cierre esperado de la no conformidad, esta corresponde generalmente a la fecha de la primera verificación.
14. El responsable de la realización de acciones planteadas
15. Tipo de acción planteada
16. Resultados de las acciones planteadas, una vez estas han sido puestas en marcha
17. Resultados de la verificación: se determina por el responsable de verificación si la no conformidad ha sido cerrada.
18. La persona que verifica el cierre de la no conformidad y la fecha de verificación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

59 de 404




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DEL LISTADO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS PLANTEADAS

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI LISTADO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS PLANTEADAS CODIGO: R-02-005-02			
N°	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	UNIDAD	CAUSA RAIZ	ACCIÓN PLANTEADA Y RESULTADOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

GUÍA PARA COMPLETAR EL LISTADO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS PLANTEADAS:

Este listado sirve como elemento de registro de las acciones tomadas, se completa una vez se determina el cierre de las no conformidades encontradas.

1. El numero de la no conformidad, según el registro de informe de acciones preventivas o de mejora
2. La fecha de inicio del control de la no conformidad, según el registro de informe de acciones preventivas o de mejora
3. La fecha de verificación de cierre de la no conformidad, según el registro de informe de acciones preventivas o de mejora
4. La unidad en la que se ejecuta la no conformidad
5. La causa raíz del problema identificada
6. Las acciones planteadas y los resultados obtenidos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

60 de 404



6. PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS. P-02-006

1. OBJETIVO

Identificar, analizar y eliminar las causas de las no conformidades potenciales del Sistema de Gestión de Calidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las no conformidades encontradas en los servicios o procesos del SGC del ISRI y para el registro de todas aquellas acciones de mejora que sean resultado de No Conformidades.

3. CONTENIDO

El ISRI determina y toma acciones para eliminar las causas de las No Conformidades potenciales, detectadas en los servicios o procesos del Sistema de Gestión de Calidad; todas las acciones preventivas o de mejora son documentadas en el Registro de Informe y seguimiento de Acciones correctivas, preventivas o de mejora (R-02-005-01) y en el registro del listado de acciones preventivas y correctivas planteadas (R-02-005-02). La aplicación, actualización y seguimiento de este procedimiento, está bajo la responsabilidad del Representante de la dirección y el Jefe de unidad responsable.

4. RESPONSABLES

N°	Encargado
1	Jefe de la Unidad
2	Representante de la Dirección

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

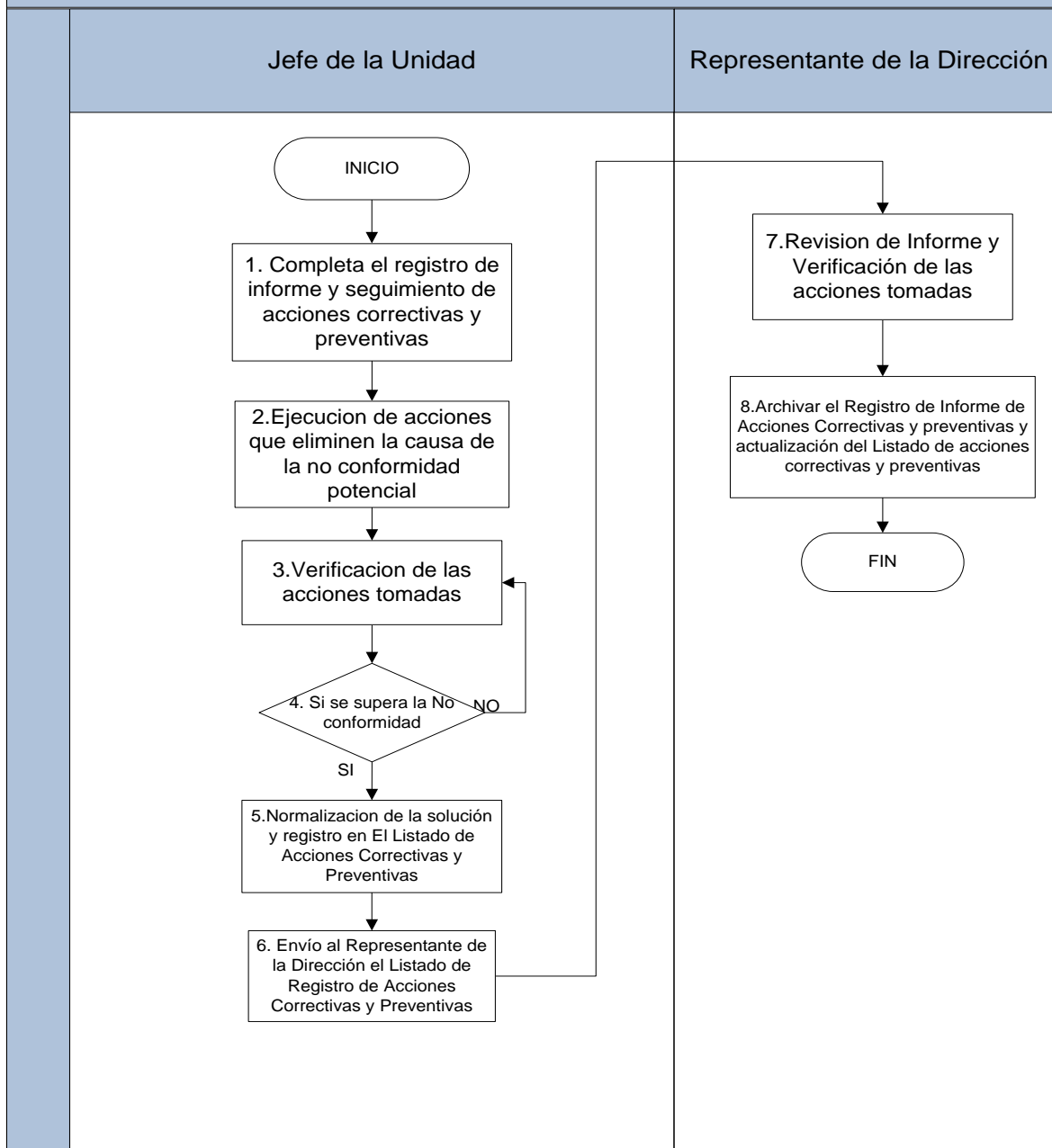
FEBRERO 2012

61 de 404



5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

2.ACCIONES PREVENTIVAS



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

62 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5.1 ACCIONES PREVENTIVAS

N°	Encargado	Descripción
1	Jefe de Unidad	Identifica y evalúa las acciones para asegurarse de eliminar las causas de las no conformidades potenciales detectadas, realizando lo siguiente: a) Se reúne con el personal involucrado b) Determina las posibles causas. c) Identifica cual es la causa raíz del problema. d) Identifica las soluciones posibles, seleccionando aquella que elimine la causa de las no conformidades potenciales detectadas. e) Plantea las acciones a implementar. f) Asigna al Personal del ISRI el responsable la ejecución de la acción preventiva para la eliminación de las causas de no conformidades potenciales. g) Tramita los recursos necesarios h) Acuerda la fecha de entrega de los resultados con el representante de la dirección (Fecha de cierre de la no Conformidad) i) Completa el Registro de Informe y Seguimiento de las acciones correctivas, preventivas o de mejora (R-02-005-01).
2	Jefe de Unidad	Previo al vencimiento de la fecha de cierre de la No conformidad da seguimiento y verifica la eficacia de las acciones tomadas: 2A) Si vencida la fecha de cierre, aún no se ha cerrado la No conformidad: Se reúne con el personal del ISRI implicado y presentan alternativas de solución para que se implemente un nuevo plan. Continúa nuevamente en el paso 01. 2B) Si se tomaron las acciones establecidas y no fue eficaz (la no conformidad persiste), se reúne con el personal de la ISRI implicado, analizan y presentan otras alternativas de solución. Continúa en el paso 1. 2C) Si se cerró la No conformidad y se verifica que el problema y su raíz han sido eliminados, que la solución ha funcionado, y que se ha logrado la meta de mejora: a) Envía al Representante de la Dirección, el Registro de informe y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora. b) Normaliza la solución, reemplazando los procesos anteriores con el nuevo proceso para eliminar las causas de no conformidades potenciales. c) Actualiza los procedimientos que hayan sufrido modificaciones por causa de las soluciones implantadas de acuerdo con el procedimiento de Control de Documentos (P-02-001). d) Divulga a los interesados los resultados de la acción preventiva implementada.
3	Representante de la Dirección	Vencida la fecha de cierre de la no conformidad, verifica la eficacia de las acciones tomadas: 3A) Si aún no se ha cerrado la No conformidad: Solicita al Jefe de la Unidad responsable un informe donde explique las causas del incumplimiento en el cierre de la No conformidad, las nuevas acciones tomadas y la nueva fecha de cierre de la no conformidad. 3B) Si se cerró la No conformidad y se verifica que el problema y su raíz han sido eliminados, que la solución ha funcionado, y que se ha logrado la meta de mejora: a) Recibe y archiva el Registro de informe y seguimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora (R-02-005-01), presentado por el jefe de unidad. b) Actualiza el listado de acciones correctivas y preventivas (R-02-005-02), para posteriores análisis estadísticos. Evalúa la posibilidad de emplear esta solución en alguna otra Unidad o área del ISRI.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Procedimiento de control del servicio no conforme (P-02-004)

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	63 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

7. REGISTROS

NOMBRE	CODIGO	RESPONSABLE	LUGAR DEL ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO
Informe y seguimiento de acciones correctivas y preventivas	R-02-005-01	Jefes de unidad	Unidades del ISRI	1 Año
Listado de Acciones correctivas y preventivas	R-02-005-02	Representante de la Dirección	Secretaría del Comité de Calidad	8 meses

8. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Acciones Preventivas

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de acciones efectivas realizadas trimestralmente}}{\text{Cantidad de acciones preventivas planificadas trimestralmente}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 70 %

Observación: este indicador permitirá identificar el porcentaje de las acciones que han sido efectivas en el periodo de acuerdo a todas las acciones planificadas, considerando que el objetivo de las acciones preventivas solventar problemas potenciales que pueden suceder en el funcionamiento del SGC por lo que es necesaria la medición de la efectividad de dichas acciones. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que todas las acciones planificadas fueron realizadas y efectivas, el valor mínimo es el porcentaje permisible que corresponde a que el 70% de todas las acciones preventivas planificadas hayan resultado efectivas.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

9. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

10. ANEXOS

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

64 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 1. FORMATO DE REGISTRO DE INFORME Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS O DE MEJORA.

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI		
REGISTRO DE INFORME Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS O DE MEJORA CODIGO: R-02-005-01				
N° DE CONFORMIDAD: (1)				
FECHA DE REGISTRO (2)		UNIDAD (3)		PROCESO (4)
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REPORTA: (5)				
NO CONFORMIDAD IDENTIFICADA POR:	AUDITOR DE CALIDAD		REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN (6)	
NO CONFORMIDAD IDENTIFICADA EN:	INSUMOS	PROCESOS	SERVICIOS	OTRA SITUACION(7)
DESCRIPCION: (8)				
EVIDENCIA DE LA NO CONFORMIDAD: (9)				
SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PLANTEADAS				
N° (10)	CAUSAS IDENTIFICADAS (11)	ACCIÓN PLANTEADA (13)	FECHAS DE CONTROL INICIO: CIERRE: REPOSABLE (14)	TIPO(15) PREVENTIVA CORRECTIVA MEJORA
CAUSA RAÍZ DEL PROBLEMA (12)			RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN (17)	
RESULTADOS DE LAS ACCIONES TOMADAS (16)			VERIFICADO POR: (18)	
			FECHA:	

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

65 de 404



GUÍA PARA COMPLETAR EL REGISTRO DE INFORME Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES

PREVENTIVAS CORRECTIVAS O DE MEJORA:

1. Corresponde al número de la conformidad para la que ha sido dirigida la acción correctiva o preventiva
2. Fecha en que ha sido completado el registro
3. La unidad en la que ocurre la no conformidad
4. El proceso en que ha sido detectada la no conformidad
5. El nombre y cargo de quien completa el registro de acciones correctivas o preventivas
6. El estado de quien identifica la no conformidad
7. El tipo de no conformidad
8. La descripción detallada de la no conformidad
9. Documento que proporciona evidencia de la no conformidad
10. El numero de la causa identificada
11. Las causas posibles de la no conformidad
12. Descripción de la causa raíz del problema
13. Las acciones planteadas para la causa raíz, se detallan las fechas de inicio de las acciones y cierre esperado de la no conformidad, esta corresponde generalmente a la fecha de la primera verificación.
14. El responsable de la realización de acciones planteadas
15. Tipo de acción planteada
16. Resultados de las acciones planteadas, una vez estas han sido puestas en marcha
17. Resultados de la verificación: se determina por el responsable de verificación si la no conformidad ha sido cerrada.
18. La persona que verifica el cierre de la no conformidad y la fecha de verificación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

66 de 404




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DEL LISTADO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS PLANTEADAS

 ISRI		INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL ISRI LISTADO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS PLANTEADAS CODIGO: R-02-005-02			
N°	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	UNIDAD	CAUSA RAIZ	ACCIÓN PLANTEADA Y RESULTADOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

GUÍA PARA COMPLETAR EL LISTADO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS PLANTEADAS:

Este listado sirve como elemento de registro de las acciones tomadas, se completa una vez se determina el cierre de las no conformidades encontradas.

1. El numero de la no conformidad, según el registro de informe de acciones preventivas o de mejora
2. La fecha de inicio del control de la no conformidad, según el registro de informe de acciones preventivas o de mejora
3. La fecha de verificación de cierre de la no conformidad, según el registro de informe de acciones preventivas o de mejora
4. La unidad en la que se ejecuta la no conformidad
5. La causa raíz del problema identificada
6. Las acciones planteadas y los resultados obtenidos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	67 de 404



ADMINISTRACIÓN SUPERIOR

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

68 de 404



1. UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA

1. ELABORACION DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO, P-01-001

1. OBJETIVO

Elaborar el Plan de Trabajo de la Unidad de Auditoría Interna.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Auditoría Interna del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Técnico en Auditoria y la Secretaria I son los responsables de la elaboración del Plan Anual de trabajo de la Unidad.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la planificación del plan de trabajo de la unidad que se espera realizar en el año, este debe de contener: Desarrollo de Auditorias a componentes de estados financieros Desarrollo de Auditoras especiales (programadas), especificando a que unidad del ISRI. Verificación de control interno y manejo de custodia de fondos (Arqueo de Fondos). Seguimientos a Observaciones de Auditoria Requerimientos de Junta Directiva y Presidencia Otras Actividades

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

69 de 404

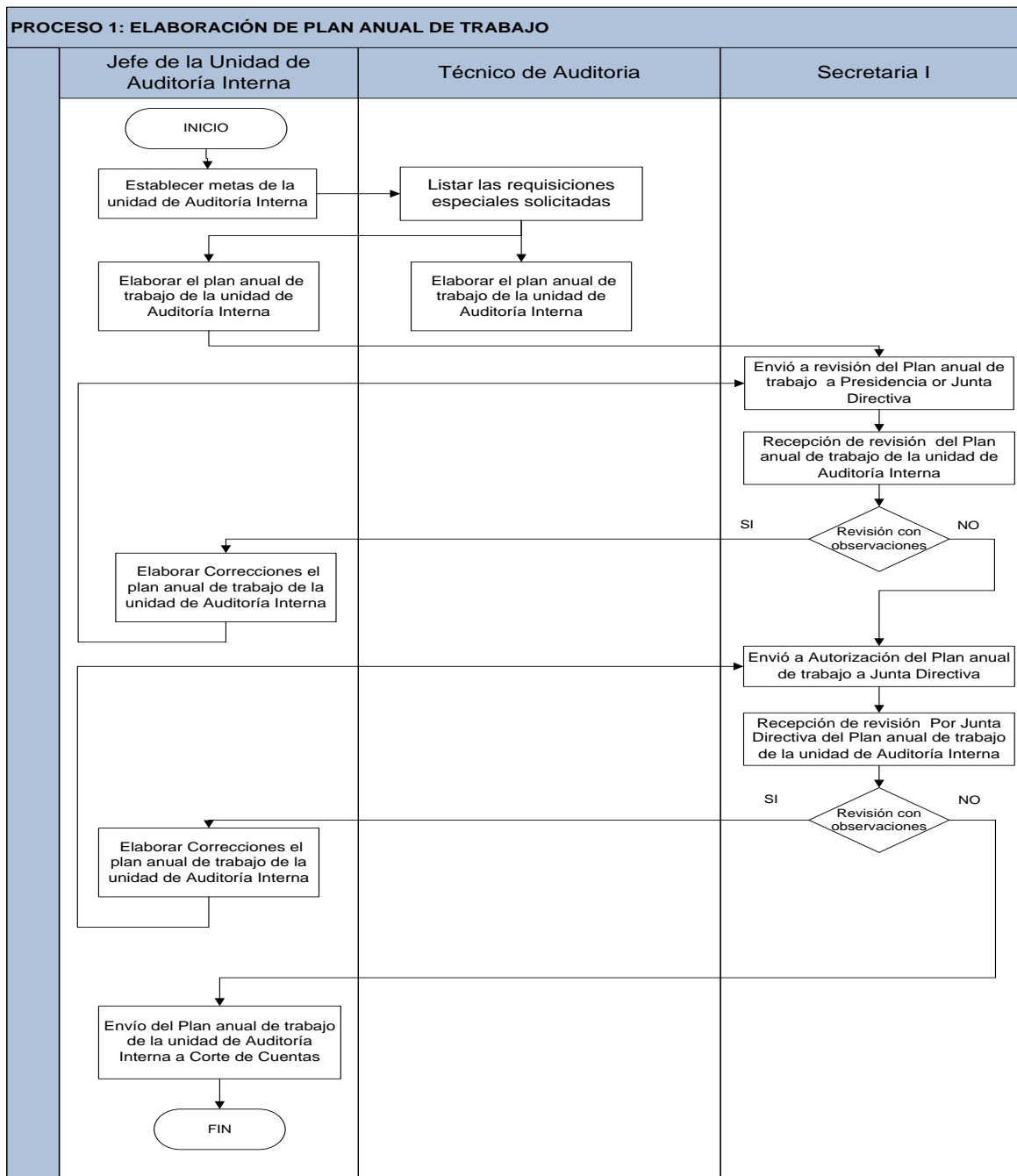


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

70 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Plan anual de Trabajo del Año anterior
Requisición de Junta Directiva del ISRI
Requisiciones de Presidencia del ISRI
Requisiciones de Instituciones Fiscalizadoras
Plan Anual de trabajo de la Unidad de Auditoría Interna.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

Valor Mínimo: 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

71 de 404



2. ARQUEO DE FONDOS, P-01-002

1. OBJETIVO

Controlar internamente el manejo de Fondos en el ISRI

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Auditoría Interna y la Unidad que sea auditada del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Técnico en Auditoria y la Secretaria I son los responsables de ejecutar las actividades que buscan efectuar el control Interno del manejo de Fondos Institucional.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

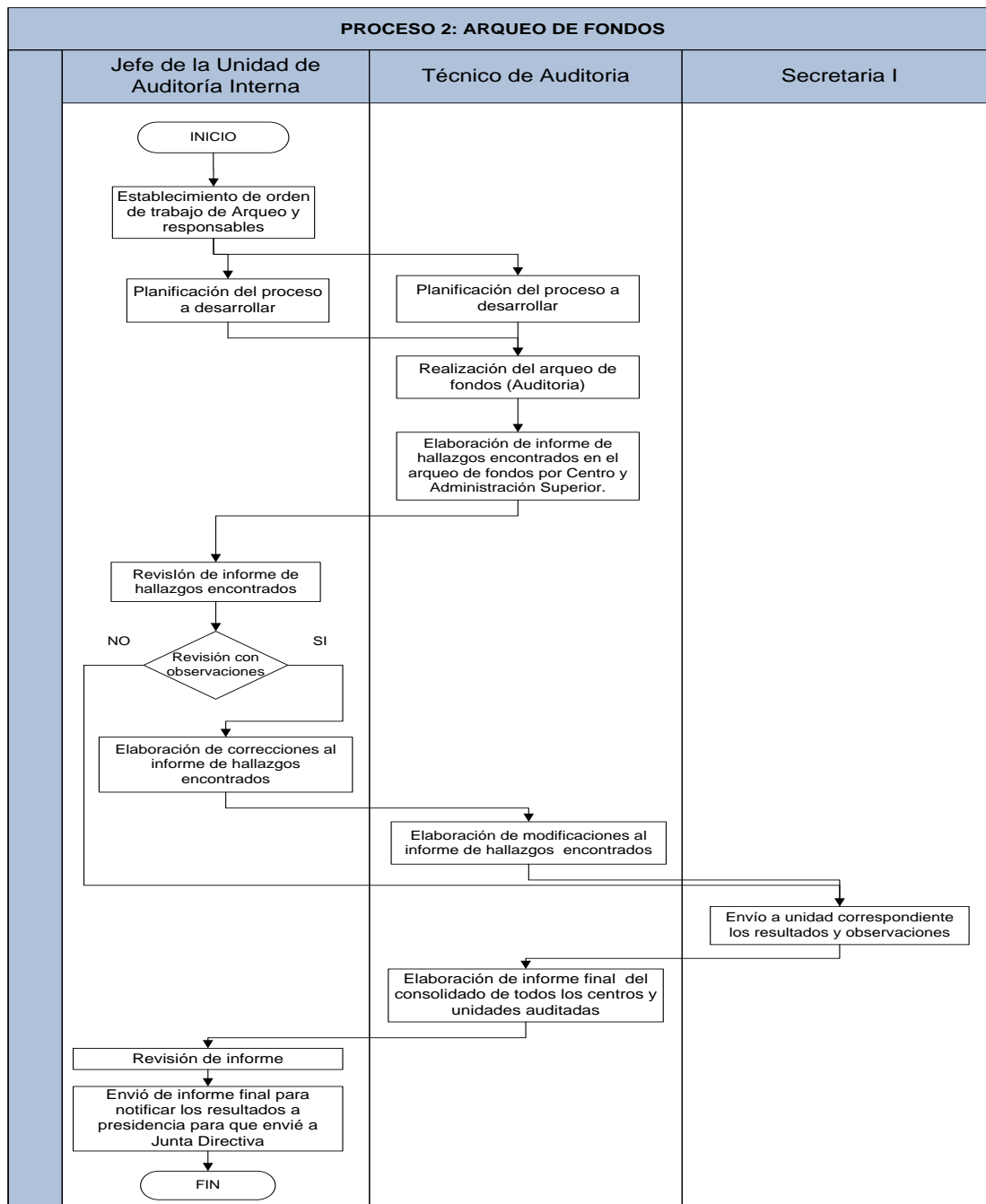
Este procedimiento consiste en efectuar el control Interno para el manejo de los fondos, que estos se aseguran su adecuada custodia y utilización, a partir de la realización de las siguientes actividades: verificar la existencia y exactitud del efectivo, verificar los documentos de valor y cupones de combustible custodiados, resguardar los fondos, formas, valores y cupones de combustible. Controlar la utilización adecuada de las formas utilizadas para los ingresos y gastos en fondos. Finalizando con la verificación del cumplimiento de normas y políticas para su control y salvaguarda.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	72 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

73 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Cupones de Combustible
Caja Chica
Fondos en Documentos
Formas: Recibos de Ingresos, Cheques etc.
Informe de Arqueo de Fondos.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 71 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

74 de 404



3. ELABORACION DE EXAMENES ESPECIALES, P-01-003

1. OBJETIVO

Realizar auditorías a las Unidades del ISRI que lo requieran.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Auditoría Interna y la Unidad que sea auditada del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Técnico en Auditoría y la Secretaria I son los responsables de ejecutar las actividades que buscan efectuar la auditoria en las diferentes Unidades del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar auditorías a las diferentes unidades del Instituto, estas pueden ser parte del plan de trabajo de la unidad o ser realizadas a petición de la Presidencia o Gerencia Administrativa. Algunos de los exámenes especiales que se realizan son: Seguimiento al presupuesto Institucional, auditorias a las unidades del ISRI, seguimiento a Auditorias Anteriores y los requerimientos especiales de Junta Directiva o Presidencia

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

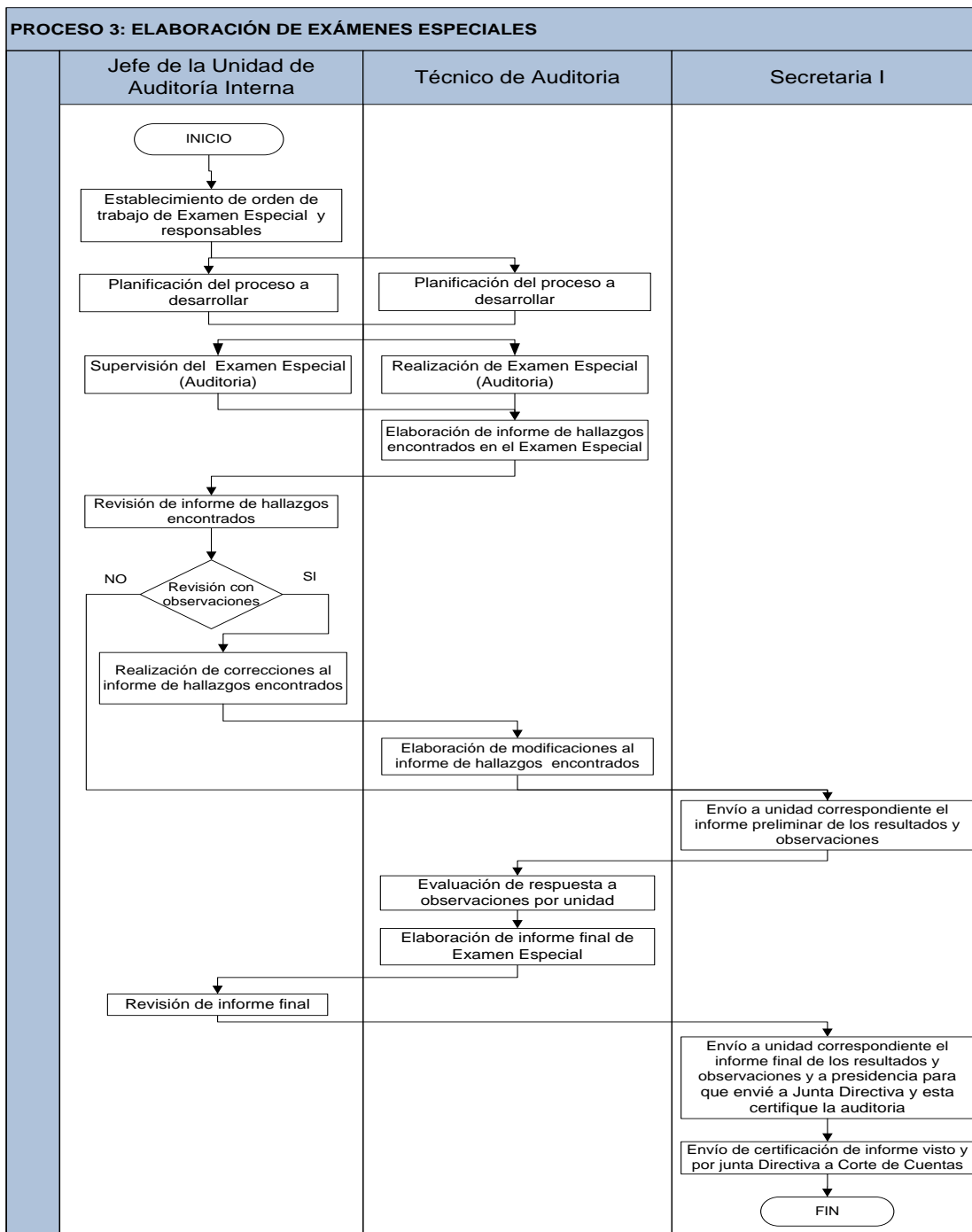
ENERO 2012

FEBRERO 2012

75 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

76 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Procesos de la Unidad Auditada
Registros y Documentos de la Unidad Auditada
Informe de Examen especial

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 73 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

77 de 404



4. SEGUIMIENTO DE EXAMENES ESPECIALES, P-01-004

1. OBJETIVO

Supervisar los exámenes especiales a realizar.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Auditoría Interna y la Unidad que será auditada del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Técnico en Auditoría y la Secretaria I son los responsables de ejecutar las actividades que persiguen dar el seguimiento a los exámenes especiales a realizar por la Unidad.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en efectuar la supervisión de los exámenes especiales que realizara la Unidad de Auditorías a las diferentes unidades del Instituto, para ello se realizan las siguientes actividades: se planifica la supervisión a desarrollar, se realiza el examen especial, elaborando la matriz de recomendaciones y observaciones encontradas, se revisa la matriz, se envía a la Unidad auditada, se evalúa la respuesta a las recomendaciones encontradas finalizando con la elaboración del Informe final del seguimiento del examen especial.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

78 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

79 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Matriz de recomendaciones y observaciones
Informe Final de Seguimiento de Examen especial

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

80 de 404



2. UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA

1. ASESORIAS, P-04-001

1. OBJETIVO

Realizar las asesorías necesarias en materia legal a las Unidades del ISRI que lo requieran.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Asesoría Jurídica del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica es el responsable de asesorar en materia legal a las Unidades del ISRI que lo requieran.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en asesorar relativo a los aspectos legales sobre la actividad de la Institución tanto en las Gerencias como a las diferentes dependencias de la Institución. Para realizar este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se analizan las solicitudes de asesorías de las diferentes unidades dentro de la institución, se elabora la propuesta a solicitudes finalizando con la determinación de la resolución de las solicitudes.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

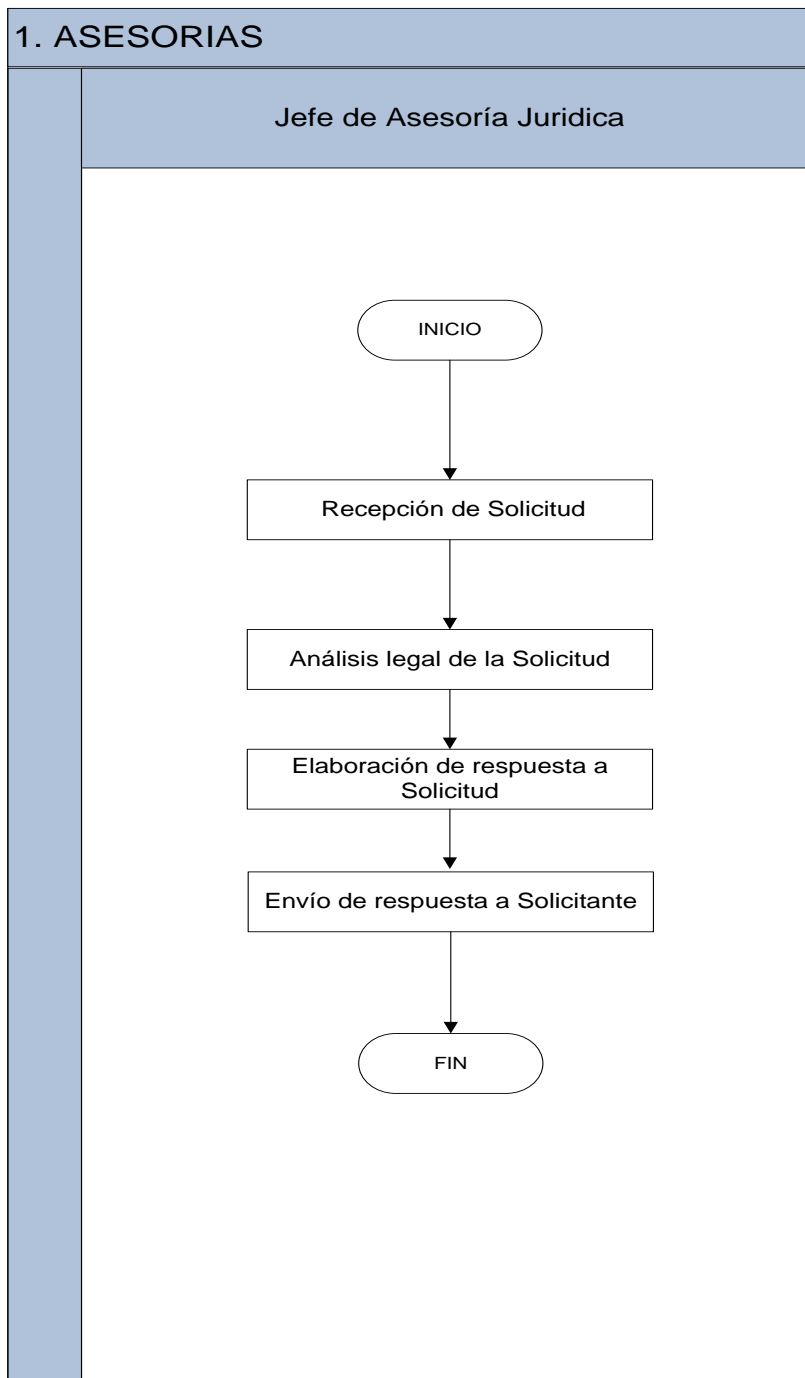
ENERO 2012

FEBRERO 2012

81 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

82 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Asesoría

Resolución de Solicitud de Asesoría

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

83 de 404



2. DILIGENCIAS EXTRAJUDICIALES, P-04-002

1. OBJETIVO

Realizar las diligencias extrajudiciales que involucre a la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Asesoría Jurídica del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica y el Técnico Jurídico son los responsables de ejecutar las actividades competentes a las diligencias extrajudiciales que involucren a la Institución.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar diligencias que sean asignadas por orden de la Gerencia Administrativa para intervenir en algún caso legal específico, además de las diligencias jurídicas oficiales. Para lograr este propósito se realizan las siguientes actividades: se analizan las solicitudes de intervenciones internas y externas se gestionan finalizando con la resolución a dicha intervención legal.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

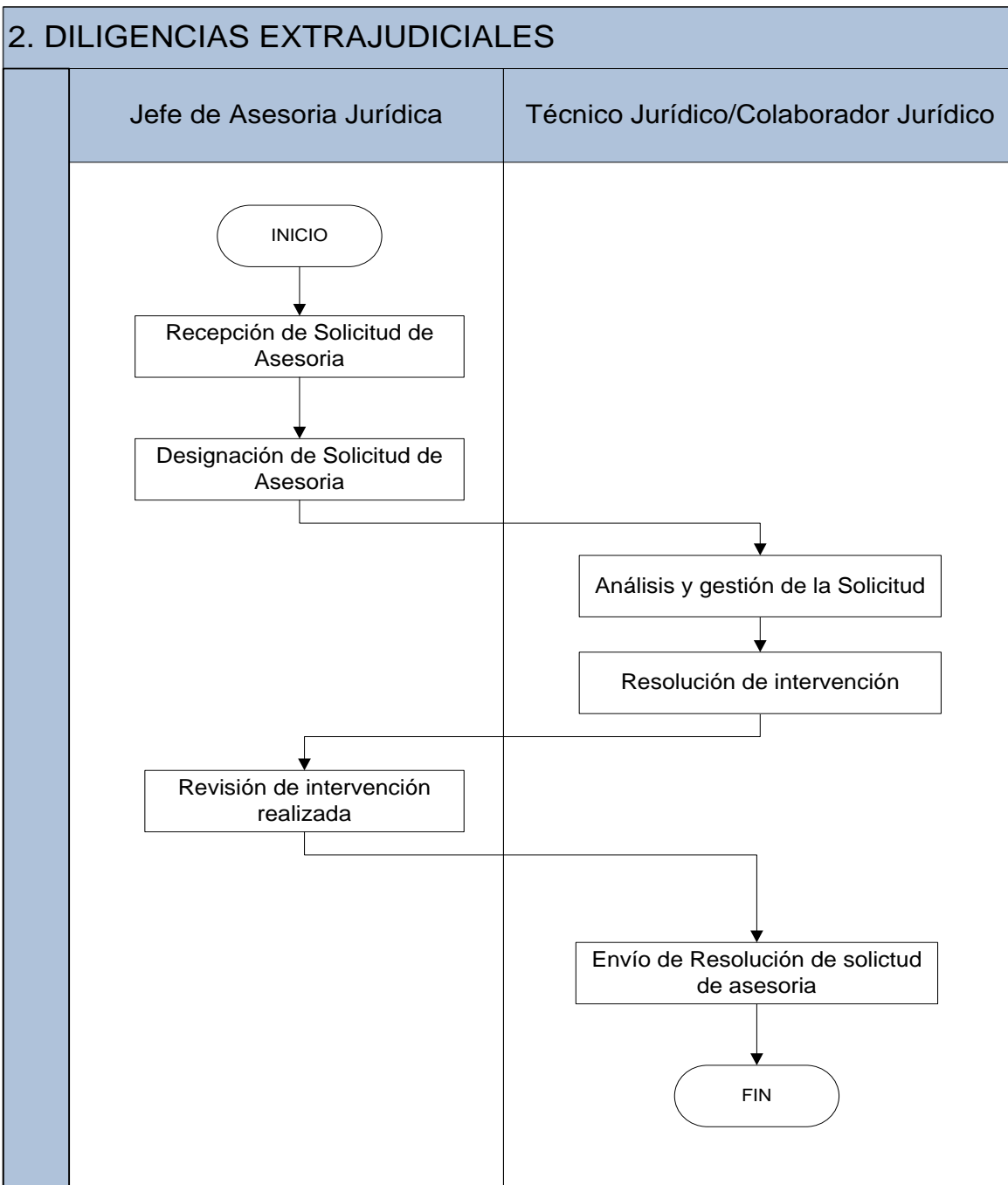
ENERO 2012

FEBRERO 2012

84 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

85 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Intervención Interna y Externa

Resolución de Intervención

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de tiempo invertido en diligencias Extrajudiciales

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Horas utilizadas en diligencias extrajudiciales al mes}}{\text{Total de horas laborales al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 25 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

Observación: este indicador permitirá identificar el tiempo que se invierte mensualmente en diligencias que no son de materia jurídica propiamente, en relación al tiempo total laboral del personal el cual no debería ser mayor al 25%, pues se invertirá menos tiempo en otros procedimientos que son la razón de ser del departamento como lo son las asesorías y la intervención de asuntos judiciales de la institución.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es mayor al valor máximo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

86 de 404



3. PROMOCION SEGUIMIENTO Y FINALIZACION DE JUICIOS, P-04-003

1. OBJETIVO

Realizar el seguimiento de los Juicios en los cuales está involucrada la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Asesoría Jurídica del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica y el Técnico Jurídico son los responsables de realizar la promoción, seguimiento y finalización de juicios en los cuales esté involucrado el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en desarrollar, evaluar y dar seguimiento a los Juicios en los que está involucrada la Institución. Para realizar este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se realizan las evaluaciones de casos, se Recolectan las pruebas, se elaboran las propuestas de procedencia, finalizando con la promoción y seguimiento de los casos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

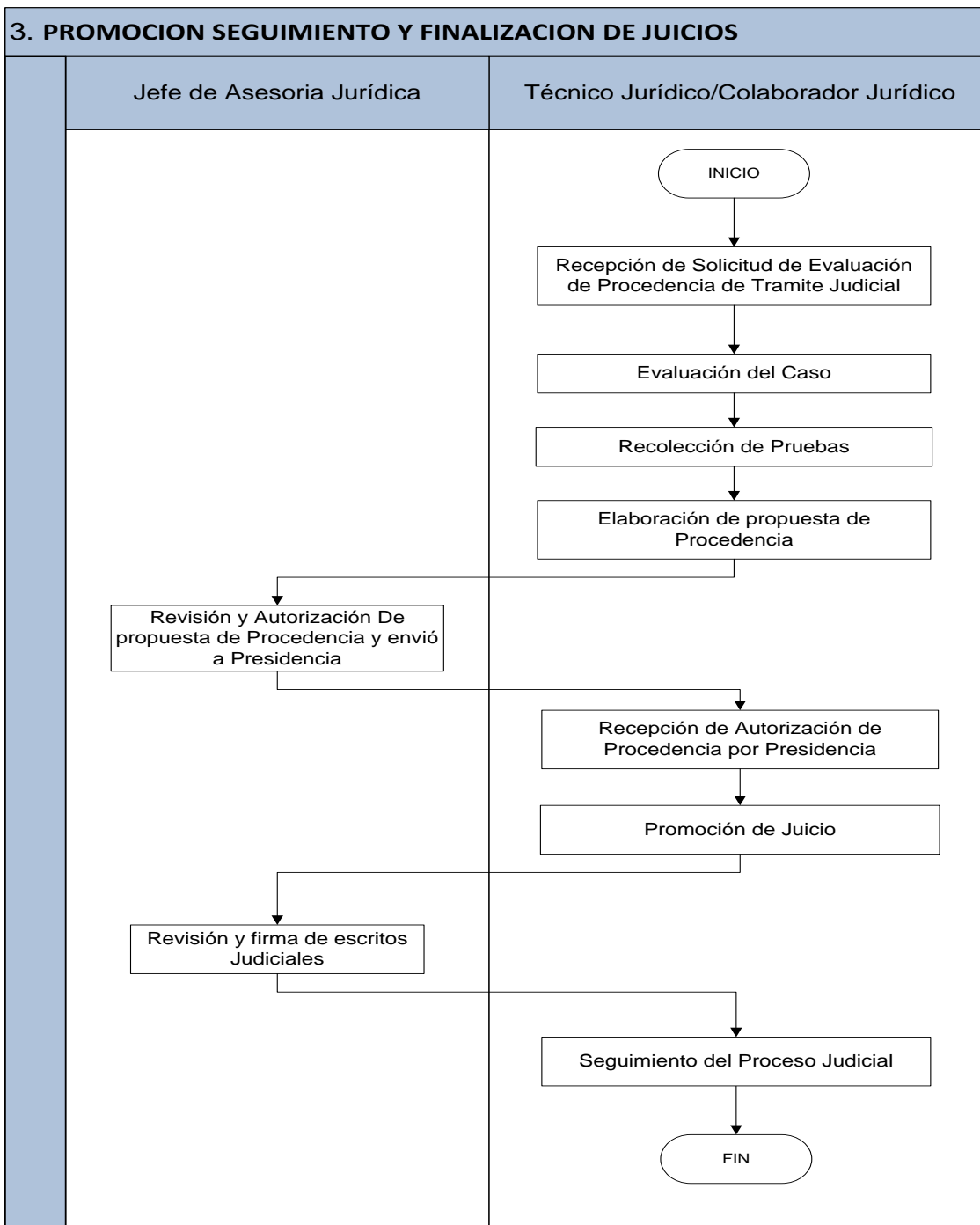
ENERO 2012

FEBRERO 2012

87 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

88 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Evaluación de Procedencia

Resolución de Procedencia

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Juicios Favorables al ISRI

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Juicios Favorables al ISRI al año}}{\text{Total de Juicios Realizados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

Observación: este indicador permitirá identificar la efectividad que tiene el departamento jurídico en el desarrollo y finalización de los juicios de la Institución, se aplicara anualmente debido al tiempo que incurren los procedimientos judiciales, el valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que todos los juicios realizados en el año fuero a favor de la institución representando un excelente desempeño del personal en materia jurídica, el valor mínimo de 75% corresponde al porcentaje permisible de juicios que deben ser favorables a la Institución en el año.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

89 de 404



4. ELABORACION DE CONTRATOS. P-04-004

1. OBJETIVO

Elaborar los contratos que requiera la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Asesoría Jurídica y las Unidades Involucradas en el Contrato del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica y el Técnico Jurídico son los responsables de realizar la elaboración de los Contratos que se necesiten en el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la elaboración de los contratos con la base legal correspondiente para el nuevo personal contratado por la institución. Para la elaboración de Contratos se ejecutan las siguientes actividades, se revisa la documentación relacionada al contrato, se elabora el Contrato de acuerdo a los requerimientos o condiciones, se valida el contrato mediante las firmas de los involucrados para legalizarlo.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

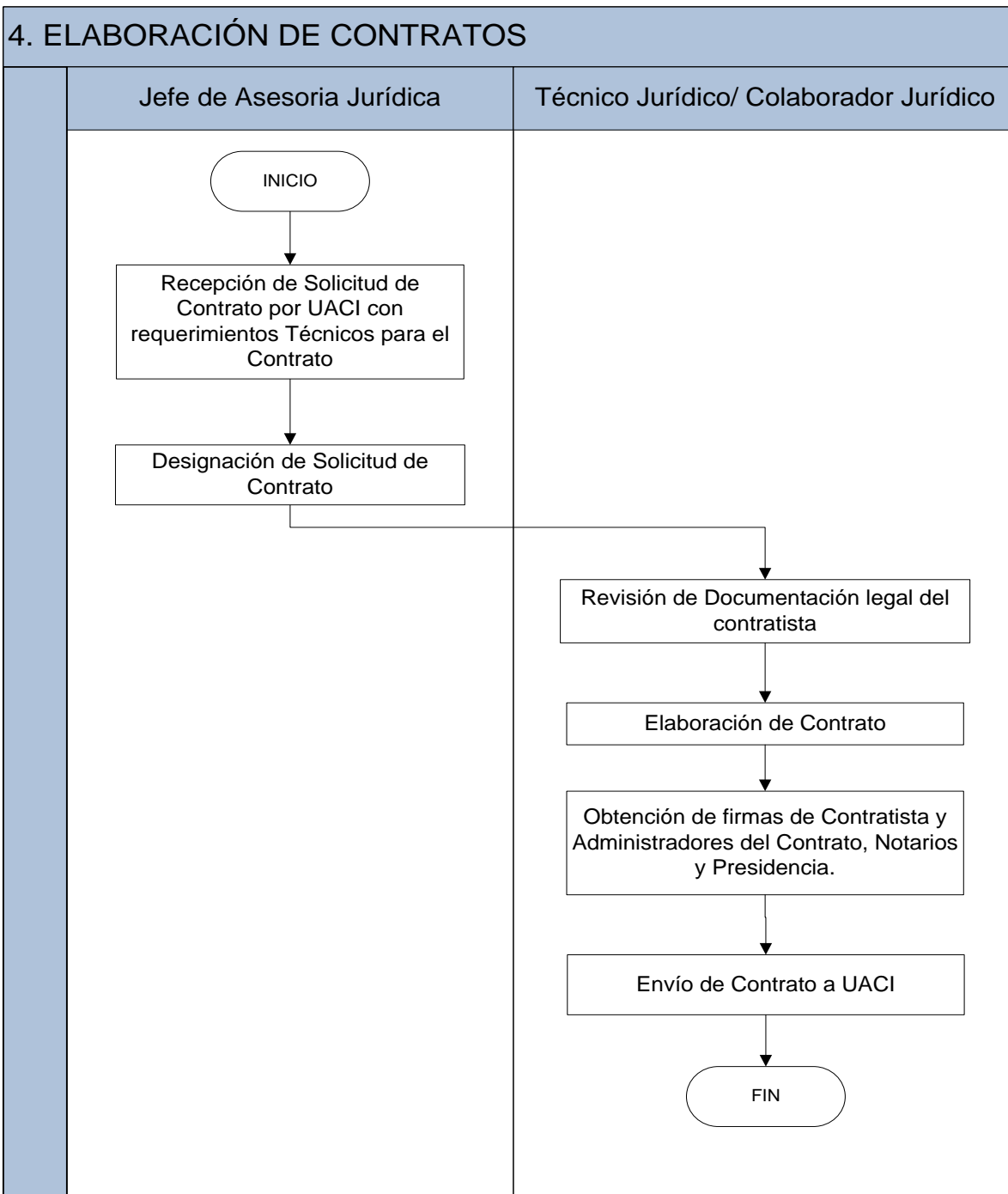
ENERO 2012

FEBRERO 2012

90 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

91 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Contrato con requerimientos técnicos

Contrato

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

92 de 404



5. REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL. P-04-005

1. OBJETIVO

Representar judicial y extrajudicialmente al ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Asesoría Jurídica del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica y el Técnico Jurídico son los responsables representar a la Institución en los aspectos jurídicos en los que esté involucrada.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

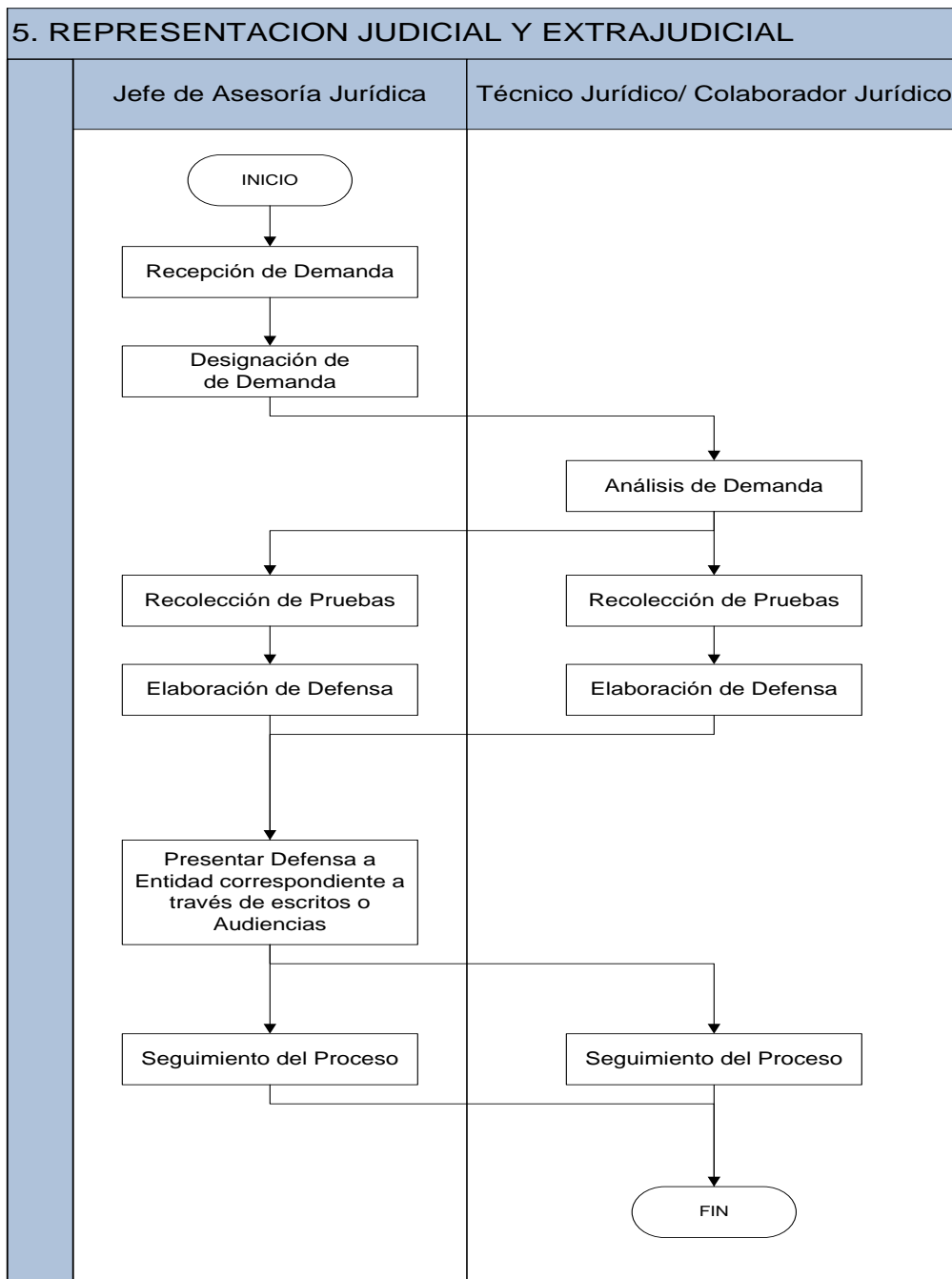
Este procedimiento consiste en representar a la institución en los aspectos jurídicos en los que se vea involucrado, analizando las demandas y elaborando defensas para las mismas. Para cumplir el objetivo de este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se analizan las demandas que se presentan, se recolectan las pruebas pertinentes del caso, finalizando con la elaboración y presentación de la defensa a dicha demanda.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	93 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

94 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de representación

Resolución de Defensa

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Representaciones Judiciales y Extrajudiciales

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Representaciones con valor agregado para la Institución trimestralmente}}{\text{Cantidad de Representaciones realizadas trimestralmente}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

Observación: este indicador permitirá identificar qué porcentaje de las representaciones realizadas en el periodo de cada trimestre han aportado valor agregado a la institución ya sea en el desarrollo de los servicios de rehabilitación o en el desarrollo de actividades necesarias para que se dé la prestación de los servicios. El personal del área jurídica puede representar al ISRI en diferentes situaciones tales como asistencia en convenios, capacitaciones, eventos relacionados con la rehabilitación etc., en los cuales se puede identificar cuales aportan valor a la institución. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que todas la representaciones realizadas en el periodo han aportado valor a la institución, el valor mínimo de 75% corresponde al porcentaje permisible de todas las representaciones realizadas que deben aportar valor para la institución.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

95 de 404



3. UNIDAD DE PLANIFICACION ESTRATEGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

1. ELABORACION DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL ISRI. P-02-001

1. OBJETIVO

Elaborar el Plan Anual de Trabajo del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación son los encargados de elaborar el Plan Anual de Trabajo de la Institución.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El propósito de este procedimiento es obtener el Plan Anual de Trabajo del ISRI, el cual es el consolidado de todos los planes de trabajo de cada una de las dependencias del ISRI, en el cual están reflejados las metas anuales a obtener en cada unidad; así como las estrategias a utilizar en congruencia a las líneas estratégicas del Plan de Gobierno cumpliendo así la razón de ser del ISRI.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

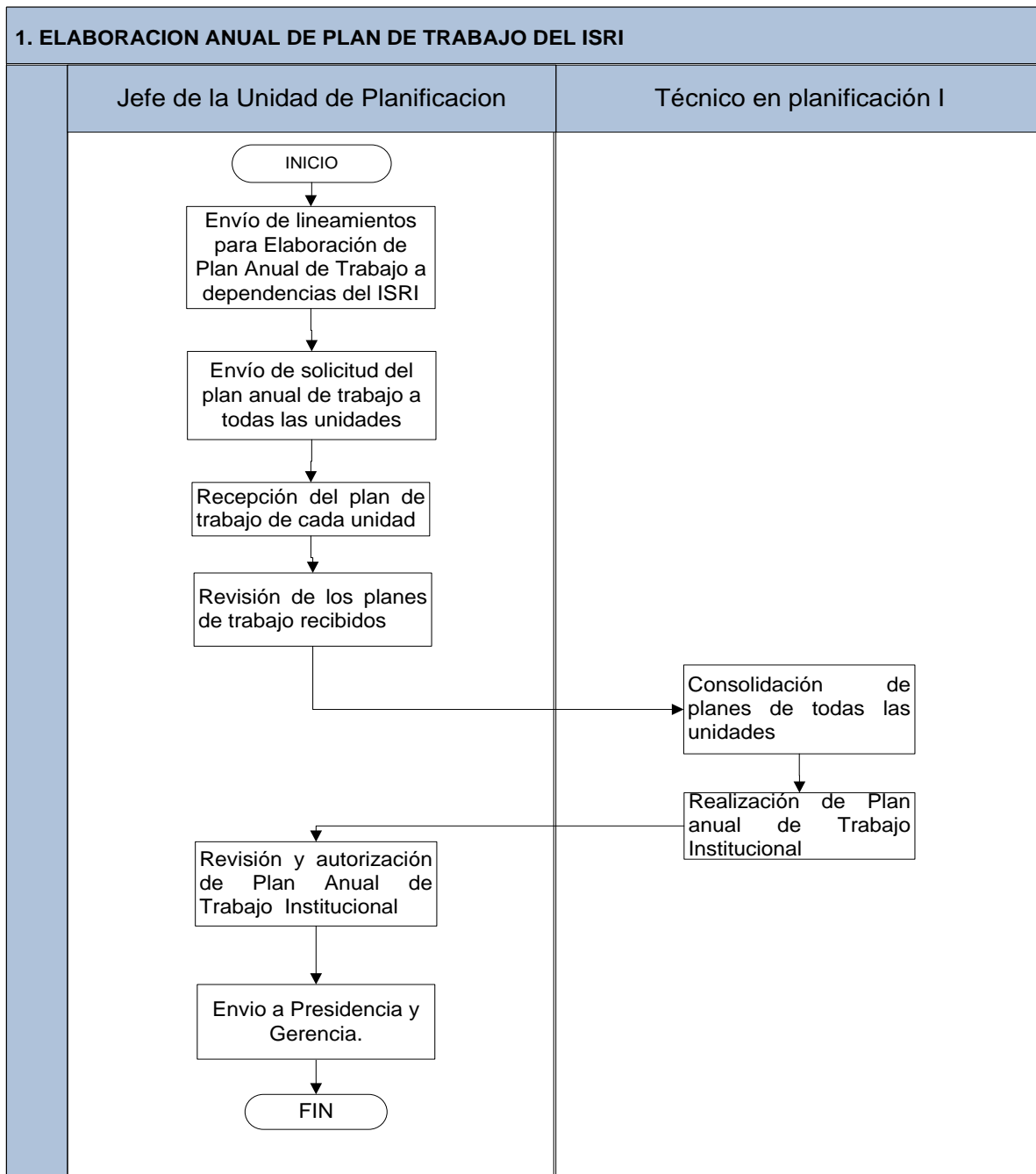
ENERO 2012

FEBRERO 2012

96 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

97 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Planes de Trabajo de las Unidades del ISRI

Plan Anual de Trabajo del ISRI

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

98 de 404



2. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO. P-02-002

1. OBJETIVO

Realizar el seguimiento y evaluación del Plan Anual de Trabajo del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación son los encargados de realizar el seguimiento y evaluación del Plan Anual de Trabajo de la Institución.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El objetivo del seguimiento y evaluación del Plan Anual de Trabajo del ISRI es la supervisión mensual del plan, revisando lo programado versus lo realizado concernientes a las metas planteadas por cada dependencia del ISRI, analizando la información y formulando las sugerencias en base a los hallazgos encontrados en base al análisis, para así mejorar la ejecución del Plan Anual de Trabajo del ISRI.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

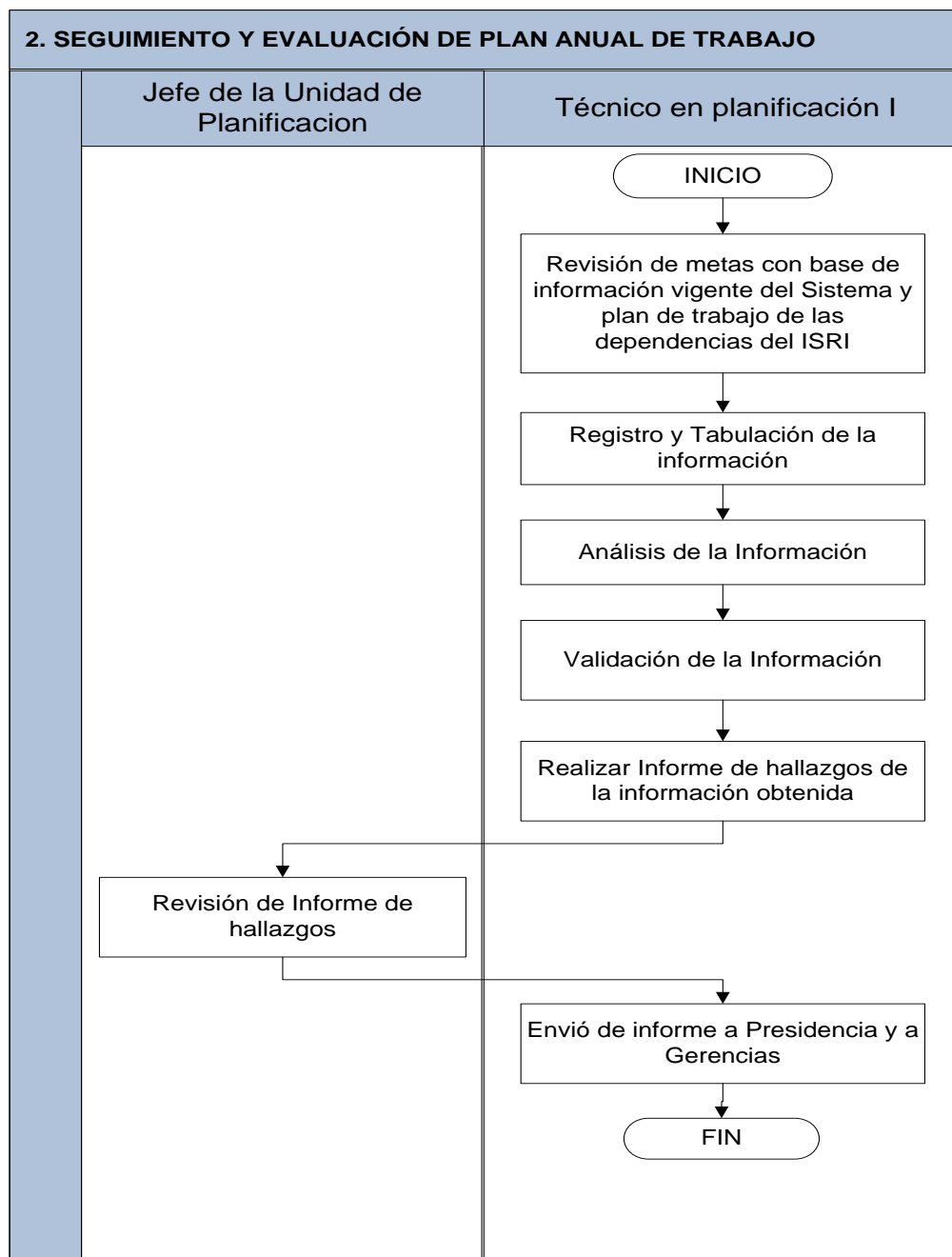
ENERO 2012

FEBRERO 2012

99 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

100 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Información del Sistema

Plan Anual de Trabajo

Informe de Evaluación y seguimiento del Plan Anual de Trabajo

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Seguimiento y Evaluación de Centros

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Centros Verificados trimestralmente}}{\text{Cantidad de Centros Programados trimestralmente}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

Observación: este indicador permitirá controlar el número de centros que son verificados en relación al desarrollo del plan anual de trabajo. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que se cumplió con la verificación de todos los centros programados en el periodo, el valor mínimo de 67% corresponde al porcentaje permisible de los centros verificados en el periodo, lo cual se interpreta que se cumplió parcialmente con la verificación de acuerdo a la programación establecido.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	101 de 404



3. SUPERVISION DEL USO DEL SISTEMA DE CONTROL DE LA GESTION TECNICA A CENTROS DE ATENCION. P-02-003

1. OBJETIVO

Supervisar trimestralmente el cumplimiento de metas en cada Centro de Atención del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todos los Centros de Atención que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

Los Técnicos en Planificación I, con el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar el seguimiento trimestral del cumplimiento de Metas en los Centros de atención del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El Control de la Gestión Técnica de los Centros de Atención tiene como finalidad la supervisión trimestral del cumplimiento de metas de cada Centro de atención reflejada en el Informe Trimestral de cumplimiento de metas, utilizando el Sistema de Control de Gestión del ISRI en el cual se hace una análisis de los reportes de los Portafolios de Servicios de cada Centro de Atención para así poder elaborar el informe Trimestral.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

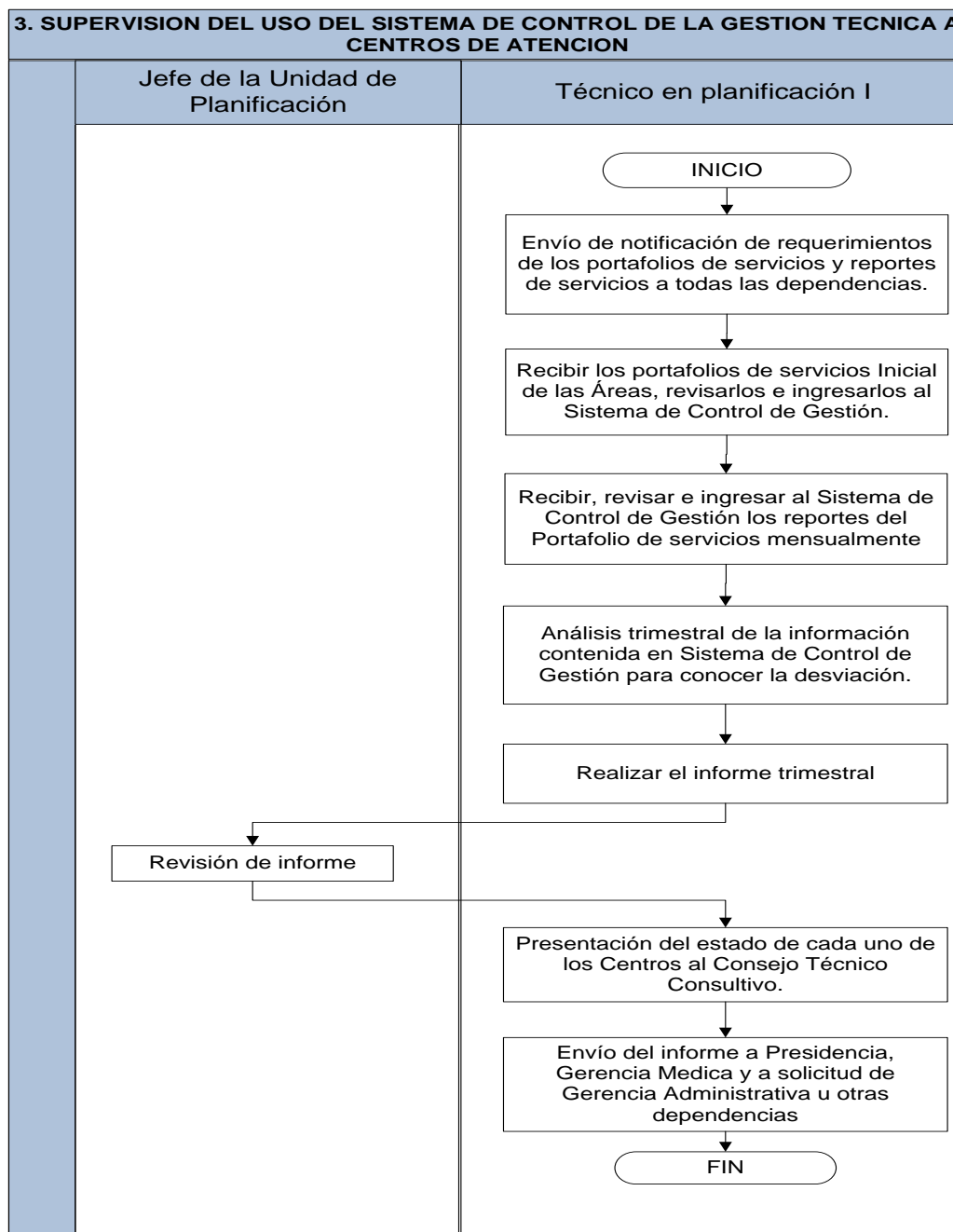
ENERO 2012

FEBRERO 2012

102 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

103 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Los registros son digitales, en los cuales se ingresa la información en el Sistema de Control de la Gestión Técnica a los Centros de Atención UTEC.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

104 de 404



4. SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS MÉDICOS BASADOS EN LA NORMA ESDOMED. P-02-004

1. OBJETIVO

Supervisar el manejo de Estadísticas en cada Centro de Atención del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todos los Centros de Atención que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

Los Técnicos Administrativos I con el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar la supervisión del manejo de estadísticas en los Centros de atención del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

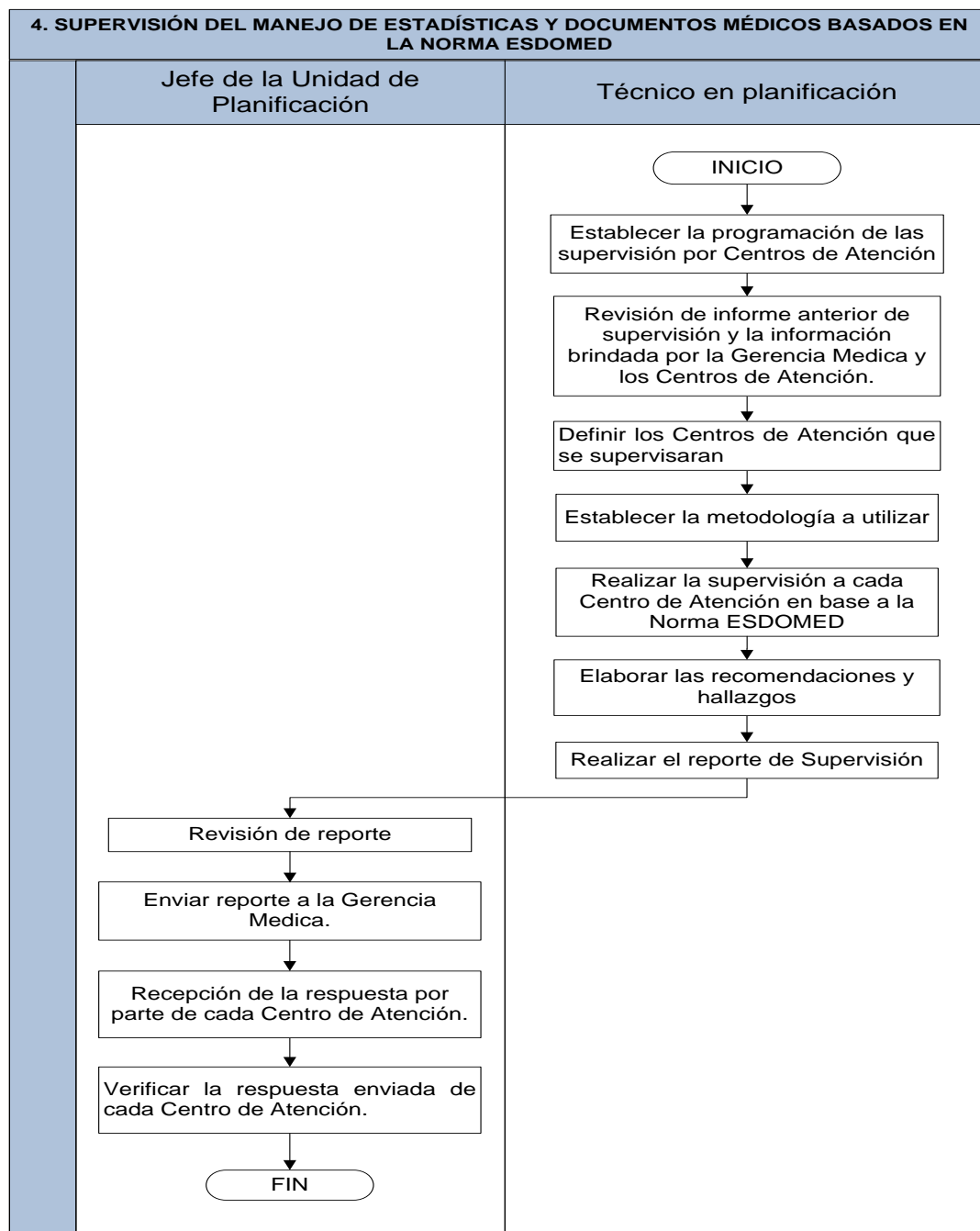
La supervisión del Manejo de Estadísticas persigue mejorar el manejo de las estadísticas a través de la realización de supervisiones utilizando las estrategias necesarias en las áreas de los Centros de Atención, finalizando con la elaboración de un reporte de Supervisión donde están reflejados los hallazgos y recomendaciones de la supervisión del manejo de estadísticas y documentos médicos basados en la Norma SDOMED.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	105 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

106 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Reportes de Supervisión anteriores
Informe de Supervisión de Aplicación de la Normativa ESDOMED.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

107 de 404



5. REVISION DEL SISTEMA DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA Y GESTION TECNICA. P-02-005

1. OBJETIVO

Supervisar el uso adecuado del Sistema de Información de Epidemiología y Gestión Técnica en Centro de Atención del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todos los Centros de Atención que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

Los Técnicos Administrativos I con el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar la revisión del uso adecuado del Sistema de Información Epidemiológica y Gestión Técnica en los Centros de atención del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

La revisión del Sistema de Información Epidemiológica y Gestión Técnica persigue mejorar el manejo de las estadísticas a través de la realización de supervisiones utilizando las estrategias necesarias en las áreas de los Centros de Atención, finalizando con la elaboración de un reporte de Supervisión donde están reflejados los hallazgos y recomendaciones de la supervisión del manejo de estadísticas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

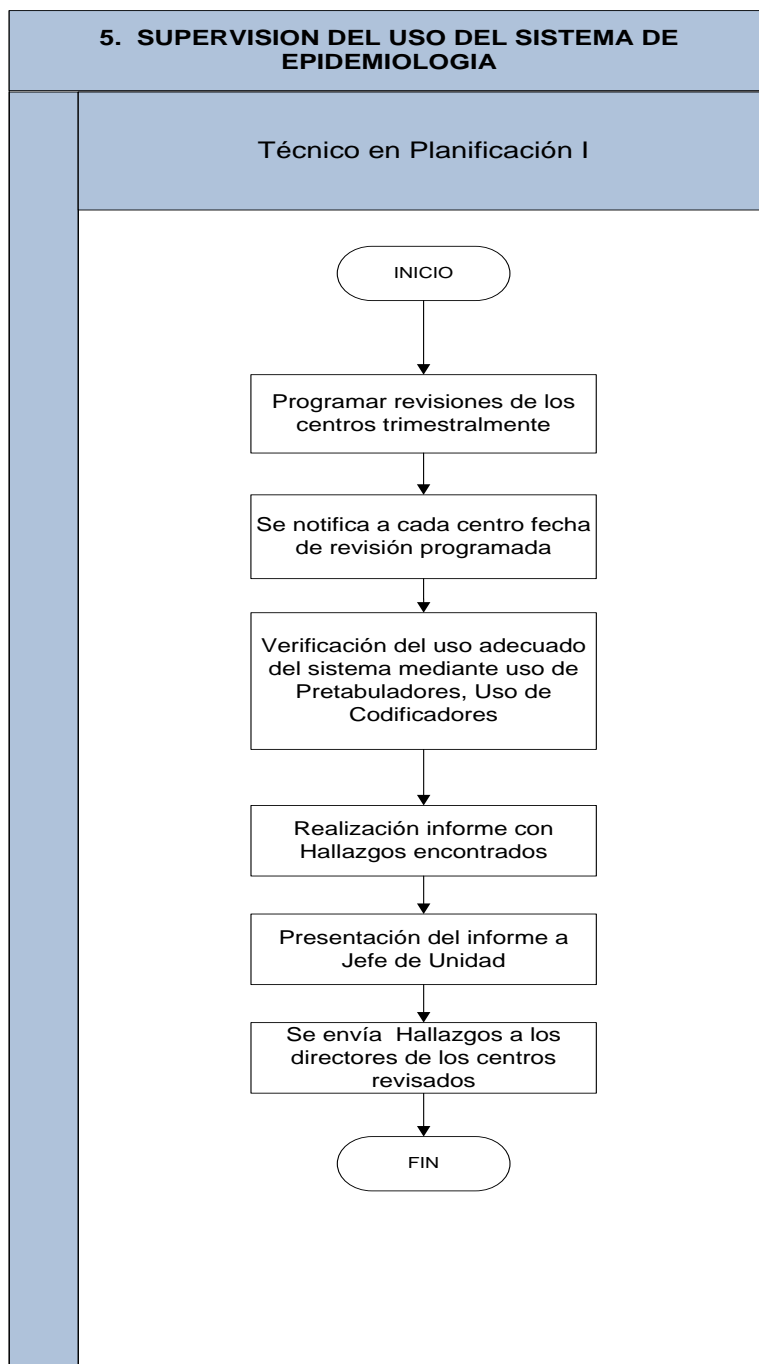
ENERO 2012

FEBRERO 2012

108 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

109 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Los registros son digitales, en los cuales se ingresa la información en el Sistema de Control de la Gestión Técnica a los Centros de Atención UTEC.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

110 de 404



6. VALORACION DE RIESGOS. P-02-006

1. OBJETIVO

Identificar, valorar y reducir los riesgos que se presentan en todas las Unidades que forman ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

Los Técnicos Administrativos I con el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar el seguimiento de la valoración de los Riesgos en cada Unidad del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El informe de valoración de riesgos en todas las Unidades del ISRI es el resultado de este procedimiento en el cual cada Unidad del ISRI ha identificado y valorado los riesgos existentes, para así dar seguimiento a través de las recomendaciones escritas en el informe de valoración de Riesgos y de esta forma disminuir los riesgos en la Institución.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

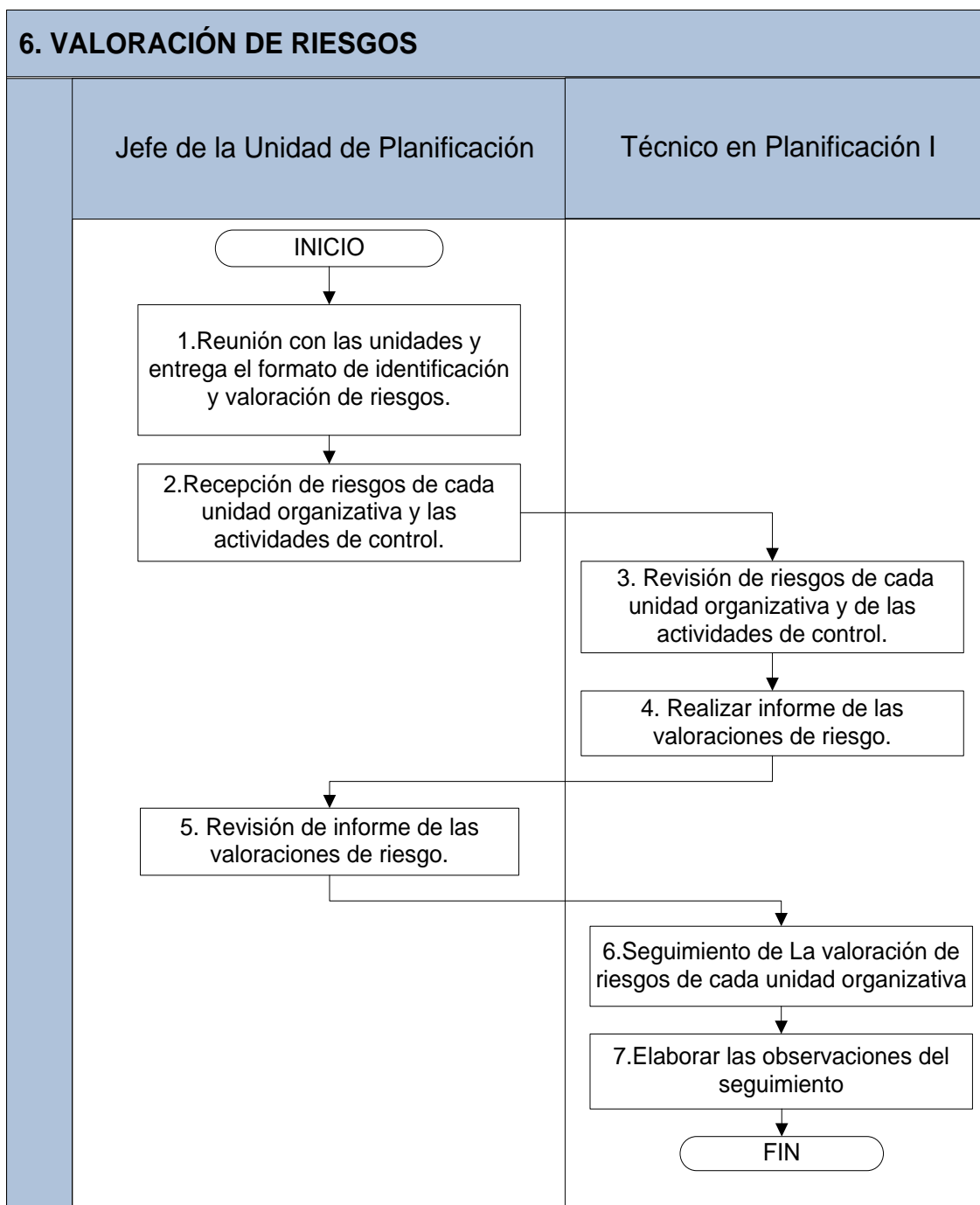
ENERO 2012

FEBRERO 2012

111 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

112 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Valoración de Riesgos.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

113 de 404



7. FORMULACION Y EVALUACION DE PROYECTOS DE INVERSION. P-02-007

1. OBJETIVO

Elaborar el Banco de Perfiles de Proyectos del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional es el encargado de elaborar el Banco de Proyectos del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El Banco de Perfiles de Proyectos es resultado de este procedimiento en el cual nace de las diferentes propuestas de Proyectos que han sido seleccionadas después de la revisión de todos los proyectos potenciales para su gestión, finalizado con la elaboración de los perfiles de los proyectos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

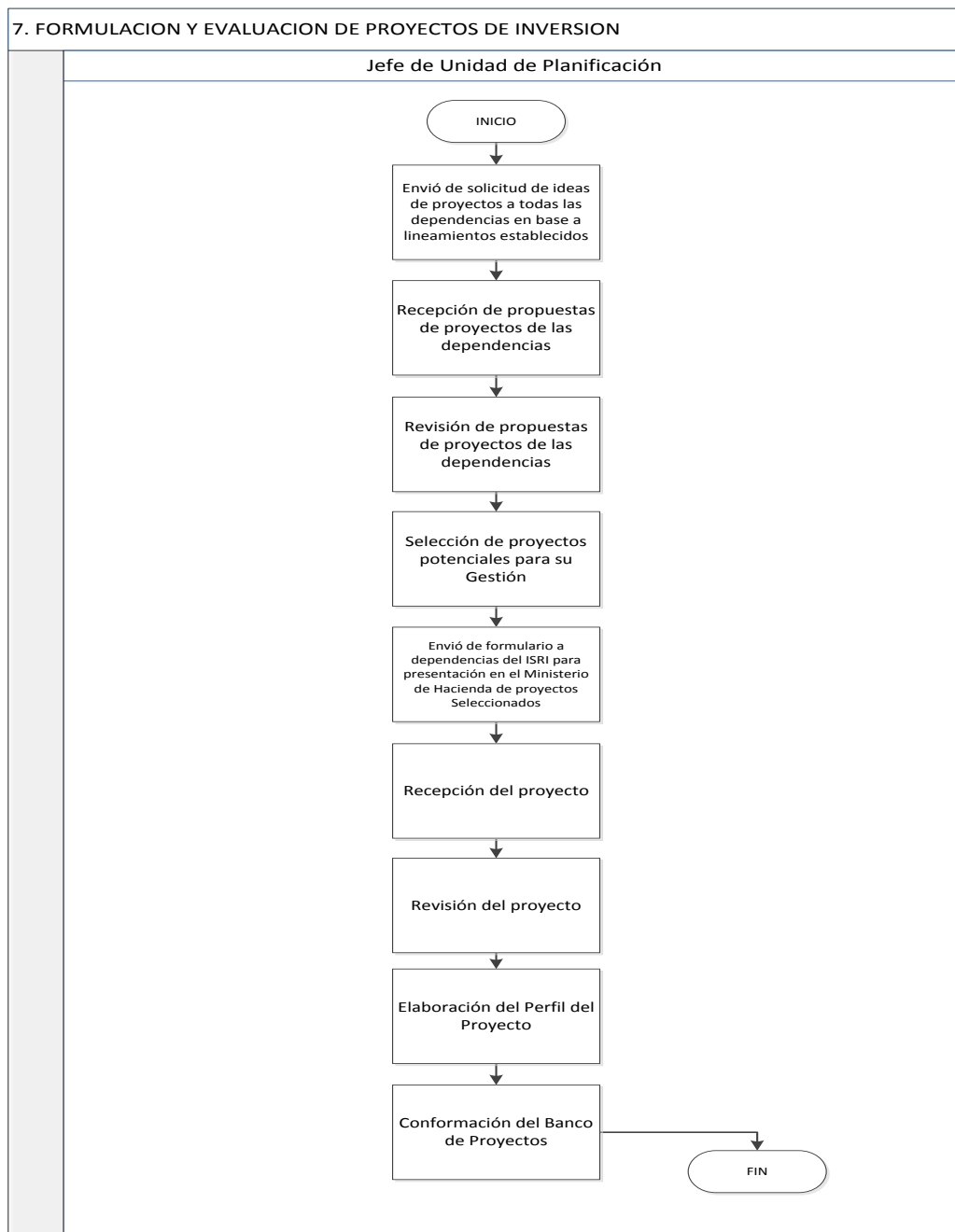
ENERO 2012

FEBRERO 2012

114 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

115 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Propuesta de Proyectos
Lineamientos del Ministerio de Hacienda
Banco de Perfiles de Proyectos.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 88 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

116 de 404



8. ELABORACION DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL. P-02-008

1. OBJETIVO

Elaborar el Plan Estratégico Institucional.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y todo el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de elaborar el Plan Estratégico del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

La finalidad de este procedimiento es la obtención del Plan estratégico Institucional el cual nace de la realización del Diagnostico Institucional en respuesta a la situación actual del ISRI obtenida a través de la evaluación del plan estratégico Institucional del año anterior.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

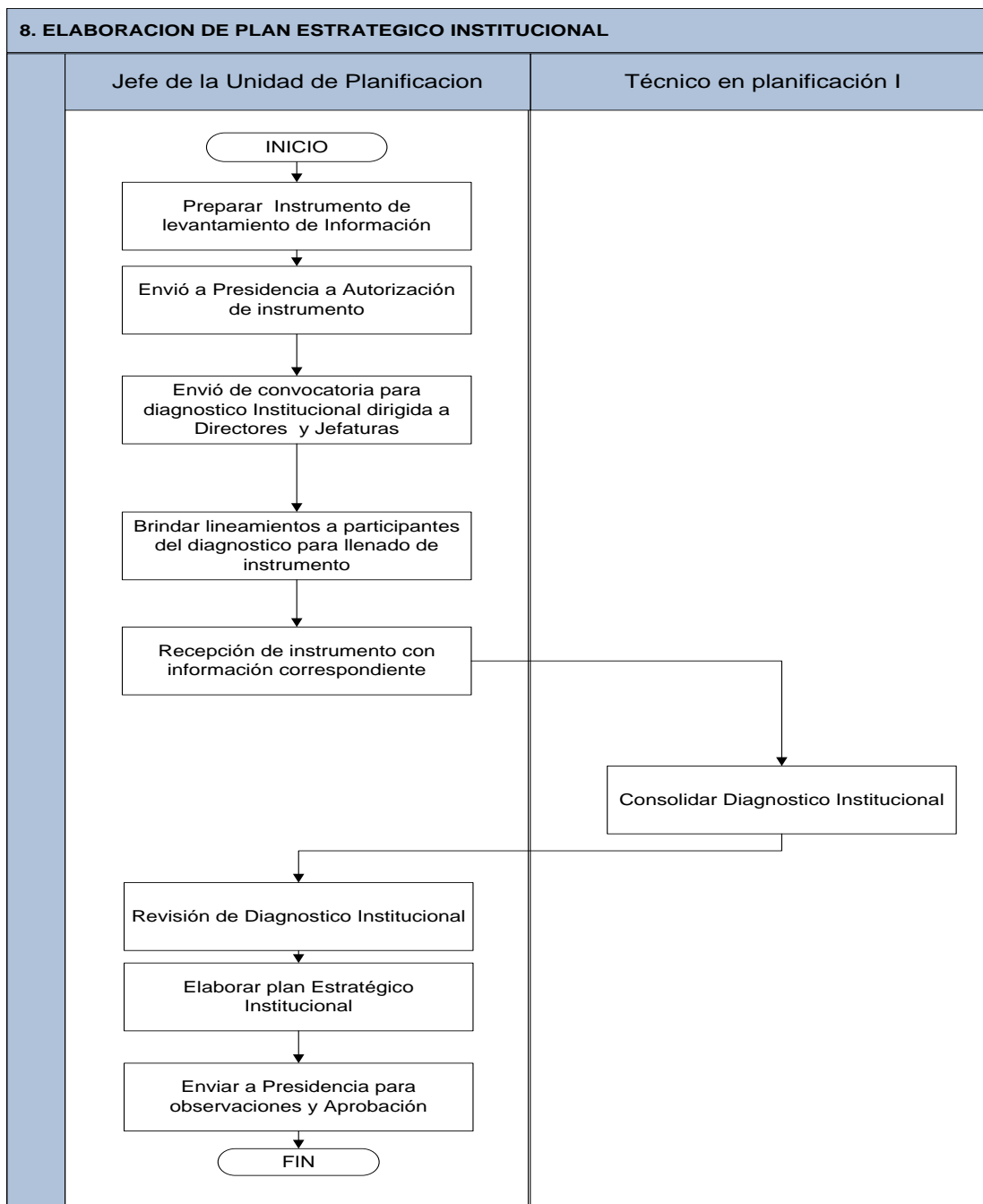
ENERO 2012

FEBRERO 2012

117 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

118 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Información de las diferentes Unidades del ISRI
Plan Estratégico Institucional

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

119 de 404



9. ELABORACION DE PROGRAMAS DE PREINVERSION. P-02-009

1. OBJETIVO

Elaborar el Programa de Pre inversión.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y todo el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de la elaboración de los Programas de Pre inversión del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

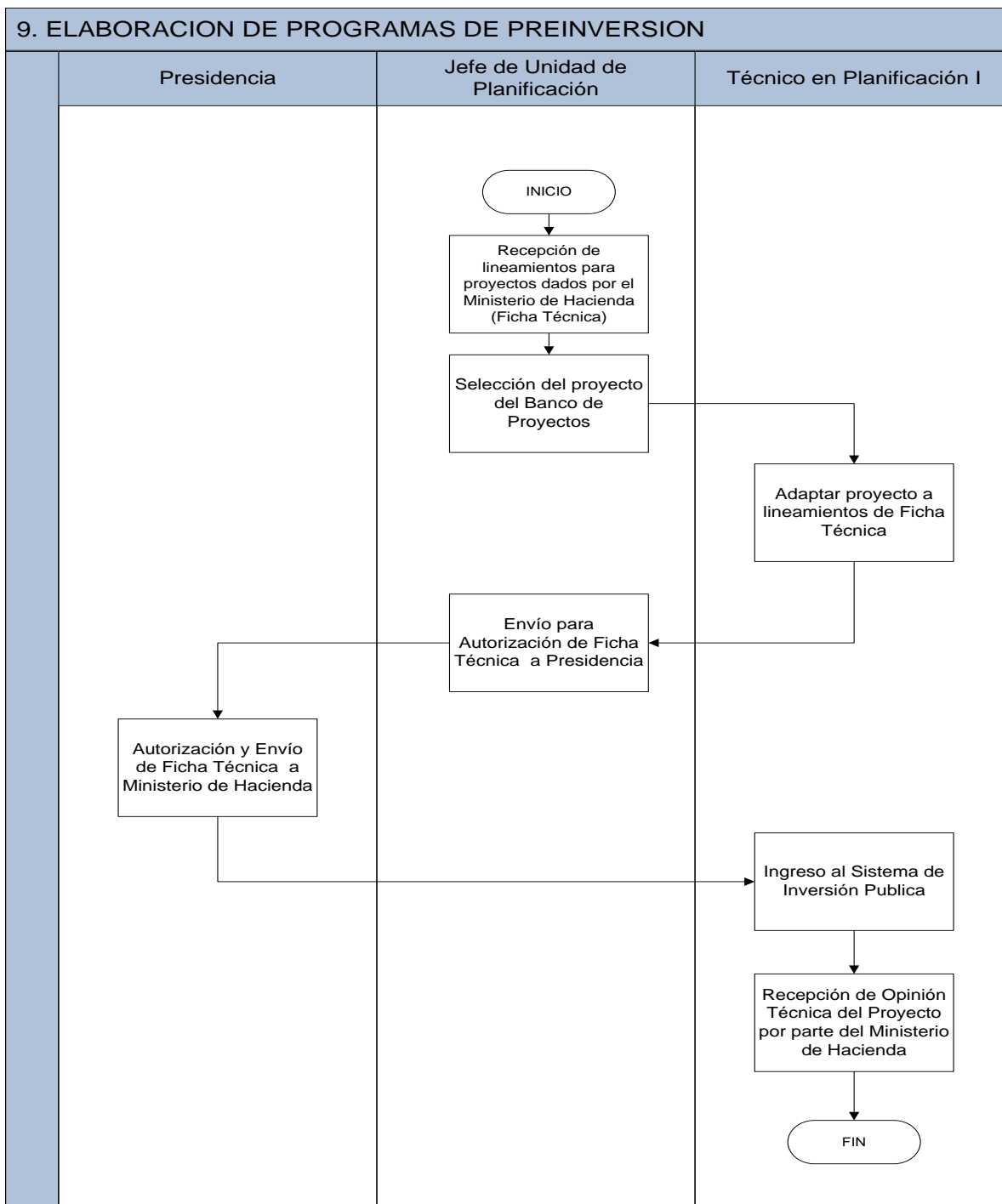
El programa de Pre inversión surge a partir de la selección de los proyectos contenidos en el Banco de Proyectos adaptándolos a los lineamientos de la ficha técnica para su aprobación en el Ministerio de Hacienda y el recibimiento de la opinión técnica por parte del Ministerio, todo esto siendo la finalidad del procedimiento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	120 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

121 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Información del Sistema
Plan Anual de Trabajo
Programas de Pre inversión

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

122 de 404



10. SEGUIMIENTO DE EJECUCION DE PROYECTOS. P-02-010

1. OBJETIVO

Realizar el seguimiento a la ejecución de los Proyectos Institucionales.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y todo el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar el seguimiento de la ejecución de los Proyectos desarrollados en el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El objetivo que persigue el seguimiento de la ejecución del proyecto es la verificación del grado de avance físico y financiero de la realización de los proyectos, remitiendo el informe del avance del Proyecto a la Dirección General de Crédito Público del Ministerio de Hacienda.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

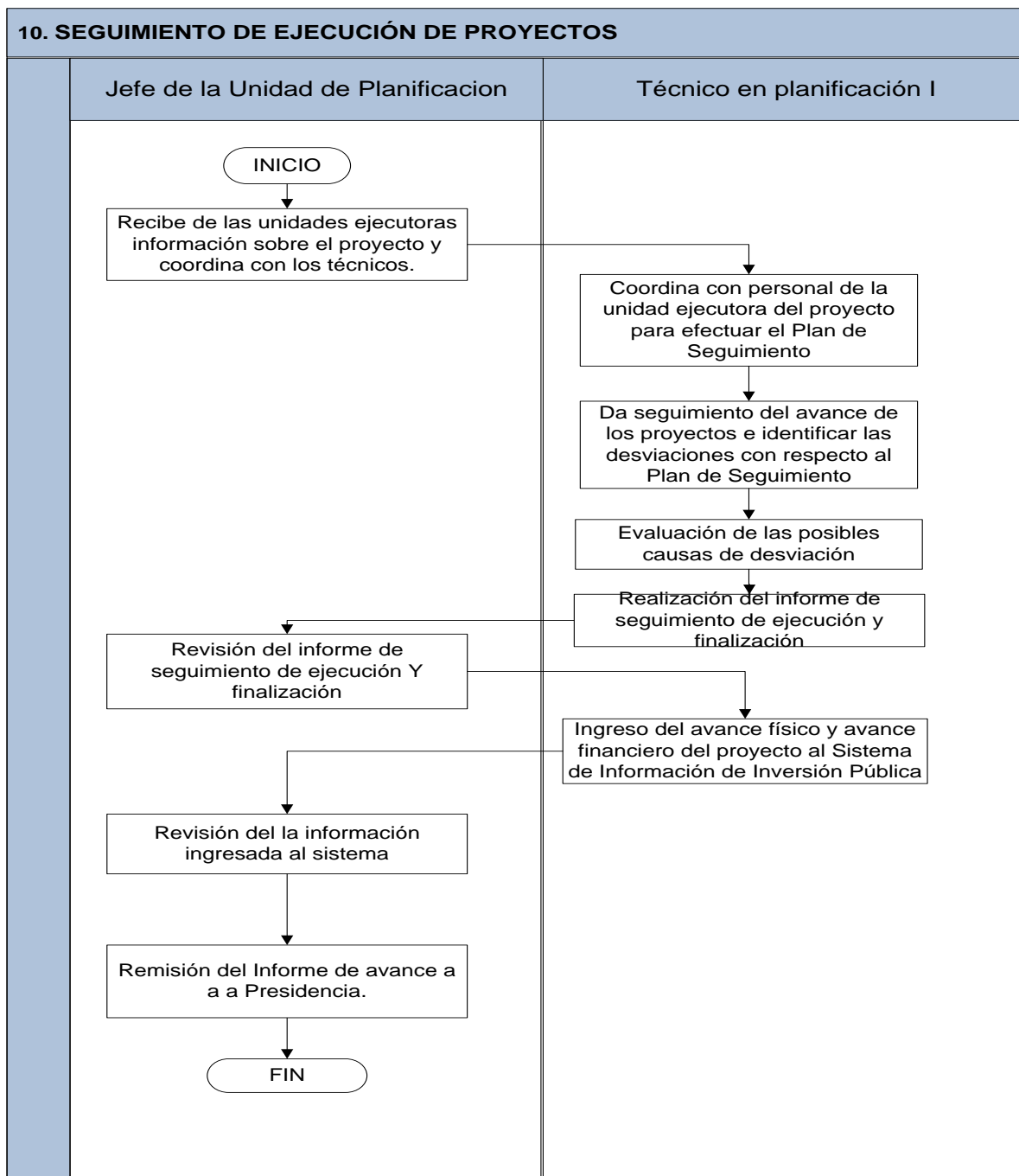
ENERO 2012

FEBRERO 2012

123 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

124 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Información de Unidades del ISRI

Informe de Seguimiento de Ejecución de Proyectos

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de proyectos

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de proyectos Ejecutados al año}}{\text{Cantidad de Proyectos Planificados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 60 %

Observación: este indicador permitirá controlar los proyectos ejecutados en relación a los proyectos que se planificados en el inicio de cada año. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que se ejecutaron todos los proyectos que fueron programados para ese periodo, el valor mínimo de 60% corresponde al porcentaje permisible de ejecución de los proyectos en determinado periodo, lo cual se interpreta que se cumplió parcialmente con el número de proyectos programados, lo cual marca la pauta para buscar los factores que incidieron para que no se ejecutaran dichos proyectos evaluando si serán descartados o considerados para el siguiente periodo.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

125 de 404



11. ESTUDIOS DE INVESTIGACION. P-02-011

1. OBJETIVO

Realizar el Informe de los Estudios de Investigación solicitados.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y todo el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar el seguimiento de la ejecución de los Proyectos desarrollados en el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El informe del estudio de investigación es el resultado de este procedimiento, el cual surge de la investigación realizada, autorizada ante la solicitud de la realización de la investigación, de la cual, los resultados se encuentran descritos en el informe del Estudio de investigación

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

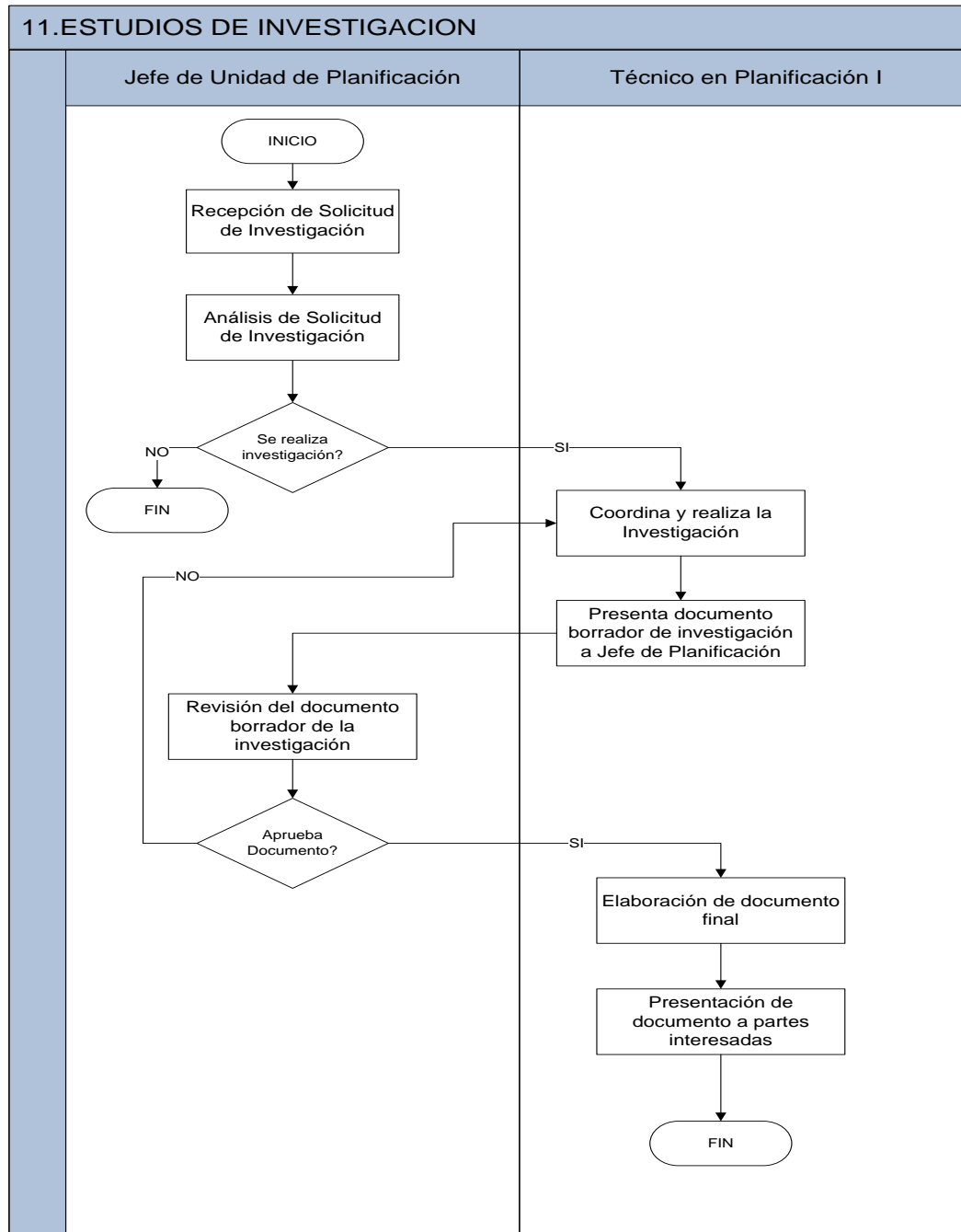
ENERO 2012

FEBRERO 2012

126 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

127 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Investigación

Estudio de Investigación

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Estudios de Investigación

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Estudios realizados al año}}{\text{Cantidad de Estudios planificados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 70 %

Observación: este indicador permitirá controlar la cantidad de estudios que se realizan en el año de acuerdo a los planificados, identificando si el desempeño en el área de investigación del ISRI fue efectiva durante dicho periodo aportando información y conocimientos prácticos y aplicables al quehacer de la institución. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que se realizaron todos los estudios planificados para ese periodo, el valor mínimo de 70% corresponde al porcentaje permisible de realización de los estudios de investigación anuales.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	128 de 404



12. REVISION DE NORMATIVA. P-02-012

1. OBJETIVO

Revisar la Normativa a petición de las Unidades del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y todo el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Planificación I y el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar la revisión de la Normativa del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El objetivo de este procedimiento es promover una revisión de la Normativa actual para obtener como resultado la propuesta de la Normativa aprobada, resultado de esta revisión, para terminar con la divulgación de esta para que sea de conocimiento de todo el personal involucrado y toda la Institución.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

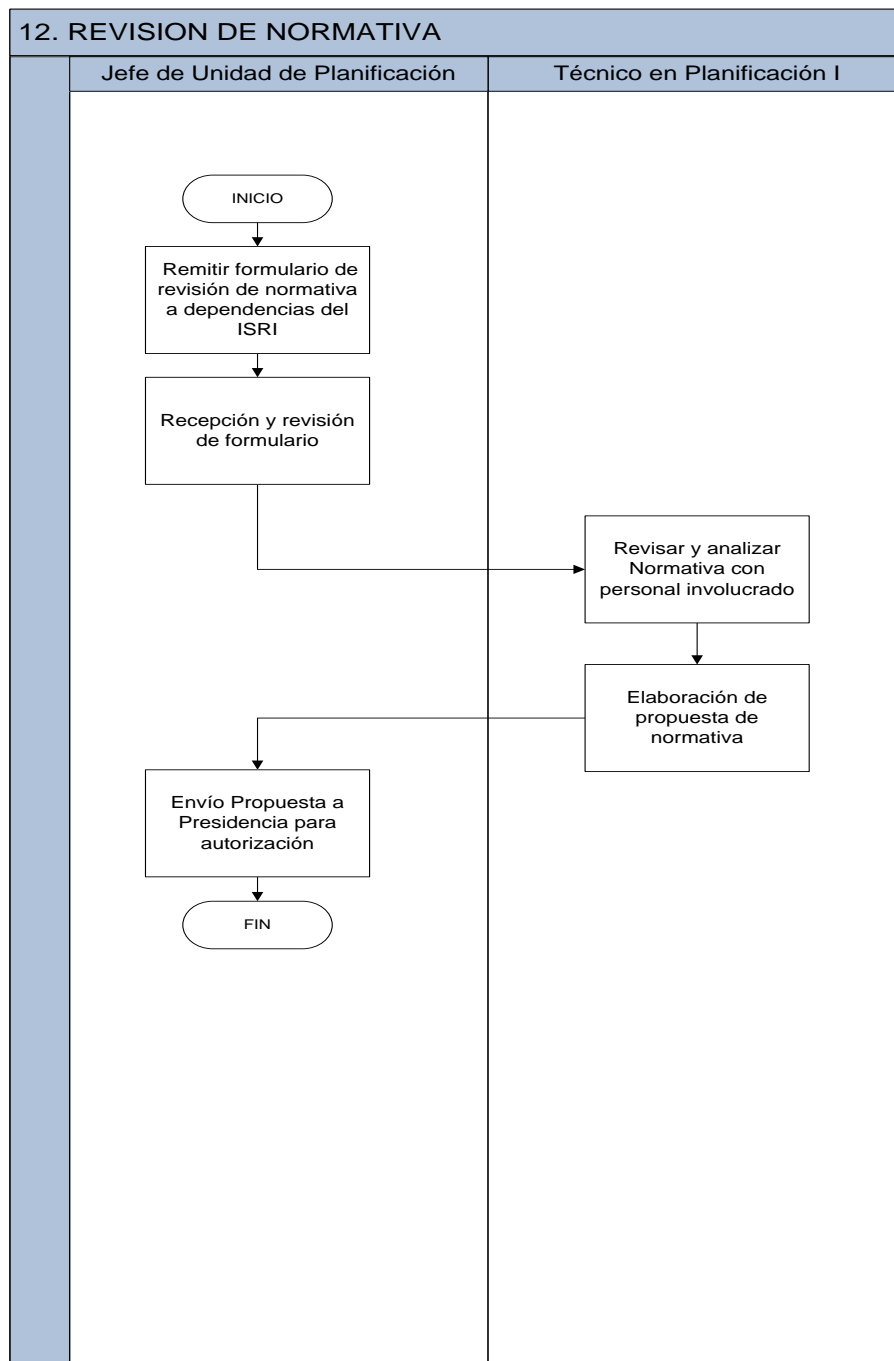
ENERO 2012

FEBRERO 2012

129 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

130 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Formulario de revisión de Normativa

Normativa Revisada

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Revisión de Normativa

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de revisiones realizadas al año}}{\text{Cantidad de revisiones solicitadas al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

Observación: este indicador permitirá identificar la cantidad de revisiones realizadas en relación a la cantidad de revisiones solicitadas por las diferentes dependencias del ISRI. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que se cumplieron con todas las revisiones solicitadas al año, el valor mínimo de 75% corresponde al porcentaje permisible de cumplimiento de las revisiones de normativa, lo cual se interpreta que se cumplió parcialmente con el número de revisiones solicitadas.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

131 de 404



13. SOPORTE TECNICO A EQUIPO Y REDES. P-02-013

1. OBJETIVO

Realizar el Soporte Técnico al Equipo informático de las Unidades del ISRI y a la Red.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y todo el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico en mantenimiento de Informática I y el Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional son los encargados de realizar las actividades para dar el soporte técnico a la Red y al equipo informático del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

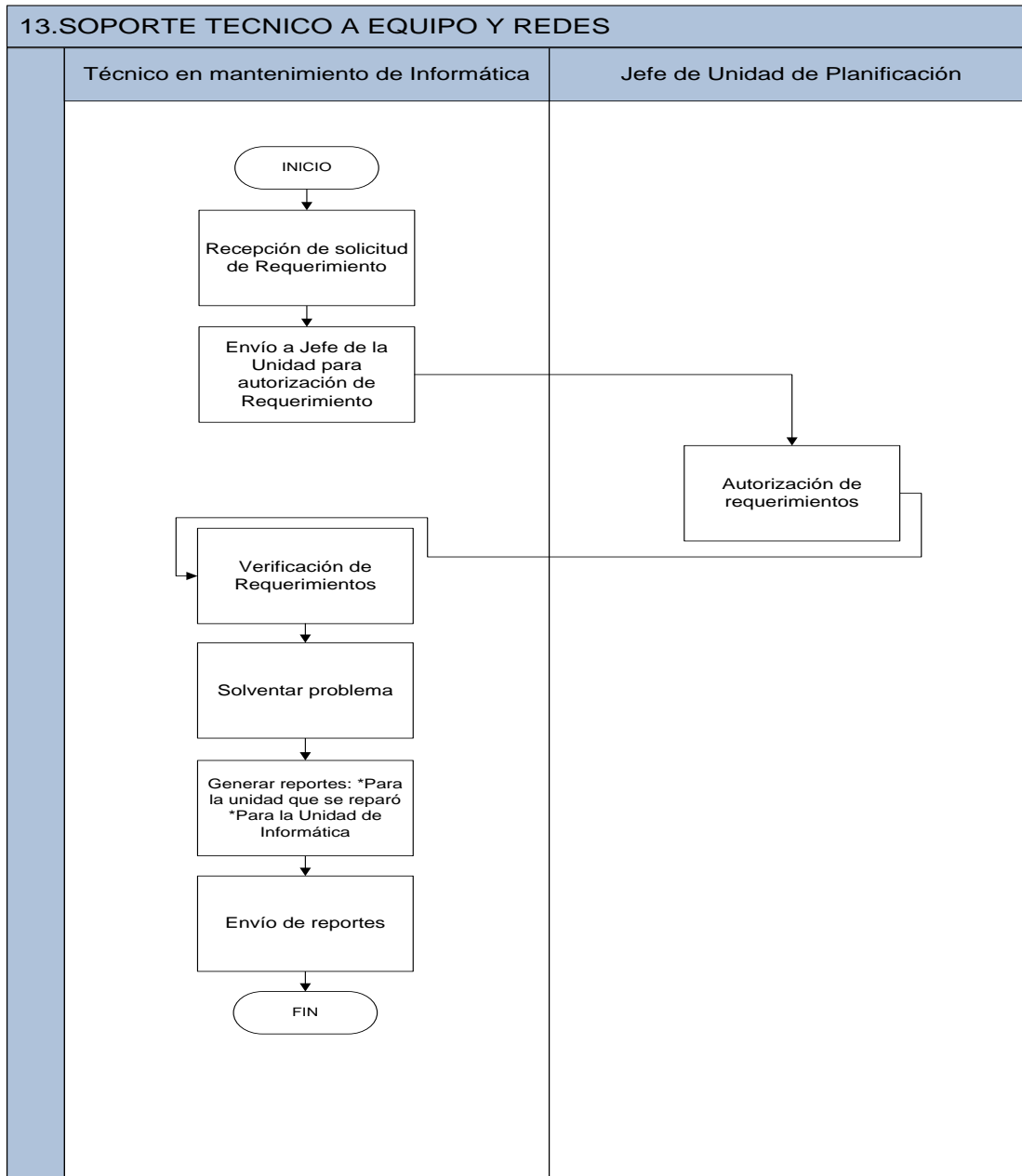
La finalidad de este procedimiento es la reparación del equipo informático del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral efectuando el soporte técnico adecuado al equipo o red a través del diagnostico realizado por el técnico el cual parte de la recepción de la hoja de solicitud de requerimiento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	132 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

133 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de requerimientos
Unidad Reparada

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

134 de 404



4. UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

1. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DEL PERSONAL, P-05-001

1. OBJETIVO

Seleccionar los perfiles de los aspirantes a formar parte del personal que trabaja en el ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Recursos Humanos del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico administrativo I es el encargado de realizar las actividades necesarias para la selección de los perfiles de los aspirantes a formar parte del personal que trabaja en el ISRI.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en la selección de los perfiles de personas que aspiran formar parte de las personas que trabajan en la institución, la persona es seleccionada si cumple con los requisitos establecidos para el puesto vacante. Para la realización de este procedimiento se ejecutan las siguientes actividades: se recibe y revisa la Solicitud llenada por la persona aspirante, se realizan las pruebas pertinentes a los aspirantes, se elabora el informe de resultados terminando con el envío a la Unidad que demanda la plaza.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

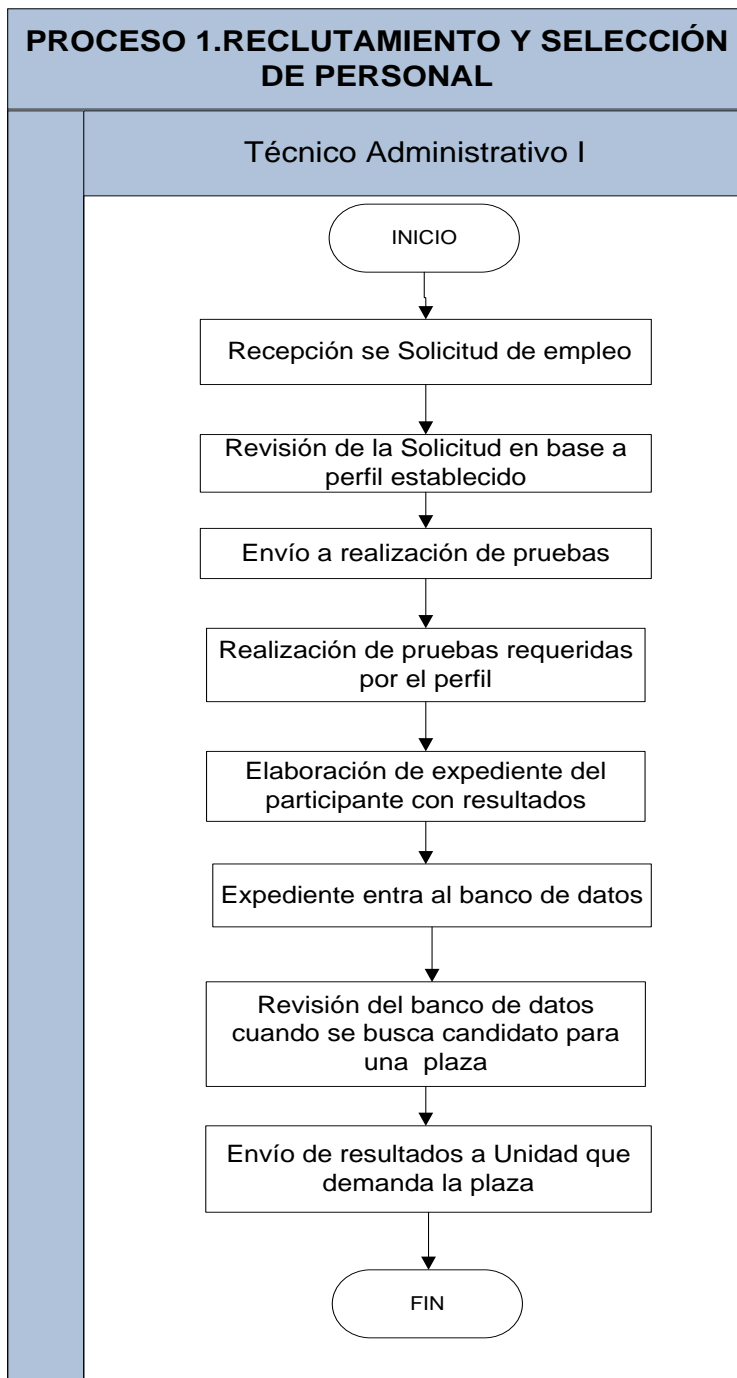
ENERO 2012

FEBRERO 2012

135 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

136 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Empleo
Reporte de Evaluación
Expediente del Aspirante

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

137 de 404



2. ELABORACION DE ACUERDOS, P-05-002

1. OBJETIVO

Elaborar acuerdos según las solicitudes del personal que trabaja en el ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todas las Unidades que componen el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico administrativo I es el encargado de realizar las actividades necesarias la elaboración de Acuerdos relacionados al personal que trabaja en el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

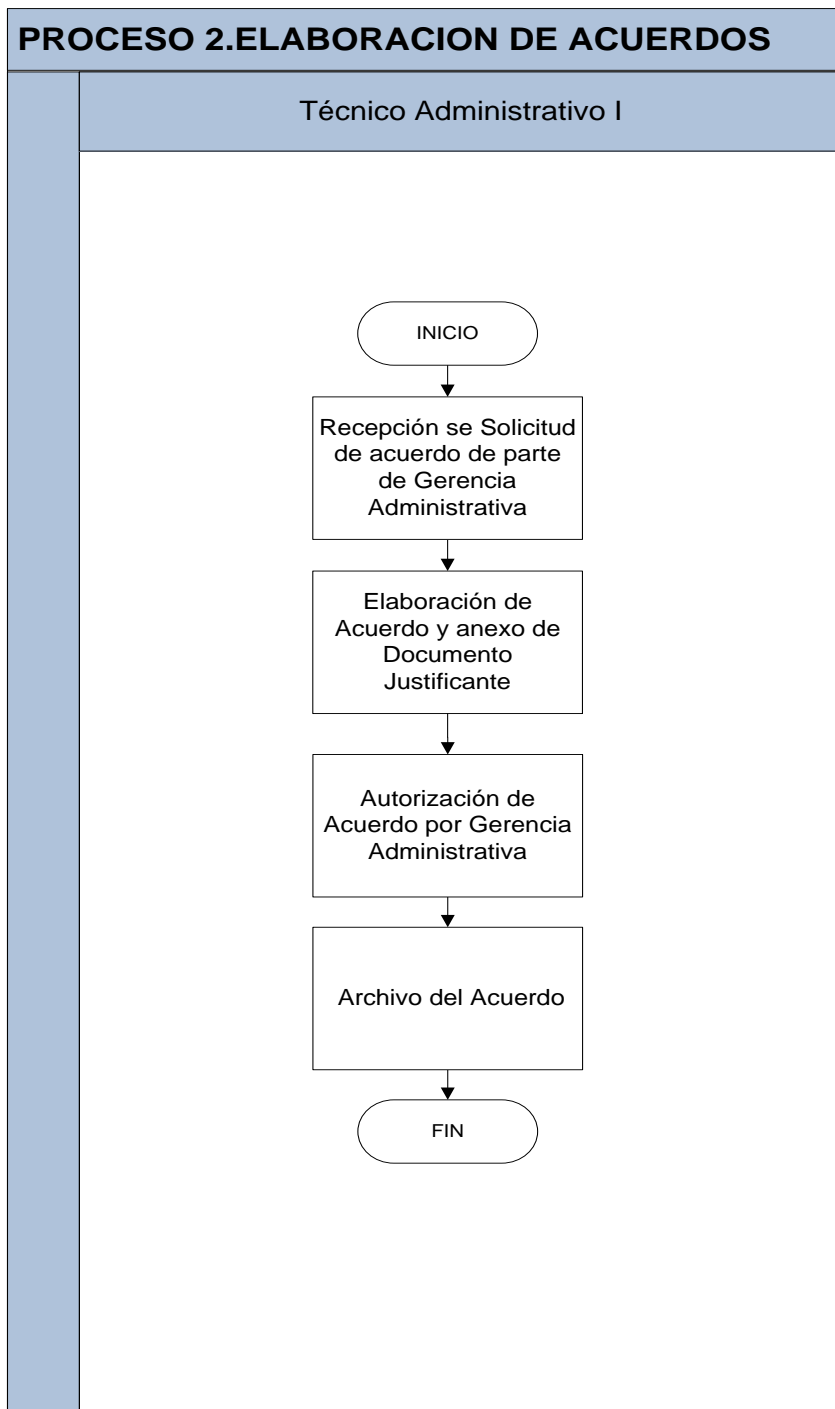
El procedimiento consiste en la elaboración de los acuerdos institucionales relacionados al personal que trabaja en la Institución según las solicitudes debido a: incapacidad, duelo, o vacaciones. Para llevar a cabo esa tarea se realizan las siguientes actividades: se recibe y revisa la solicitud, después se ingresan los datos necesarios al formulario respectivo, para finalizar con la elaboración del acuerdo respectivo.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	138 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

139 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Incapacidad, duelo o vacaciones.
Acuerdos Institucionales

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 66 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

140 de 404



3. CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO, P-05-003

1. OBJETIVO

Elaborar el Plan Anual de Capacitaciones del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca las Unidad de Recursos Humanos del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de Recursos Humanos y el Comité de Capacitación son los encargados de realizar las actividades necesarias para la elaboración del Plan Anual de Capacitaciones del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este Procedimiento consiste en realizar el plan anual de capacitaciones en el cual se establecen cuantas capacitaciones se impartirán en el año según las necesidades de las diferentes dependencias: Este procedimiento contiene las siguientes actividades: se reciben las solicitudes de las diferentes dependencias, se revisan y analizan las solicitudes, se elabora la programación anual de las capacitaciones, finalizando con la elaboración de las capacitaciones a impartir según los requerimientos establecidos por las diferentes dependencias.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

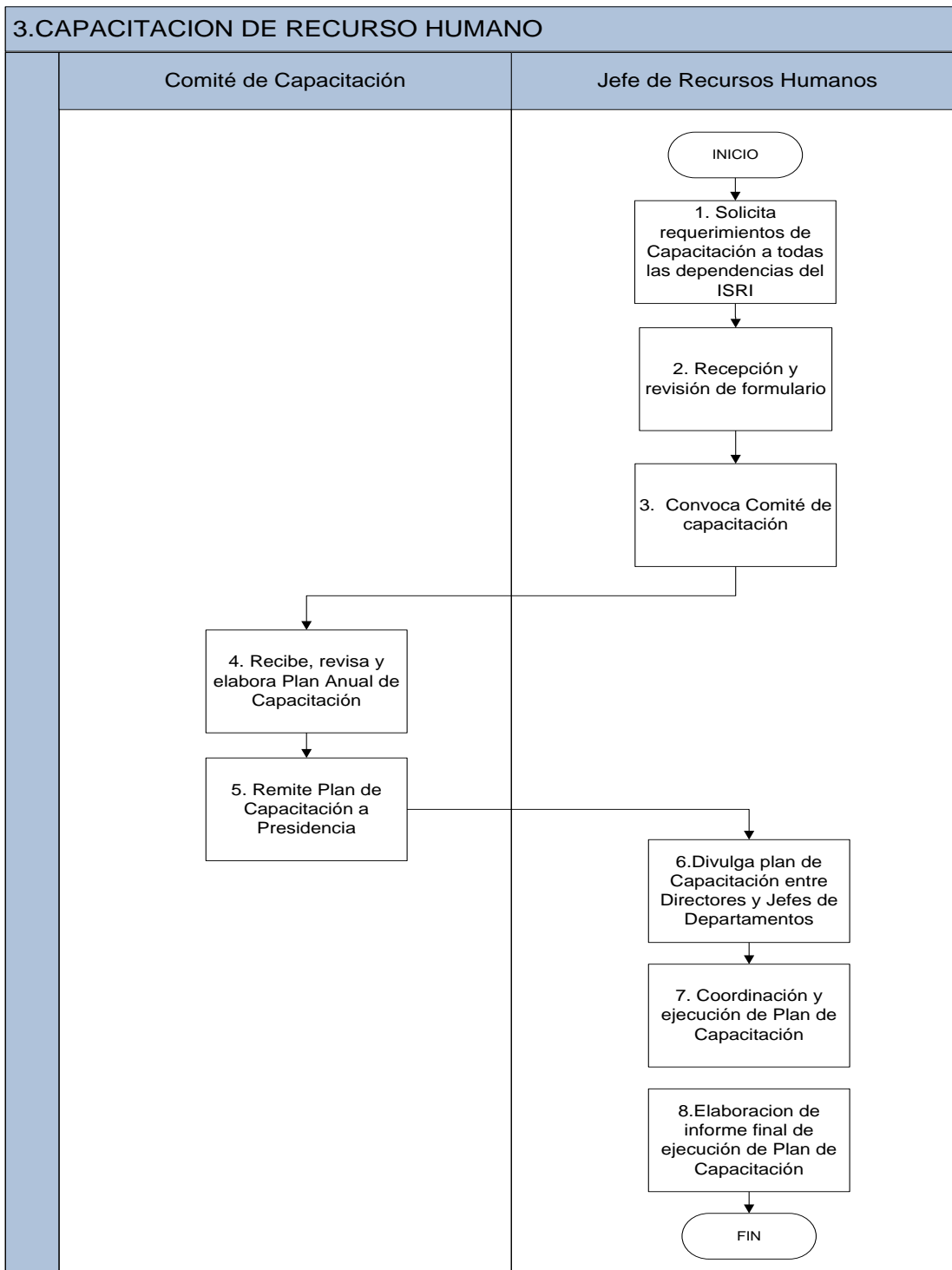
ENERO 2012

FEBRERO 2012

141 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

142 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Requerimientos de Capacitación
Plan de Capacitación a impartir en las dependencias

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

143 de 404



4. ELABORACION DE PLANILLAS DE SUELDOS A EMPLEADOS, P-05-004

1. OBJETIVO

Elaborar las planillas de sueldos del personal que trabaja en el ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todas las Unidades que componen el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de Recursos Humanos, el Técnico administrativo I y el Técnico UFI con funciones de Tesorero son los encargados de realizar las actividades necesarias para la elaboración de las planillas de sueldos para al personal que trabaja en el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en la elaboración de las planillas de sueldos mensuales de los empleados de acuerdo a los días trabajados. Para la elaboración de las planillas de sueldos se ejecutan las siguientes actividades: recepción y revisión de la información de las Unidades respecto a todos los empleados, se elaboran las planillas de acuerdo a la información recibida, finalizando con el envío de la planilla a Tesorería en la UFI y el ingreso al Sistema de Recursos Humanos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

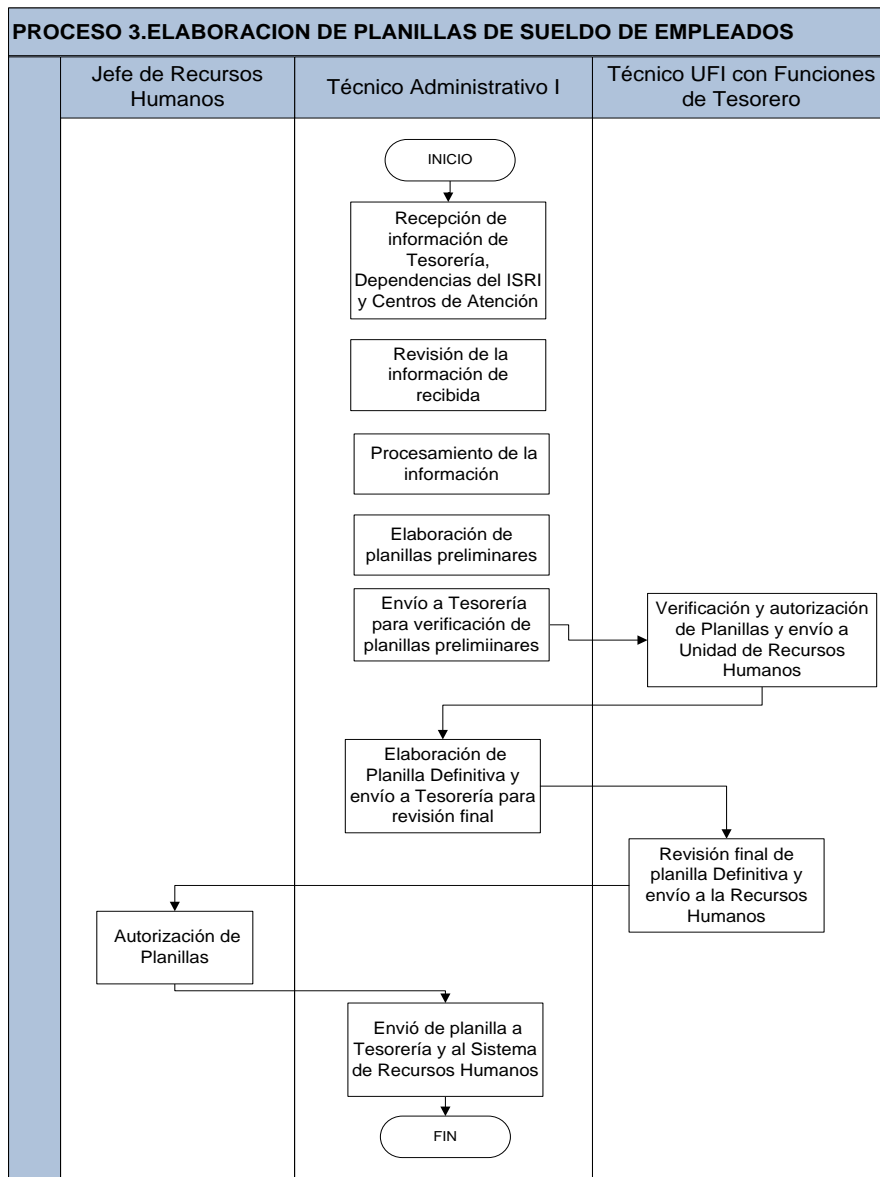
ENERO 2012

FEBRERO 2012

144 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

145 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Llegadas

Información de Tesorería (Descuentos por prestamos etc.)

Planillas de Empleados

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 94 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

146 de 404



5. SISTEMA DE INCENTIVOS POR MERITO AL PERSONAL, P-05-005

1. OBJETIVO

Elaborar las planillas de sueldos del personal que trabaja en el ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todas las Unidades que componen el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de Recursos Humanos, el Técnico administrativo I y el Técnico UFI con funciones de Tesorero son los encargados de realizar las actividades necesarias para la elaboración de las planillas de sueldos para al personal que trabaja en el ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en consiste en elaborar un sistema de incentivos de acuerdo a las evaluaciones del personal brindadas por jefaturas. Enviar solicitud de evaluaciones a Jefaturas
Recepción y revisión de evaluaciones realizadas Registrar resultados de evaluación en sistema
Enviar información a Ministerio de Hacienda

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

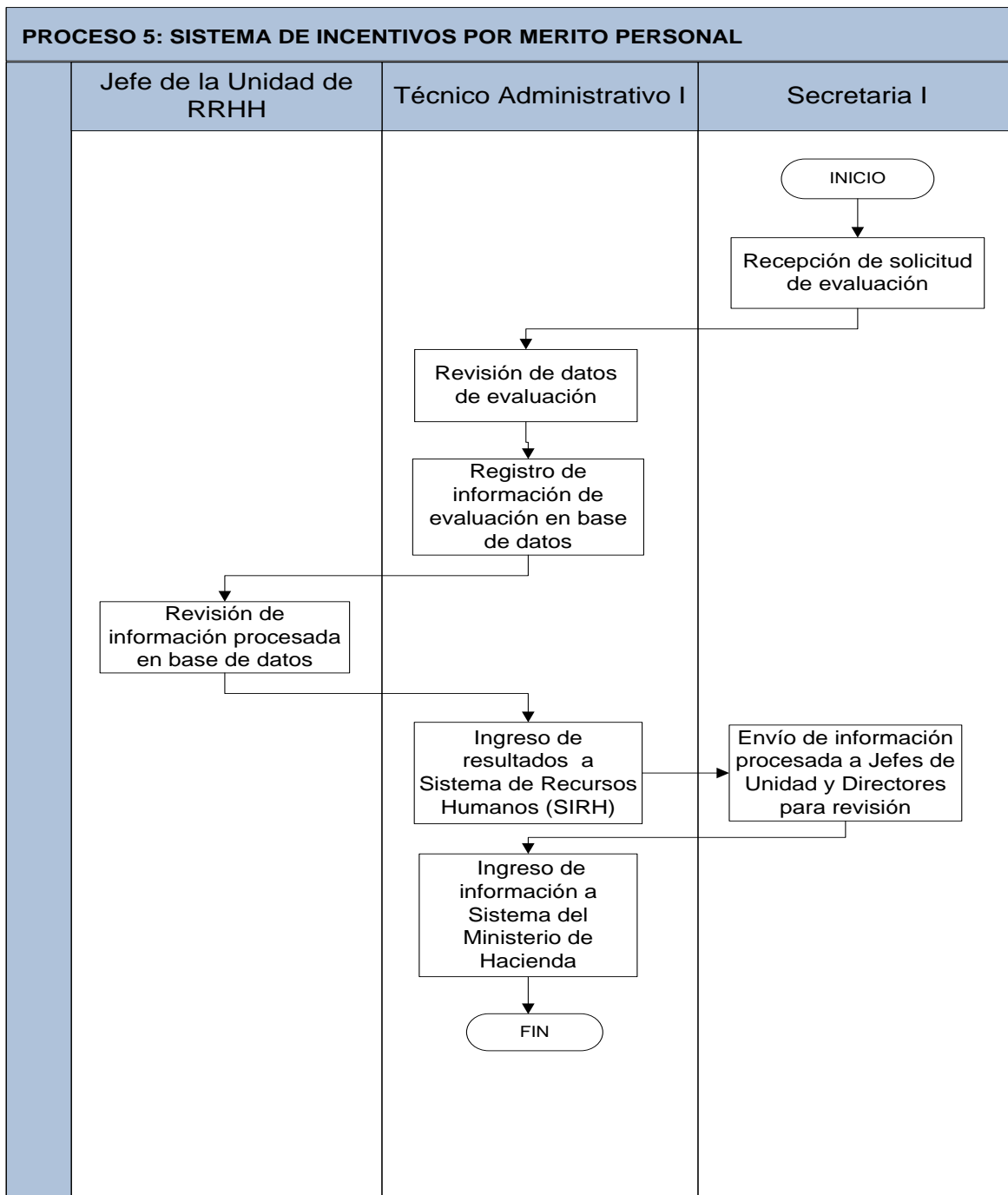
ENERO 2012

FEBRERO 2012

147 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

148 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Llegadas

Información de Tesorería (Descuentos por prestamos etc.)

Planillas de Empleados

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

149 de 404



5. UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES

1. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR ORDEN DE COMPRA. P-06-001

1. OBJETIVO

Adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad orden de Compra.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la UACI, el Auxiliar en estadística y la Secretaria I son los encargados de ejecutar las actividades para adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad orden de Compra.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en la adquisición de un bien o servicio a partir de orden de compra, esta modalidad es la más sencilla de todas y está determinada por las Modalidades de Contratación Establecidas por el Ministerio de Hacienda. La Modalidad Libre Gestión por Orden de Compra se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Libre Gestión (no recurrente) podrá adquirirse directamente y contra pago	> 0	10% de 240	\$0.01	\$5,378.40

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

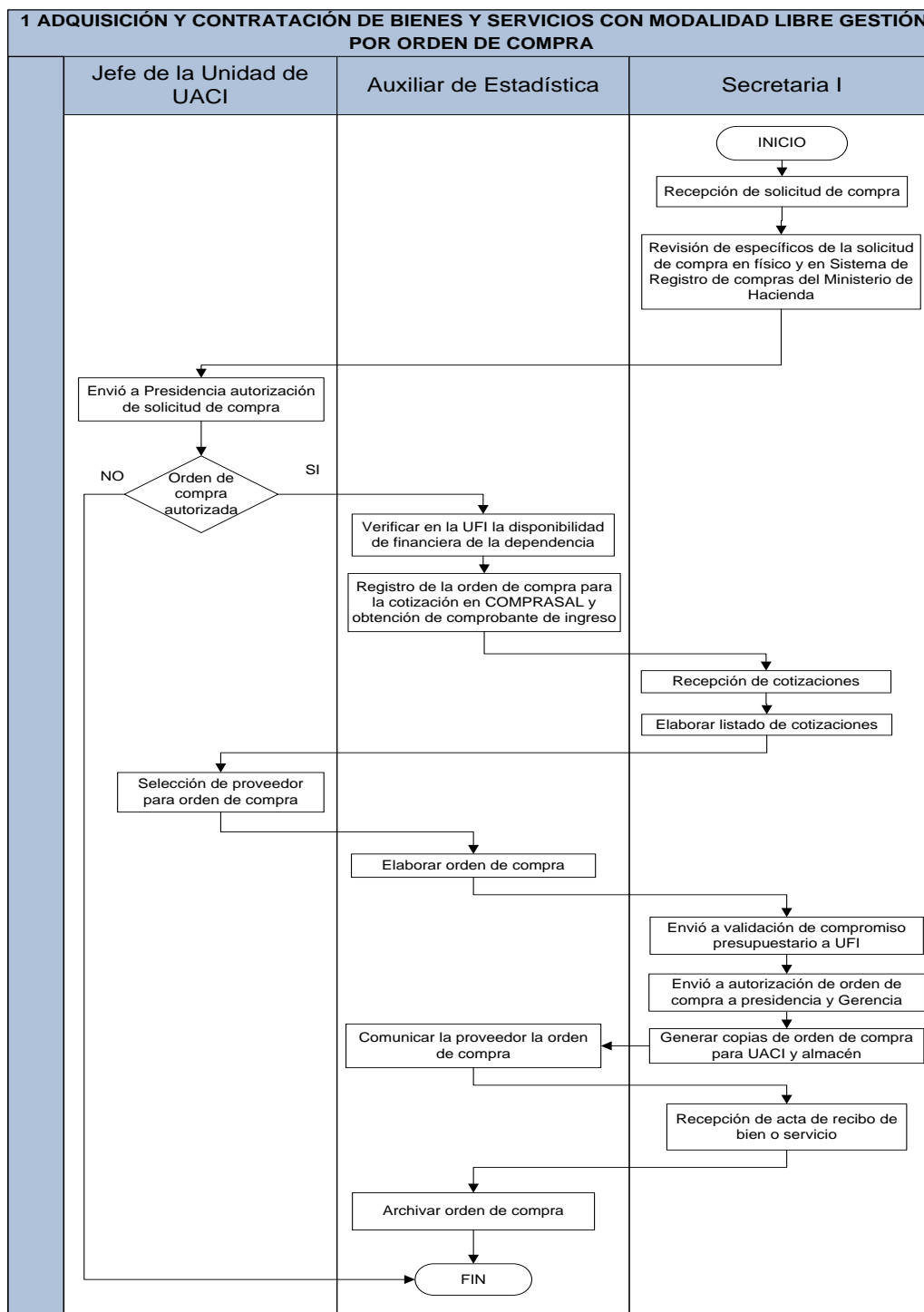
ENERO 2012

FEBRERO 2012

150 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

151 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Compra
Orden de Compra

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 77 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

152 de 404



2. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATO. P-06-002

1. OBJETIVO

Adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad de Contrato.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la UACI, el Auxiliar en estadística, El Auxiliar administrativo y la Secretaria I son los encargados de ejecutar las actividades para adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad Contrato.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en la adquisición y contratación de un bien o servicio por medio de un contrato, esta modalidad de adquisición está determinada por las Modalidades de Contratación Establecidas por el Ministerio de Hacienda. La Modalidad Libre Gestión por Contratación se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Libre Gestión	> 0	≤ 20	\$0.01	\$4,482.00

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

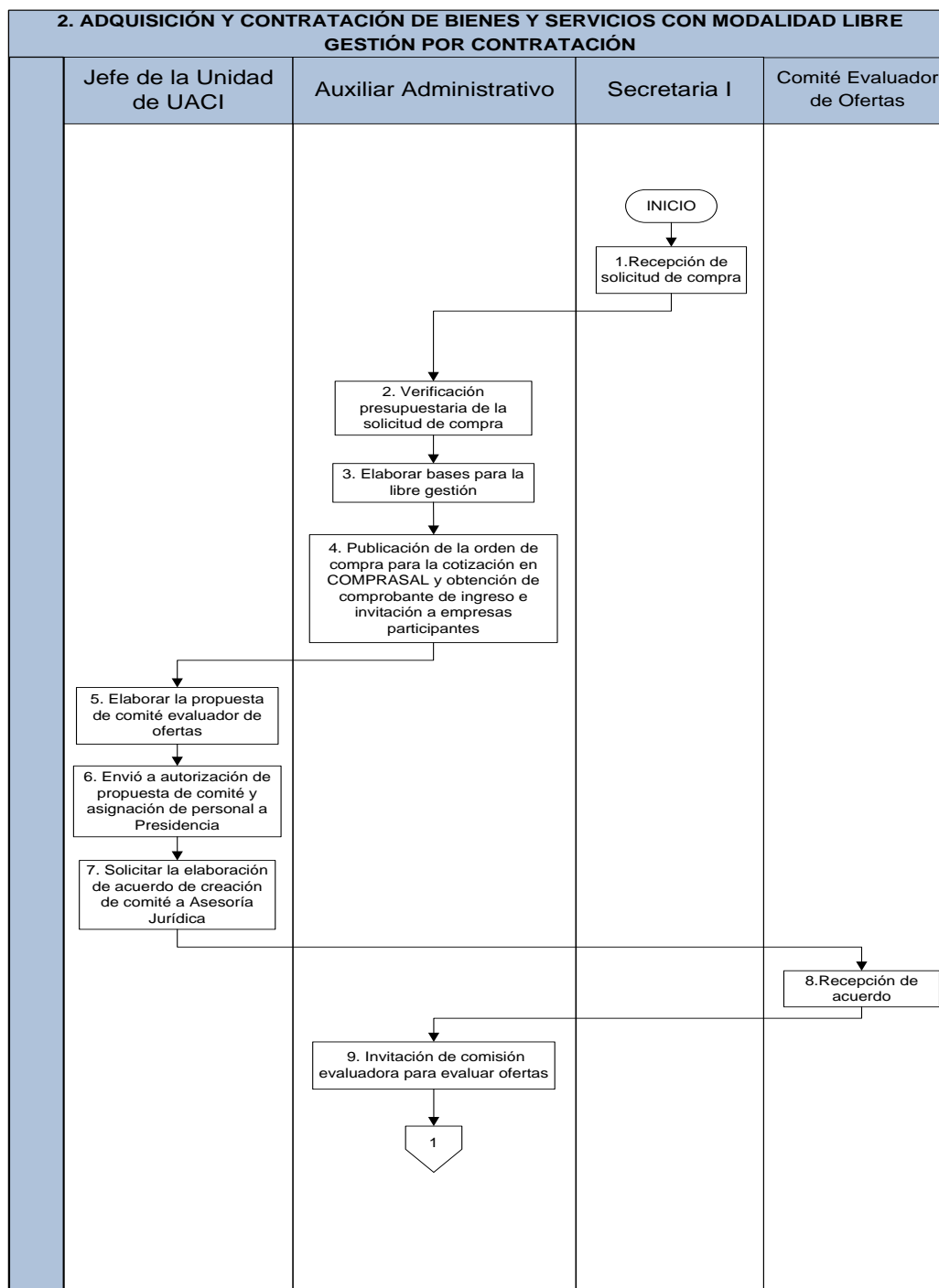
ENERO 2012

FEBRERO 2012

153 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

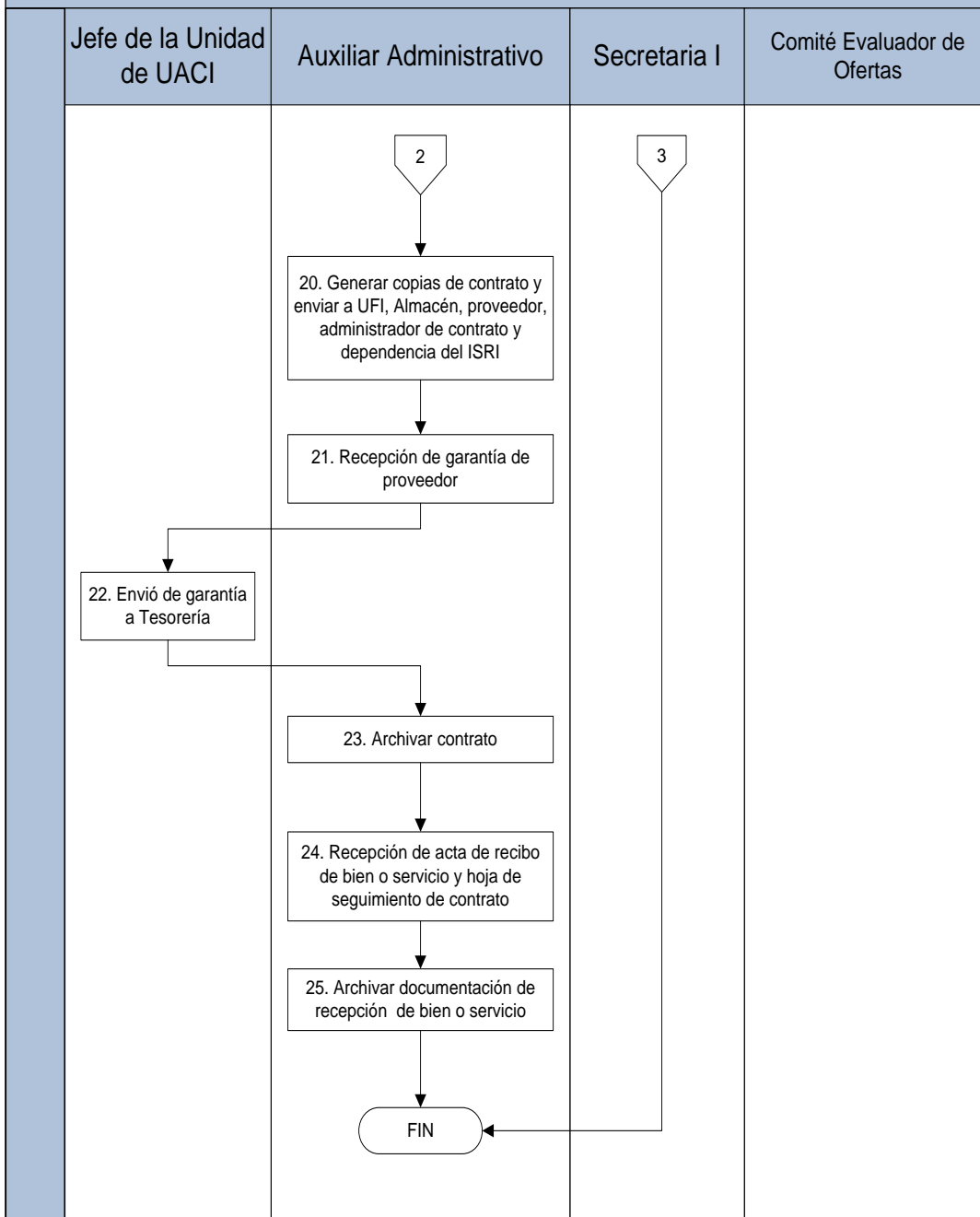
ENERO 2012

FEBRERO 2012

154 de 404



2. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATACIÓN



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

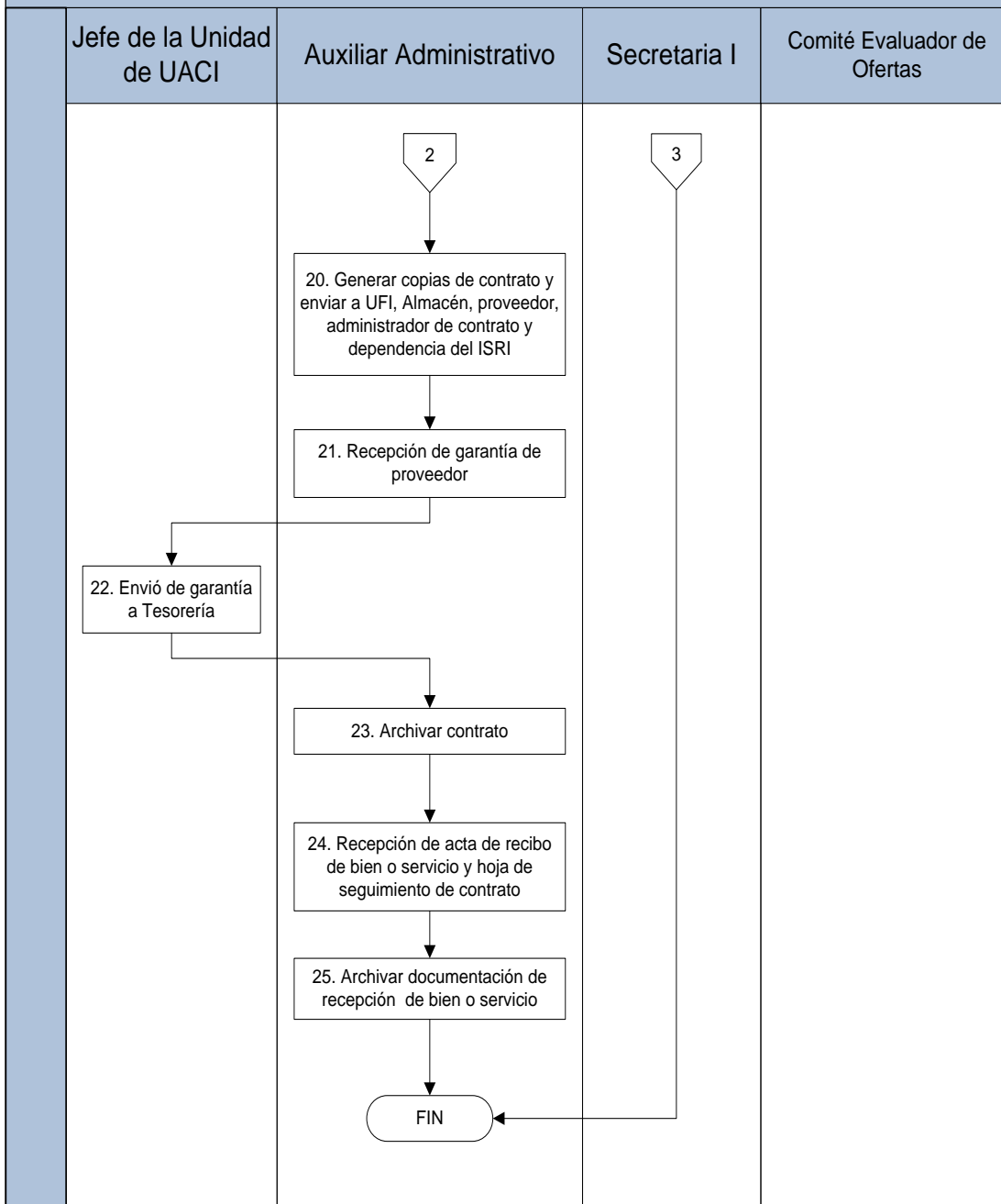
ENERO 2012

FEBRERO 2012

155 de 404



2. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD LIBRE GESTIÓN POR CONTRATACIÓN



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

156 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Compra

Orden de Compra

Contrato de Compra

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

157 de 404



3. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN. P-06-003

1. OBJETIVO

Adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad de Licitaciones.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la UACI, el Auxiliar en estadística, El Auxiliar administrativo y la Secretaria I son los encargados de ejecutar las actividades para adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad Contrato.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en la adquisición y contratación de un bien o servicio por medio de licitaciones, esta modalidad de adquisición está determinada por las Modalidades de Contratación Establecidas por el Ministerio de Hacienda. La Modalidad de Licitaciones se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Licitación	> 20	≤ 210	\$4,482.01	\$53,784.00

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

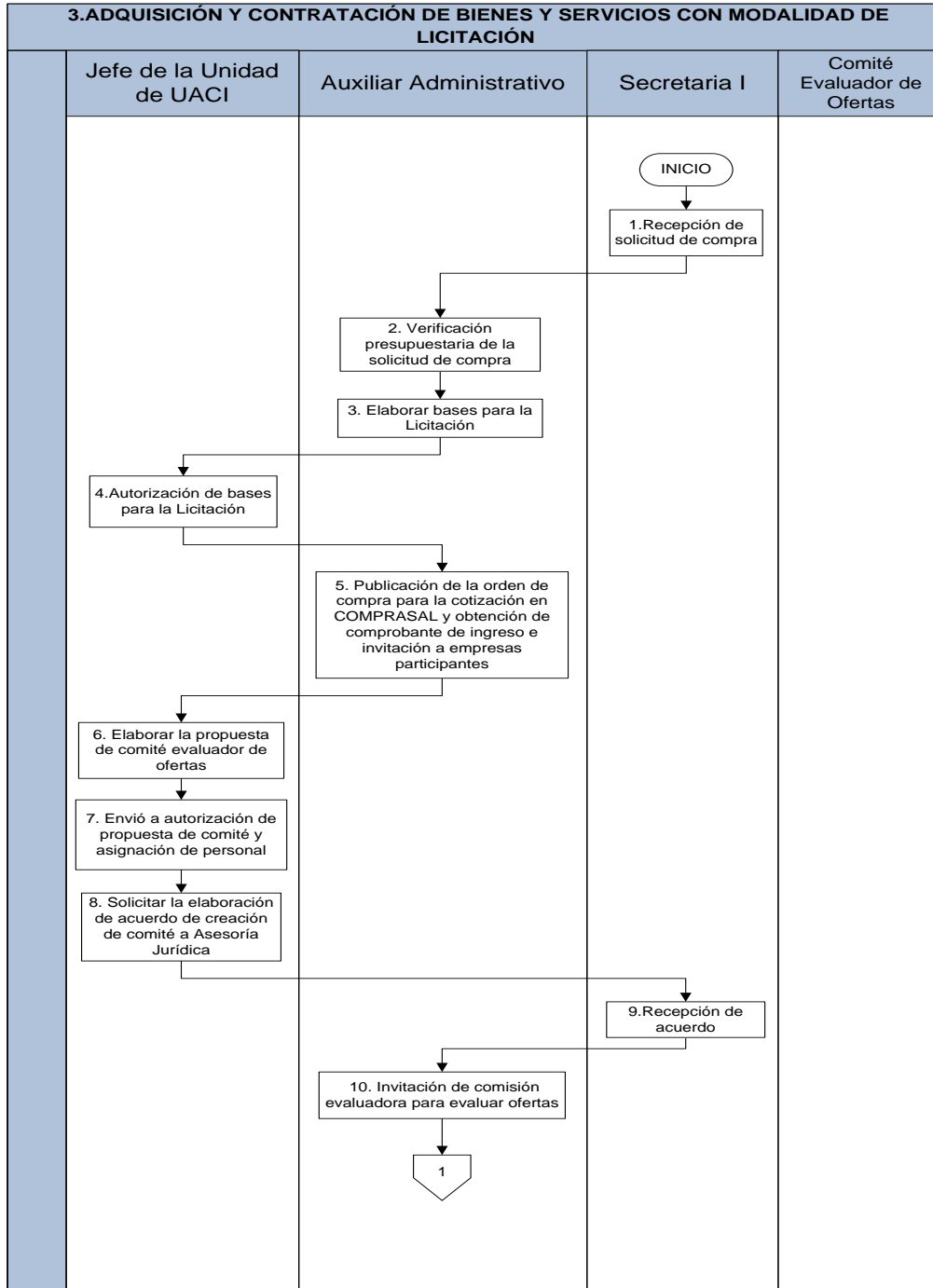
ENERO 2012

FEBRERO 2012

158 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

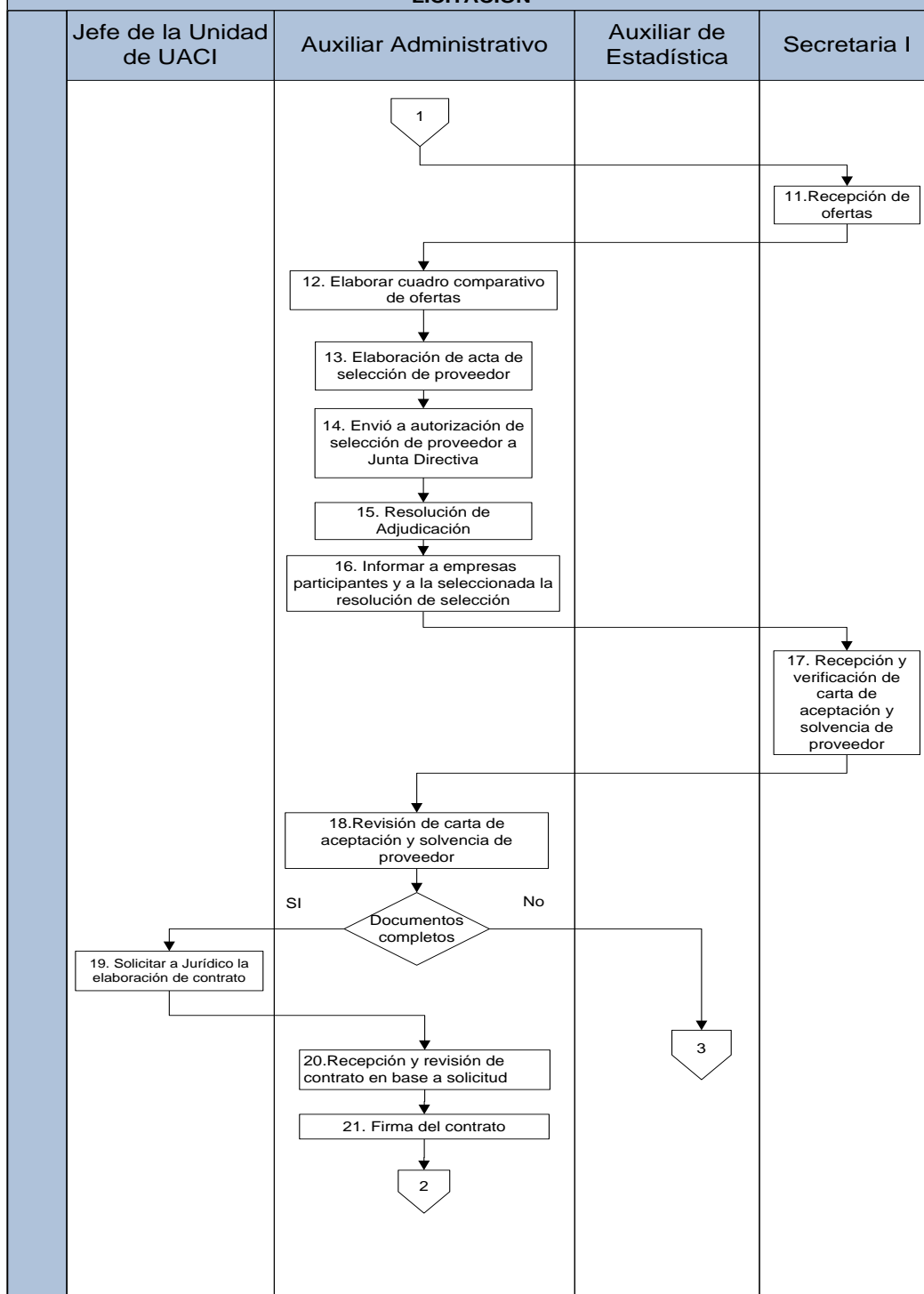
ENERO 2012

FEBRERO 2012

159 de 404



3. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

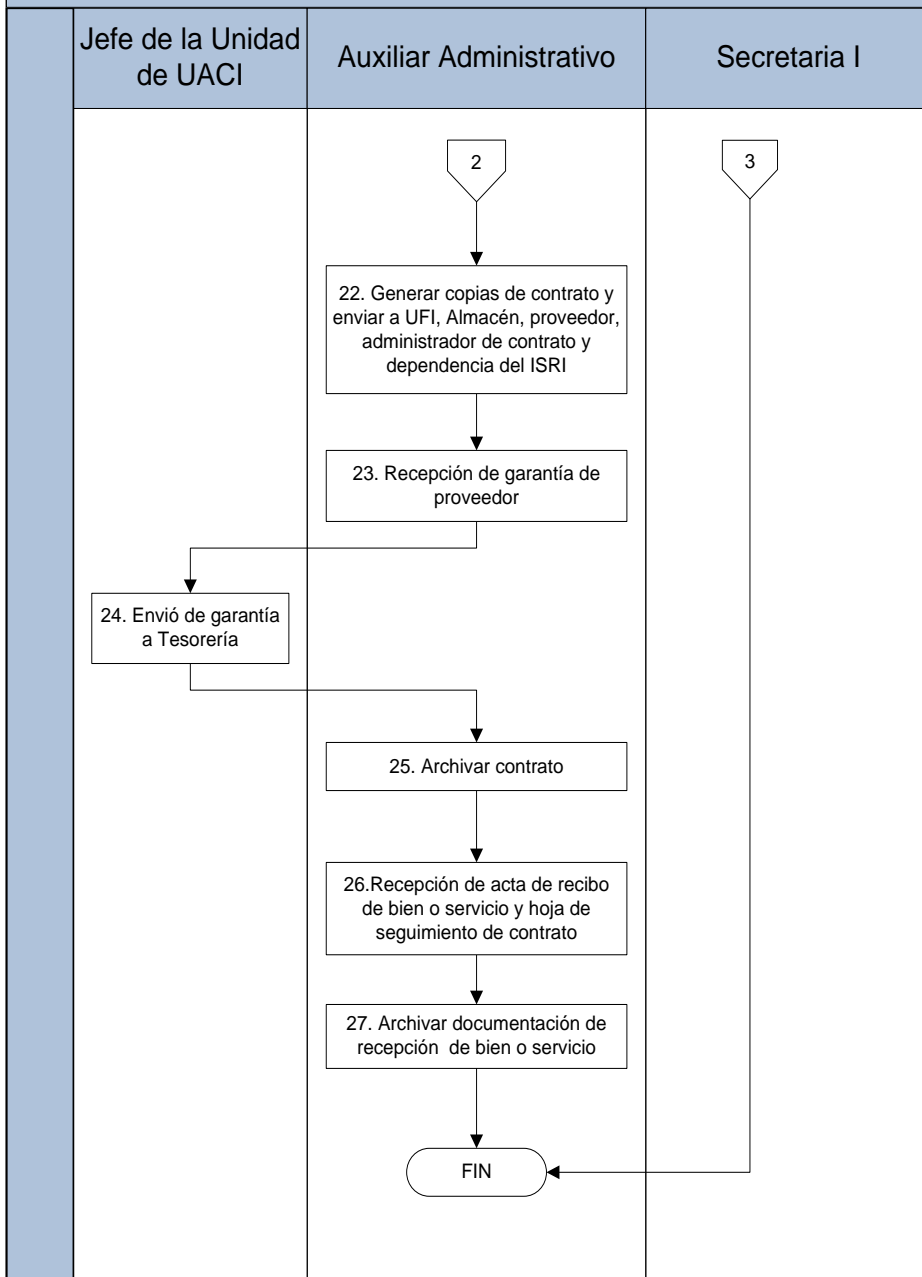
ENERO 2012

FEBRERO 2012

160 de 404



3. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE LICITACIÓN



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

161 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Compra

Orden de Compra

Contrato de Compra

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

162 de 404



4. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA. P-06-001

1. OBJETIVO

Adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad de Contratación Directa.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la UACI, el Auxiliar en estadística, El Auxiliar administrativo y la Secretaria I son los encargados de ejecutar las actividades para adquirir un bien o servicio a partir de la Modalidad de Contratación Directa.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en la adquisición y contratación de un bien o servicio por medio de licitaciones pero esta modalidad de adquisición por contratación directa se realiza únicamente cuando ya han existido previamente dos procesos de licitación y estos se han declarado desiertos, es decir, que ningún proveedor oferto sus bienes o servicios. Esta modalidad necesita la resolución por parte de presidencia para poder iniciarse el proceso de licitación. La Modalidad de Licitaciones se utiliza cuando el monto de la compra se encuentra dentro de los siguientes rangos:

Formas de Contratación	Número de Salarios mínimos mensuales		Montos	
	De	Hasta	De	Hasta
Licitación	> 20	≤ 210	\$4,482.01	\$53,784.00

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

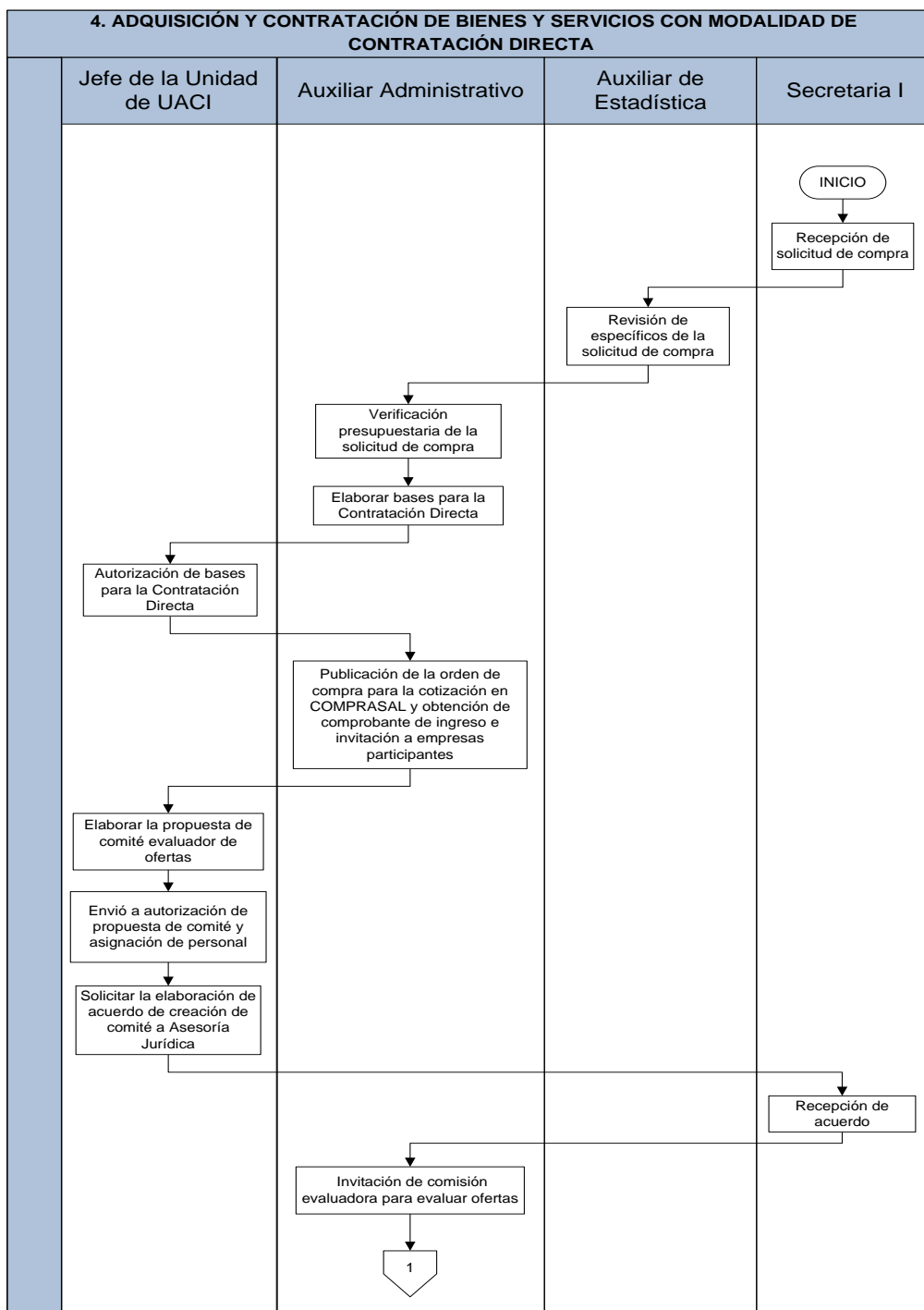
ENERO 2012

FEBRERO 2012

163 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

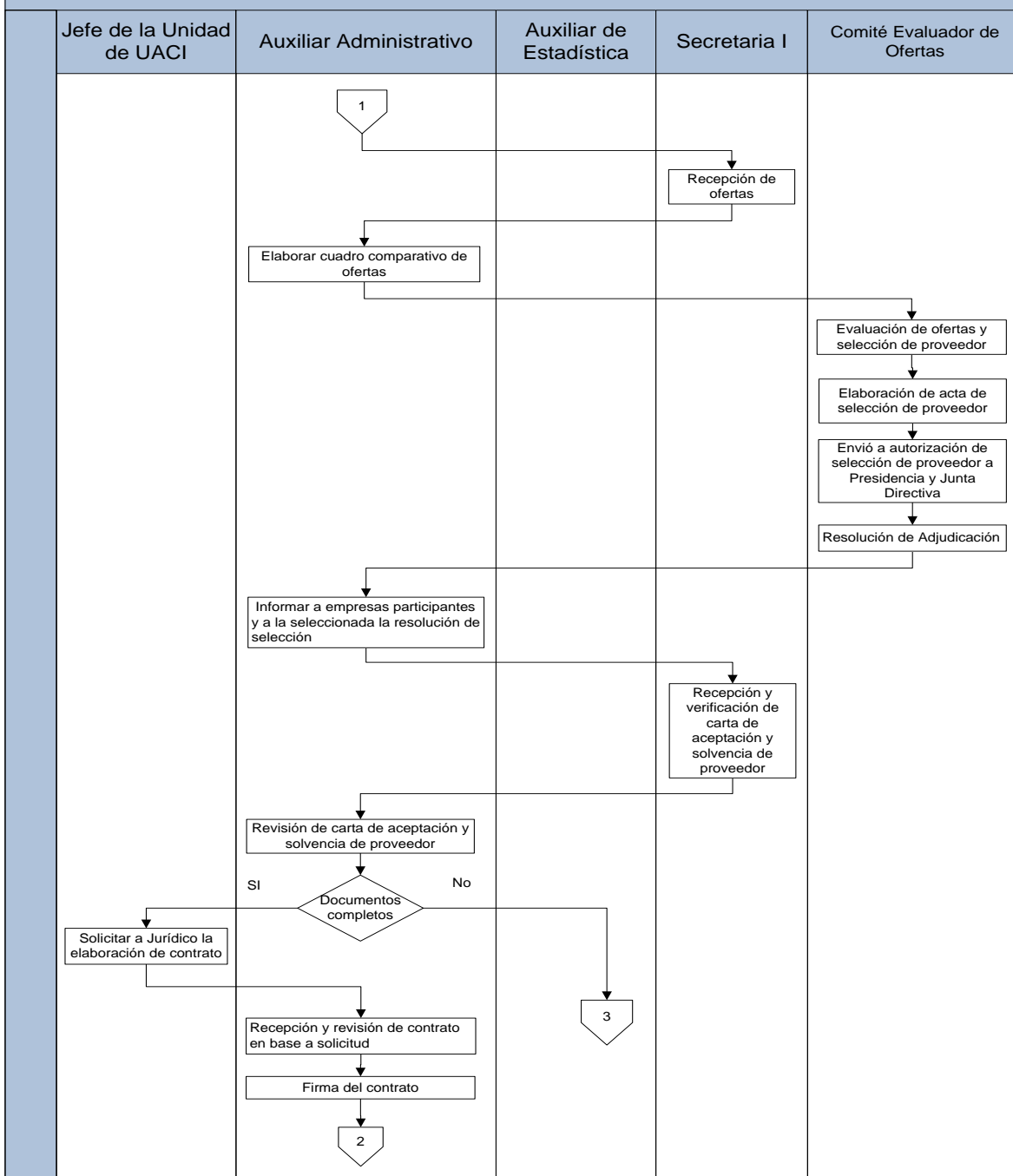
ENERO 2012

FEBRERO 2012

164 de 404



4. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

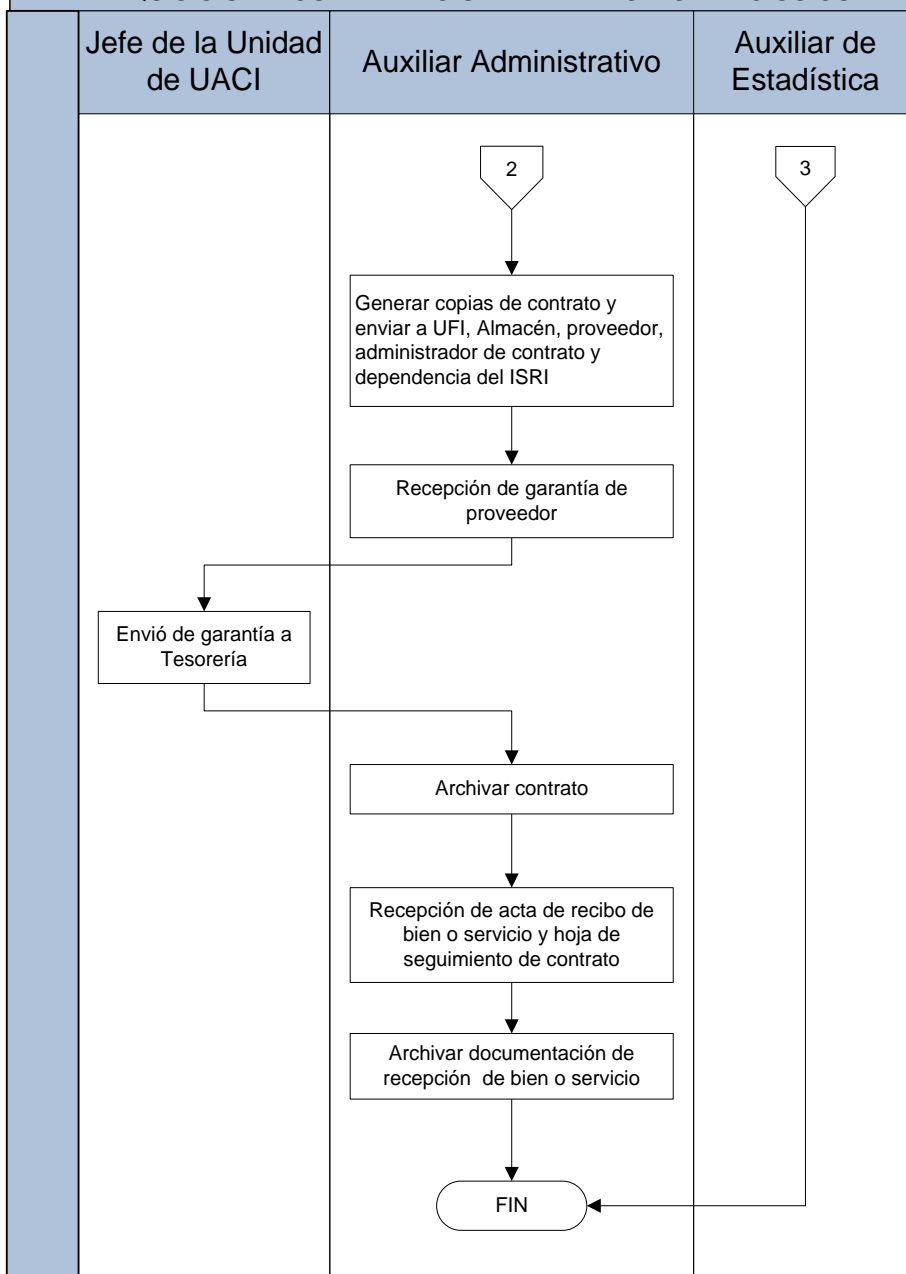
ENERO 2012

FEBRERO 2012

165 de 404



4. ADQUISICIÓN Y CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS CON



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

166 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Compra

Orden de Compra

Contrato de Compra

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

167 de 404



6. UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

1. FORMULACION DEL PROYECTO DEL PRESUPUESTO P-03-001

1. OBJETIVO

Elaborar el Proyecto del Presupuesto Institucional del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad Financiera Institucional y el Comité de formulación Presupuestaria son los encargados de formular el Proyecto del Presupuesto del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en elaborar el proyecto del Presupuesto Institucional del ISRI en base a los planes de trabajo de cada dependencia además de tomar en cuenta el techo Presupuestario brindado por el Ministerio de Salud, para lograr obtener el presupuesto se siguen los siguientes pasos: Elaboración de los lineamientos de formulación del Presupuesto Analizar los planes de trabajo de las dependencias del ISRI y ajustar la Propuesta del Presupuesto enviado por el Ministerio de Salud Ingresar el Presupuesto al SAFI.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

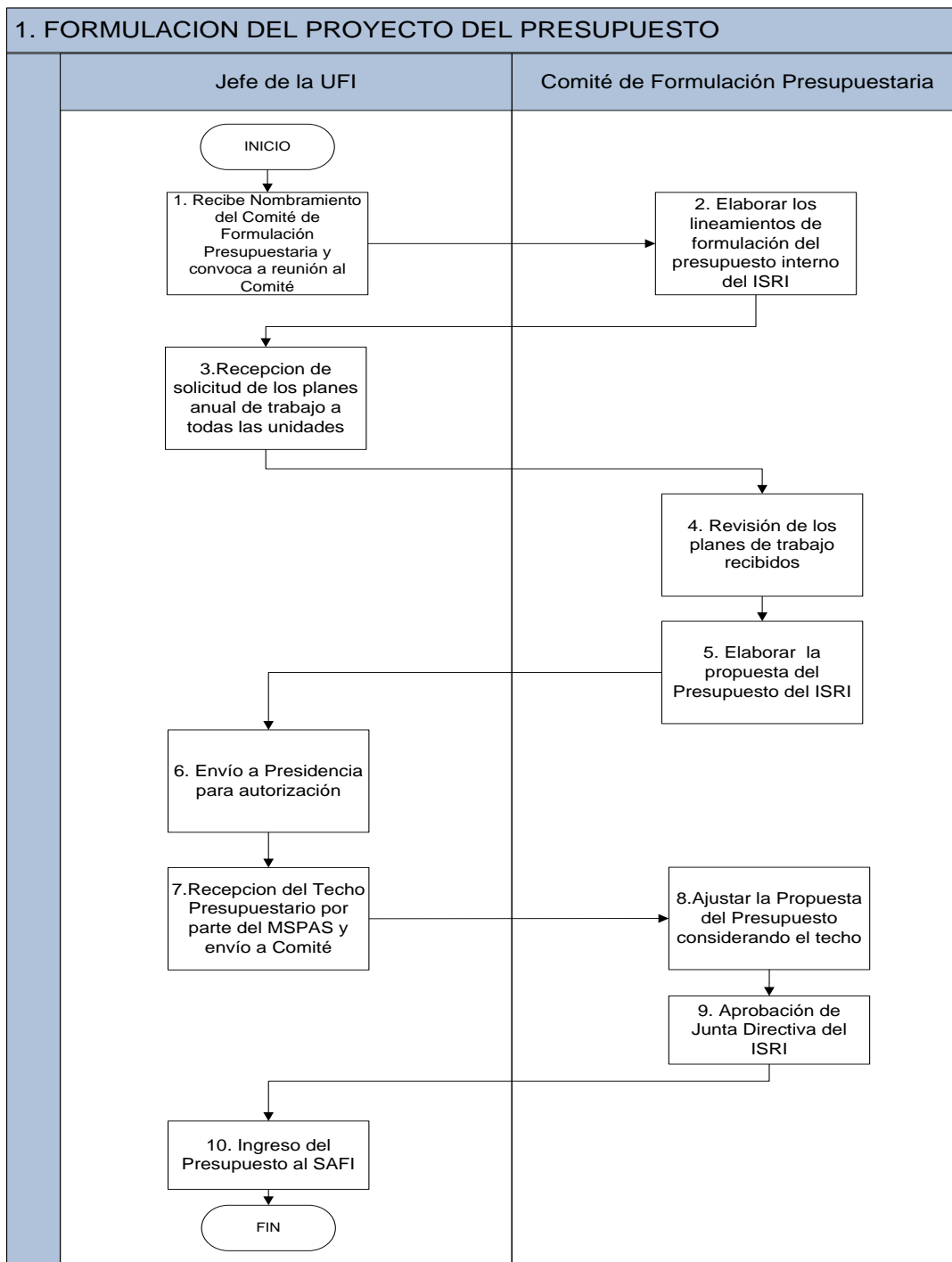
ENERO 2012

FEBRERO 2012

168 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

169 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Planes de trabajo de las Unidades

Presupuesto del ISRI

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 86 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

170 de 404



2. REGISTRO, CONTROL Y PAGO DE BIENES Y SERVICIOS. P-03-002

1. OBJETIVO

Realizar todos los pagos debido a las obligaciones adquiridas por la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad Financiera Institucional y los Técnicos con funciones de Presupuesto y Tesorería son los encargados de realizar las gestiones necesarias para que el ISRI cumpla con sus obligaciones adquiridas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El Procedimiento consiste en realizar todos los pagos por las obligaciones adquiridas en todo el ISRI ya sea por bienes o servicios adquiridos, para realizar este procedimiento se debe de tomar en cuenta lo siguiente: se deben de tener todas las órdenes de compra del ISRI, elaborar el compromiso presupuestario, además de elaborar los quedan para ingresar al SAFI las obligaciones de pago. Generado así los requerimientos de fondos para terminar con la entrega a proveedores de fondos cuando han sido autorizados.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

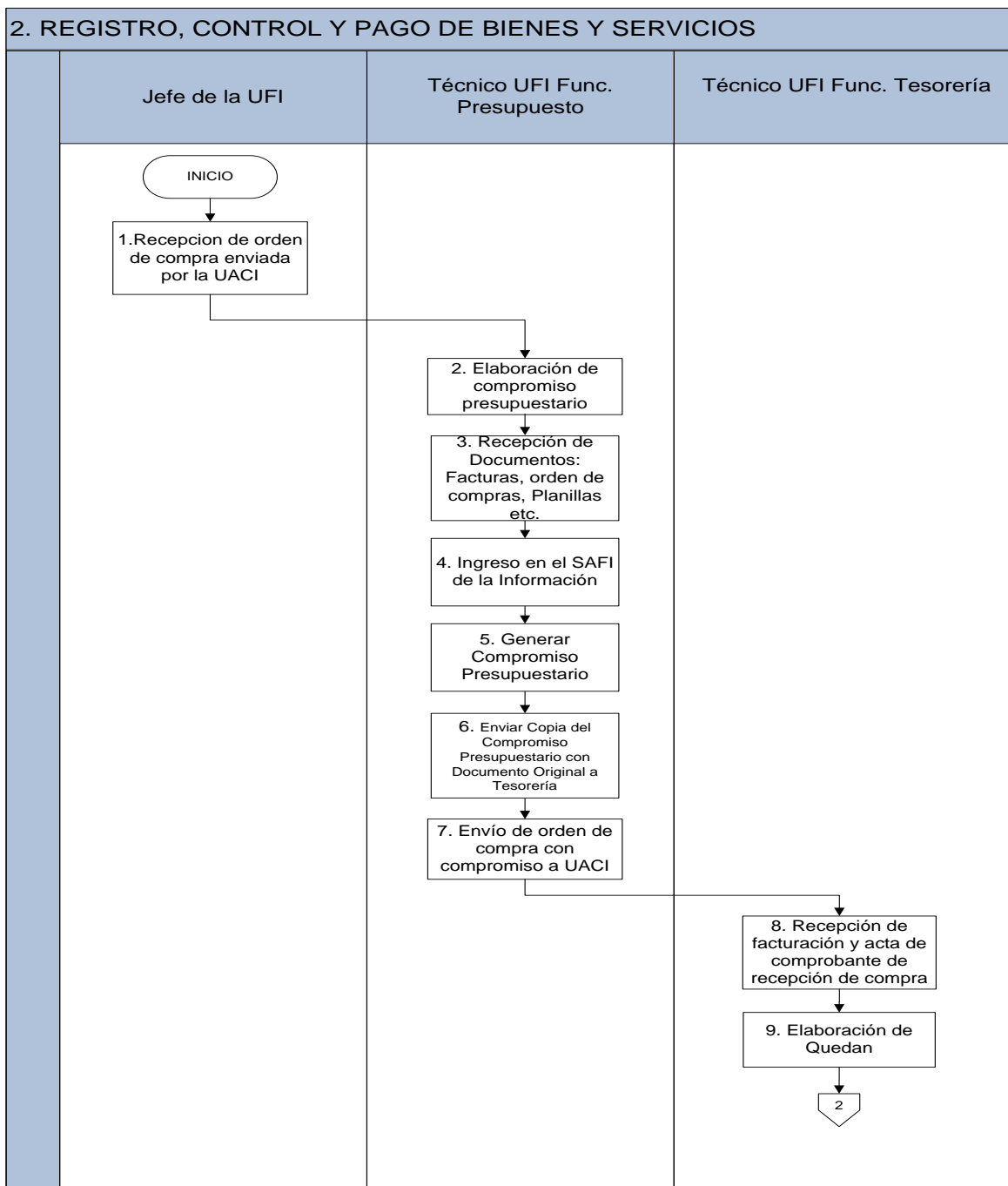
ENERO 2012

FEBRERO 2012

171 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

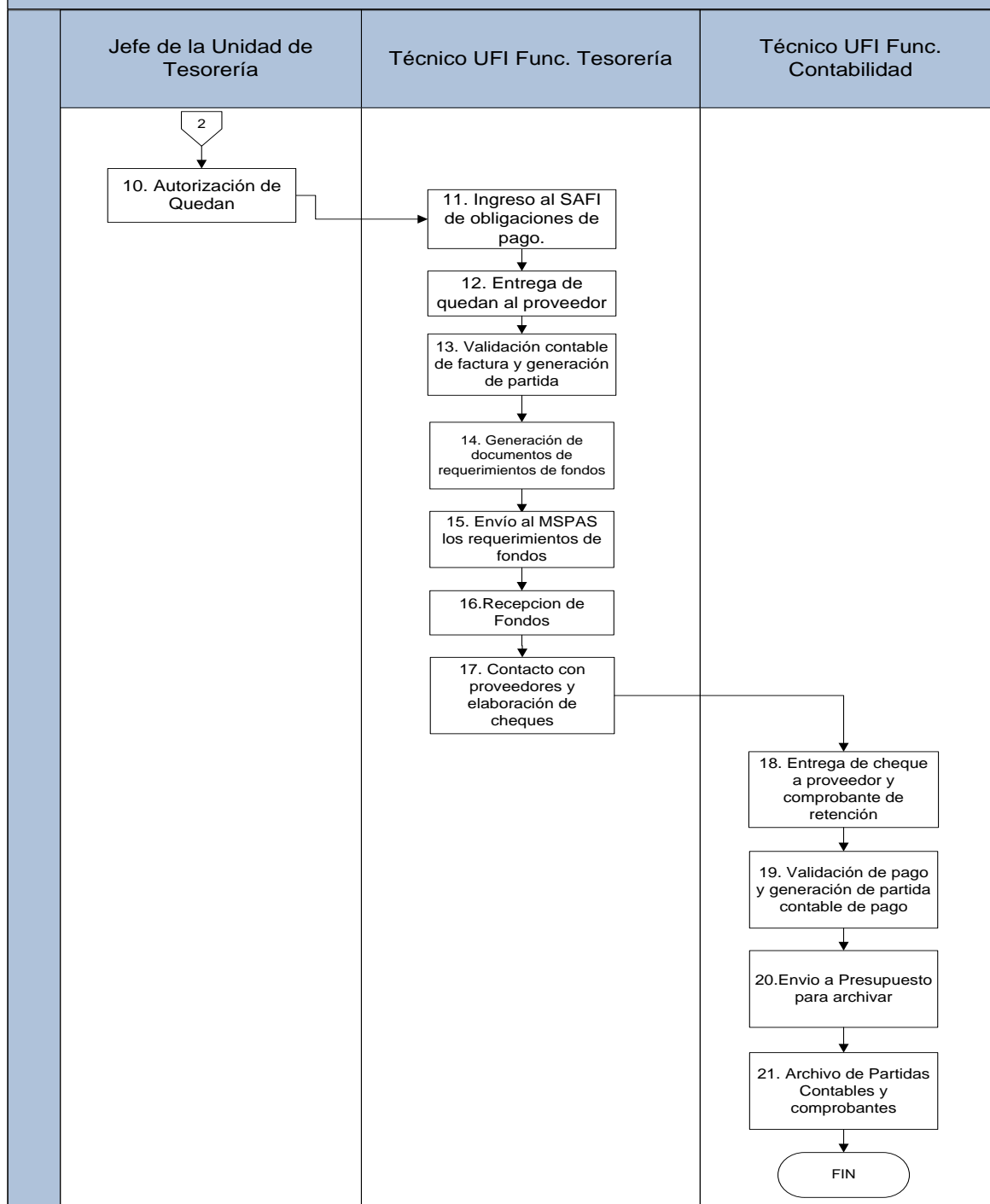
ENERO 2012

FEBRERO 2012

172 de 404



2. REGISTRO, CONTROL Y PAGO DE BIENES Y SERVICIOS



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

173 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Órdenes de Compra, Contratos, Quedan, Facturas, Comprobantes de retención.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

174 de 404



3. PAGO DE SALARIOS AL PERSONAL. P-03-003

1. OBJETIVO

Realizar las gestiones necesarias para efectuar el pago del salario del personal que trabaja en la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad Financiera Institucional y los Técnicos con funciones de Presupuesto y Contabilidad son los encargados de realizar las gestiones necesarias para realizar el pago de Salarios a todas las personas que trabajan en el ISRI.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El propósito de este procedimiento es hacer efectivo el pago de salarios al personal que labora en el ISRI, para lograrlo se deben de tomar en cuenta los siguientes elementos: Poseer las planillas oficiales, además de los Compromisos presupuestarios y los Requerimientos de Fondos, además de la Partida de pago.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

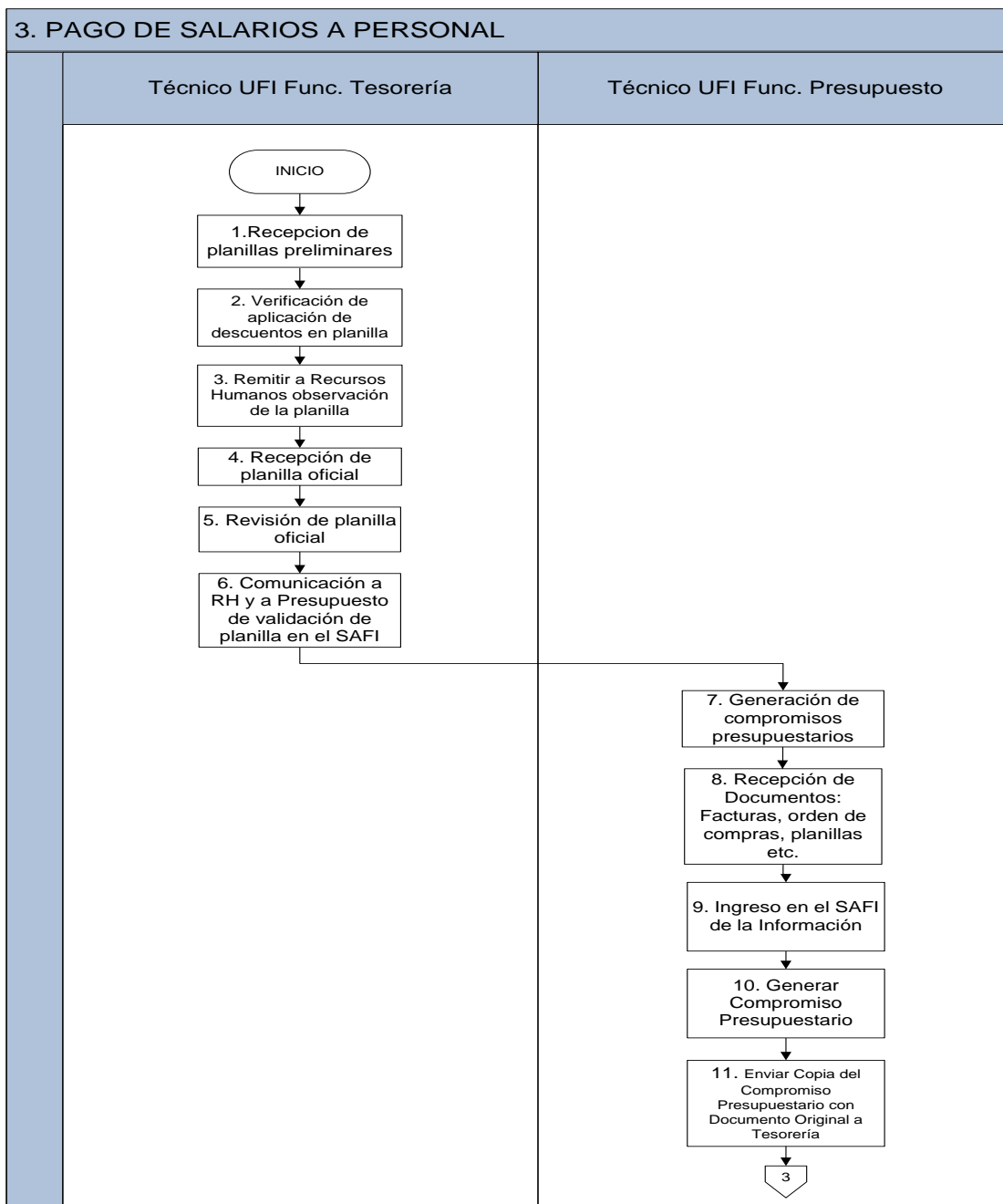
ENERO 2012

FEBRERO 2012

175 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

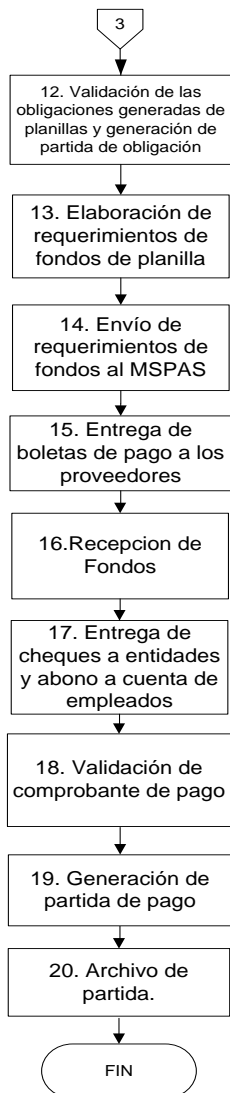
FEBRERO 2012

176 de 404



3. PAGO DE SALARIOS A PERSONAL

Técnico UFI Func. Contabilidad



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

177 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Planillas Preliminares, Planillas Oficial.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 91 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

178 de 404



4. REGISTRO DE INVENTARIOS Y DONACIONES.P-03-004

1. OBJETIVO

Controlar financieramente todos los elementos que ingresan o salen del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico de la Unidad con funciones de Contabilidad es el encargado de la realización de las actividades para el control financiero de los elementos que ingresan o salen del ISRI.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

A través del registro de inventarios y donaciones se pretende llevar un control financiero de los elementos que han entrado y salido de la Institución, los elementos que se encuentran en inventario y los recursos que han sido donados al ISRI.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

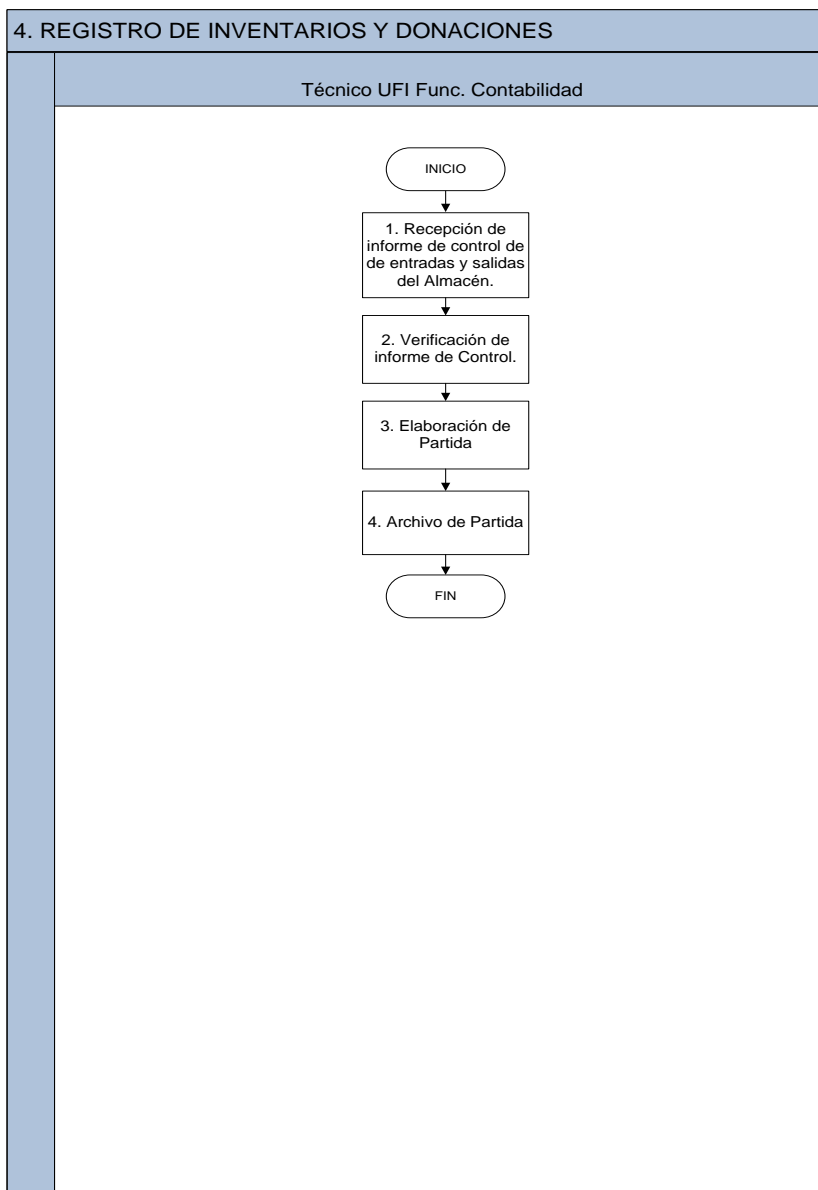
ENERO 2012

FEBRERO 2012

179 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

180 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Inventarios y Donaciones

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

181 de 404



5. CONTROL Y REGISTRO DE CONVENIOS. P-03-005

1. OBJETIVO

Realizar el control contable de los servicios prestados en los Centros de atención detallados en los Convenios del ISRI con otras Instituciones (ISSS e ISBM).

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todos los Centros de Atención y la Unidad Financiera Institucional.

3. RESPONSABLES

Los Técnicos con funciones de Presupuesto, Contabilidad y Tesorería son los encargados de realizar las gestiones necesarias para ejecutar el control contable de los servicios prestados en los Centros de Atención del ISRI estipulados en los Convenios de la Institución.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El propósito de este procedimiento es llevar a cabo el control de los servicios brindados por los Centros de Atención, generando la partida contable para obtener los comprobantes y elaborara los quedan, enviando al ISSS E IBM el reporte por los servicios brindados en los Centros de Atención.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

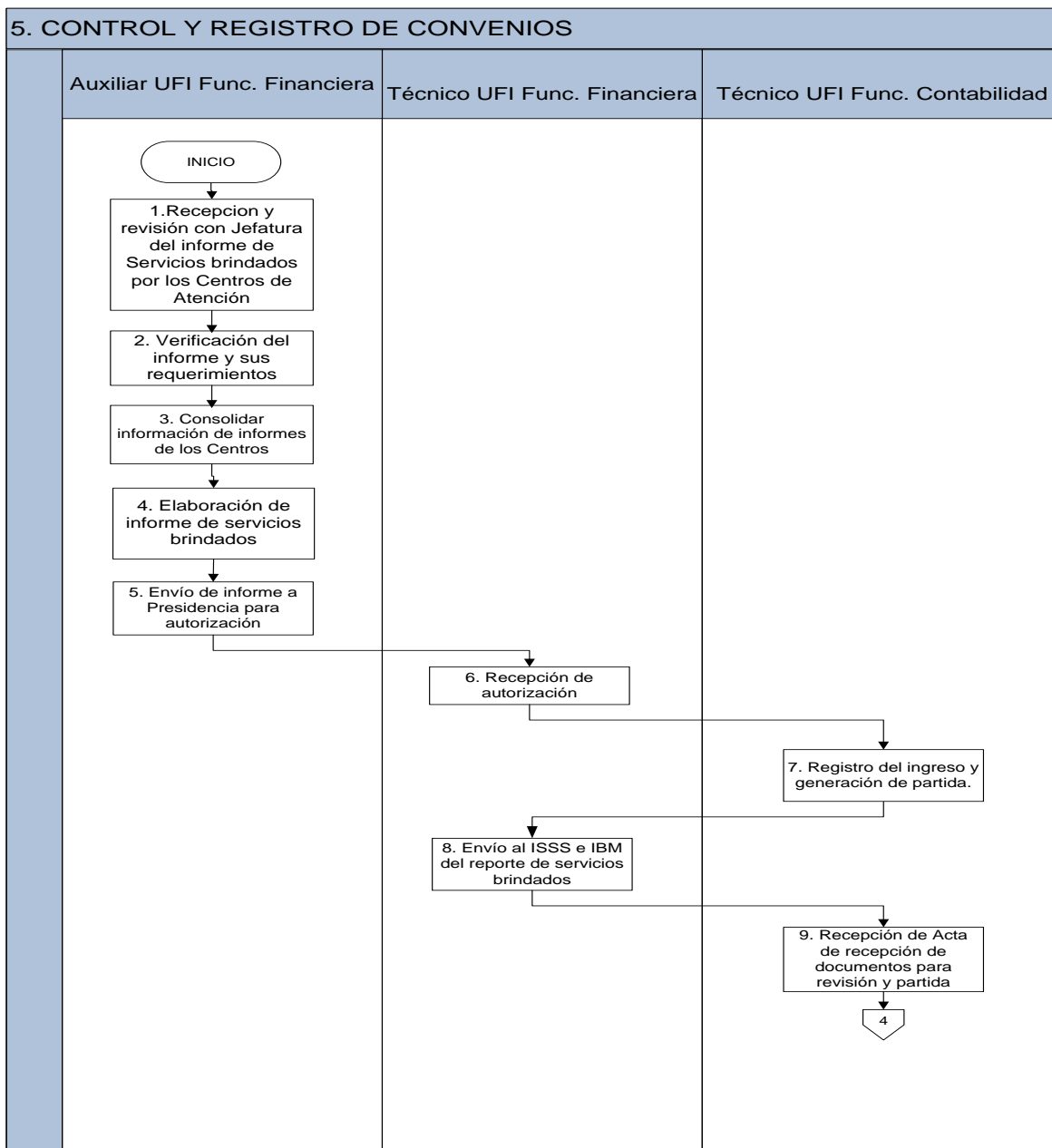
ENERO 2012

FEBRERO 2012

182 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

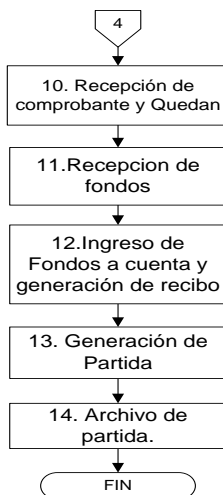
FEBRERO 2012

183 de 404



5. CONTROL Y REGISTRO DE CONVENIOS

Técnico UFI Func. Tesorería



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

184 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Informe de Servicios Brindados, Quedan, Partida Contable

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

185 de 404



6. SEGUIMIENTO Y EJECUCION PRESUPUESTARIA. P-03-006

1. OBJETIVO

Elaborar el informe mensual de ejecución presupuestaria del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad Financiera Institucional y el Técnico con Función Presupuestaria son los encargados realizar el Informe de Ejecución Presupuestaria del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Lo que persigue realizarse a través de este procedimiento es conocer la disponibilidad financiera de cada una de las dependencias del ISRI. Para elaborar un informe mensual de ejecución presupuestaria y enviarlo a Presidencia.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

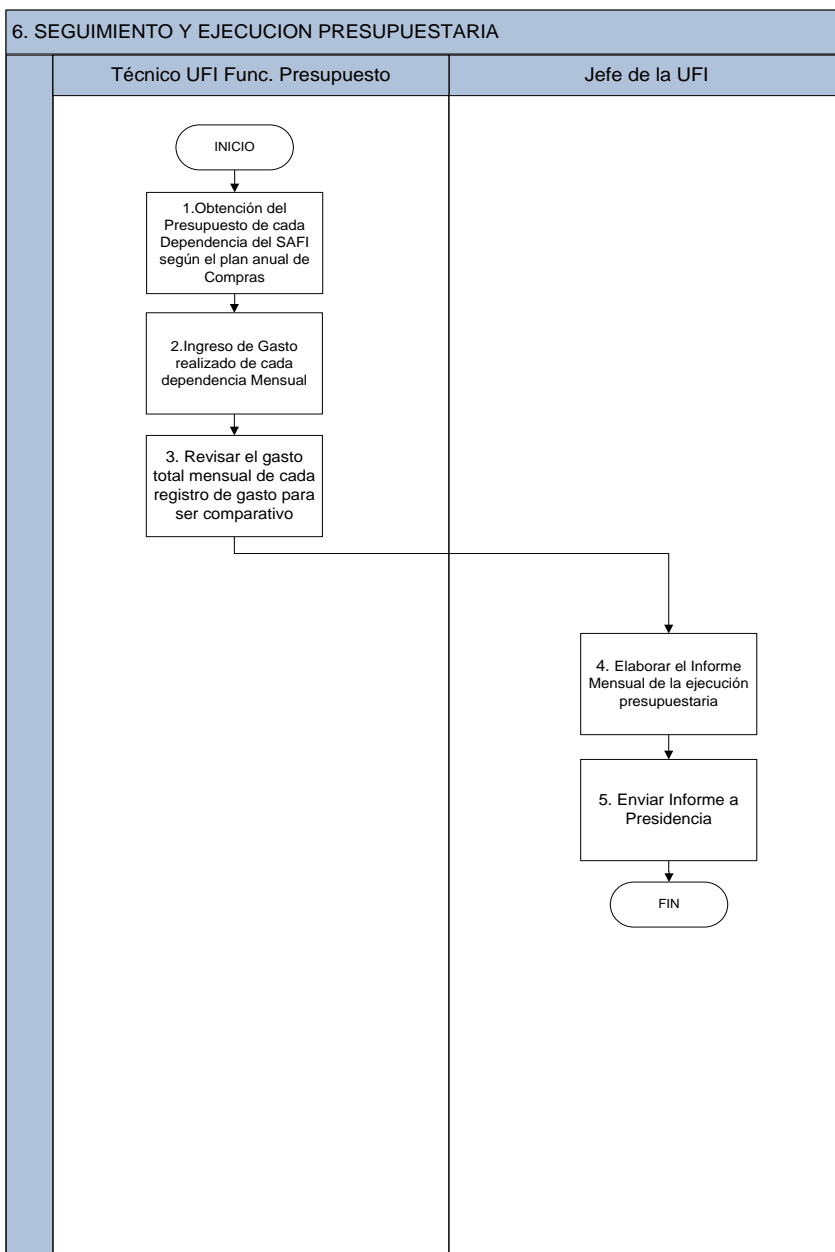
ENERO 2012

FEBRERO 2012

186 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

187 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Presupuesto de cada dependencia
Informe de gastos de cada Unidad
Informe Mensual de Ejecución Presupuestaria

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control Presupuestario

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Presupuesto gastado al mes}}{\text{Presupuesto programado al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

Observación: este indicador permitirá identificar si el gasto del presupuesto se está realizando de acuerdo a lo programado en las diferentes dependencias de la Administración Superior y del CAL, este indicador se aplicara mensualmente. El valor máximo establecido es de 100% lo que se interpreta que el presupuesto gastado es igual al presupuesto programado, el valor mínimo de 80% corresponde al porcentaje permisible del gasto del presupuesto en relación al presupuesto programado, lo que se interpreta que la unidad o centro no ha gastado el presupuesto programado en el mes, por lo que la unidad/centro en estudio debe comunicar las razones por las que se ha dado dicha situación de recursos acumulados.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas
- B. Si el valor es mayor a valor máximo, debe revisarse los gastos de la unidad en estudio y analizar la necesidad del consumo de recursos económicos

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

188 de 404



7. ELABORACION DE MODIFICACION PRESUPUESTARIA. P-03-007

1. OBJETIVO

Realizar la reprogramación presupuestaria del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad Financiera Institucional y el Técnico con Función Presupuestaria son los encargados de realizar la modificación presupuestaria Institucional.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Lo que persigue este procedimiento es realizar las reprogramaciones presupuestarias de cada unidad que compone el ISRI necesarias a lo largo de los meses, tomando en cuenta la solicitud de reprogramaciones presupuestarias de cada dependencia, para ingresarlas al SAFI.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

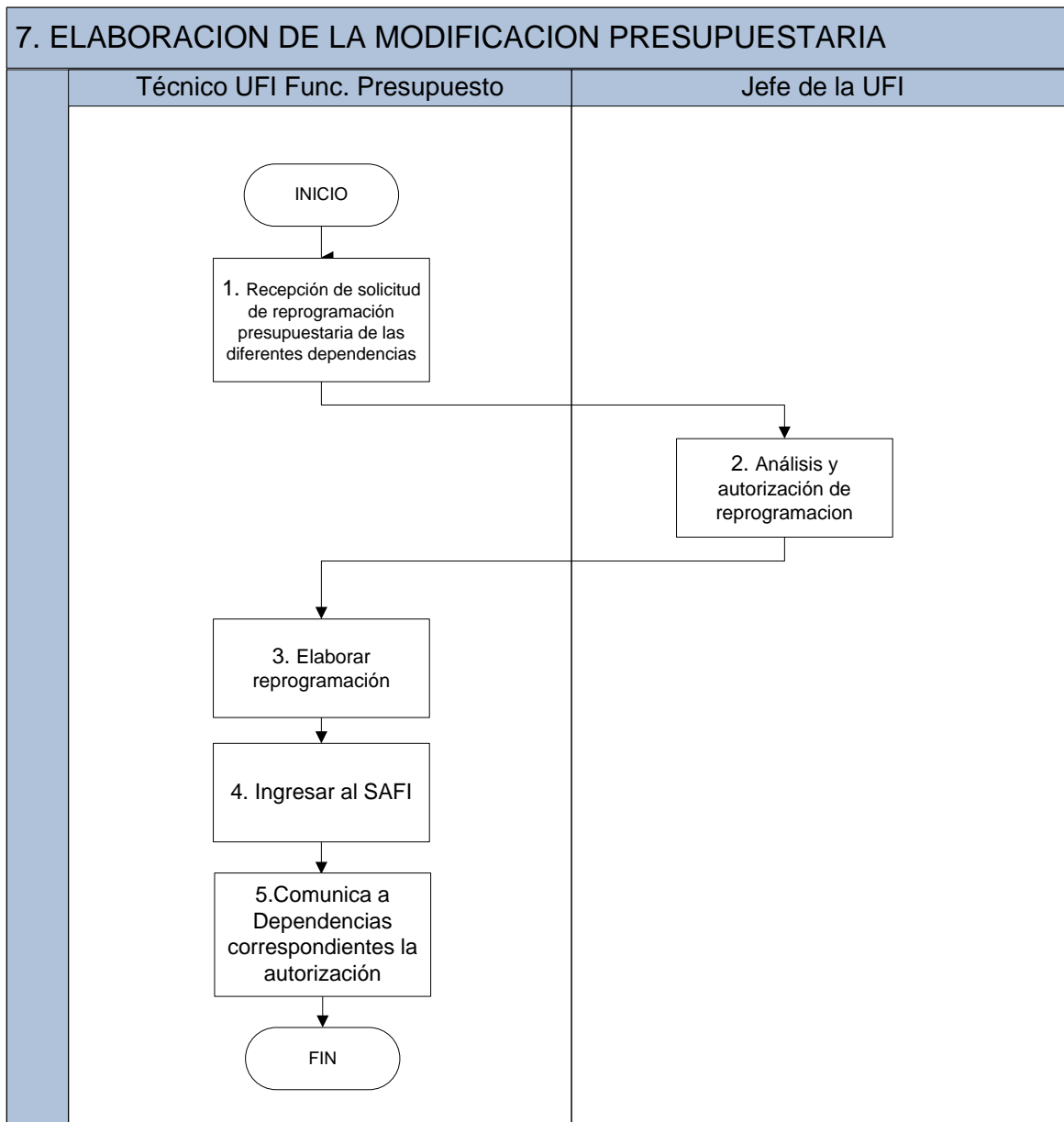
ENERO 2012

FEBRERO 2012

189 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

190 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de reprogramación Presupuestaria

Reprogramación del Presupuesto del ISRI

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

191 de 404



8. CIERRE CONTABLE MENSUAL. P-03-008

1. OBJETIVO

Realizar el cierre contable mensual del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Técnico con Función Contable son los encargados de realizar el cierre contable de la Institución.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

La realización del cierre contable mensual, es la razón de ser de este procedimiento cerrando todas las cuentas y haciendo los ajustes necesarios, elaborando un reporte del cierre mensual contable, esto da inicio recibiendo de cada dependencia del ISRI los recibos de Ingresos y la documentación que respalda los gastos realizados estos se ingresan en el SAFI y se validan los gastos, con esto se elaboran los comprobantes de ingreso y gastos para así elaborar el devengado, recibido y pagado para emitir el comprobante de percibido y/o pagado.

Se revisan en el SAFI los movimientos, se genera el cierre Contable Mensual finalizando con la elaboración del Informe del Cierre Contable.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

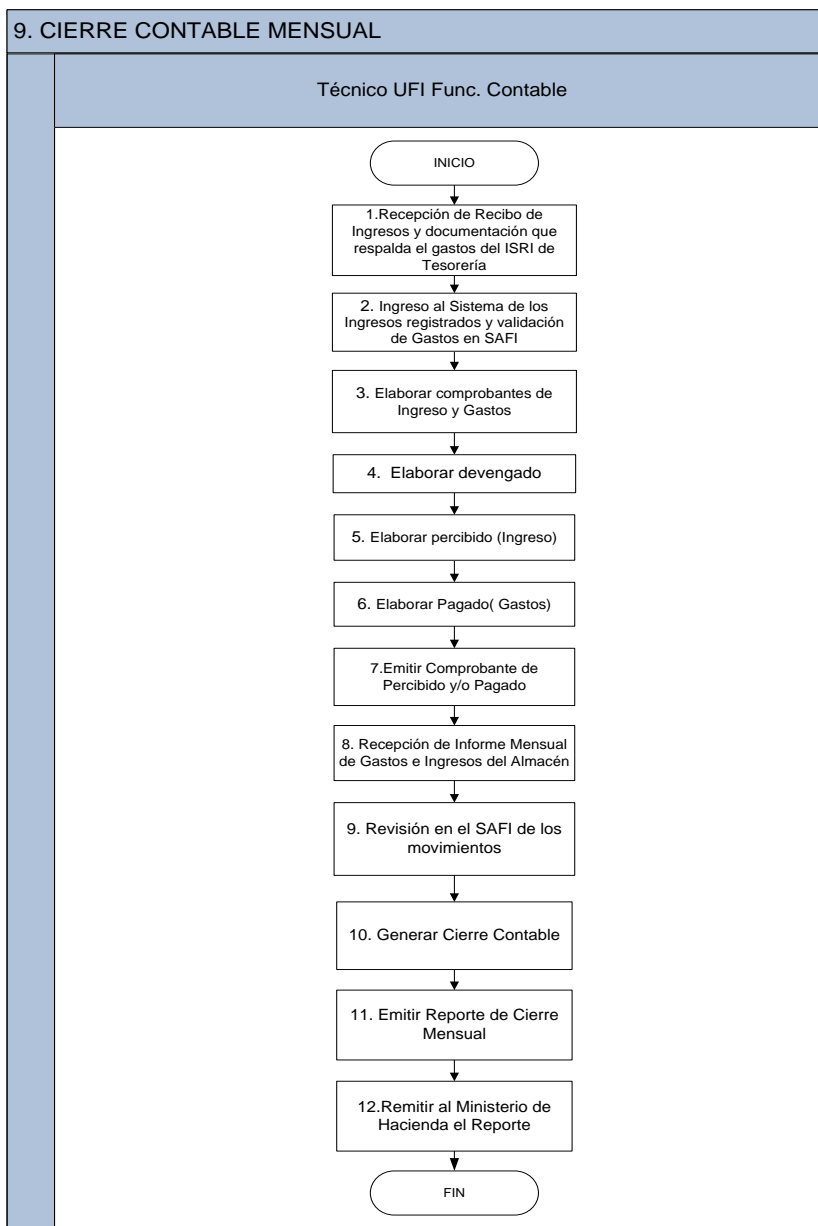
ENERO 2012

FEBRERO 2012

192 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

193 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Recibo de Ingresos y Gastos del ISRI

Informe Mensual de gastos

Cierre Contable Mensual

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

194 de 404



9. CIERRE CONTABLE ANUAL.P-03-009

1. OBJETIVO

Realizar el cierre contable Anual del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las Unidades que forman parte el ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad Financiera Institucional y el Técnico con Función Contable son los encargados de realizar la modificación presupuestaria Institucional.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El resultado final de este procedimiento es el cierre contable anual, el cual se logra revisando los cierres contables mensuales realizados, terminando con la elaboración del reporte del cierre anual y de los estados financieros.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

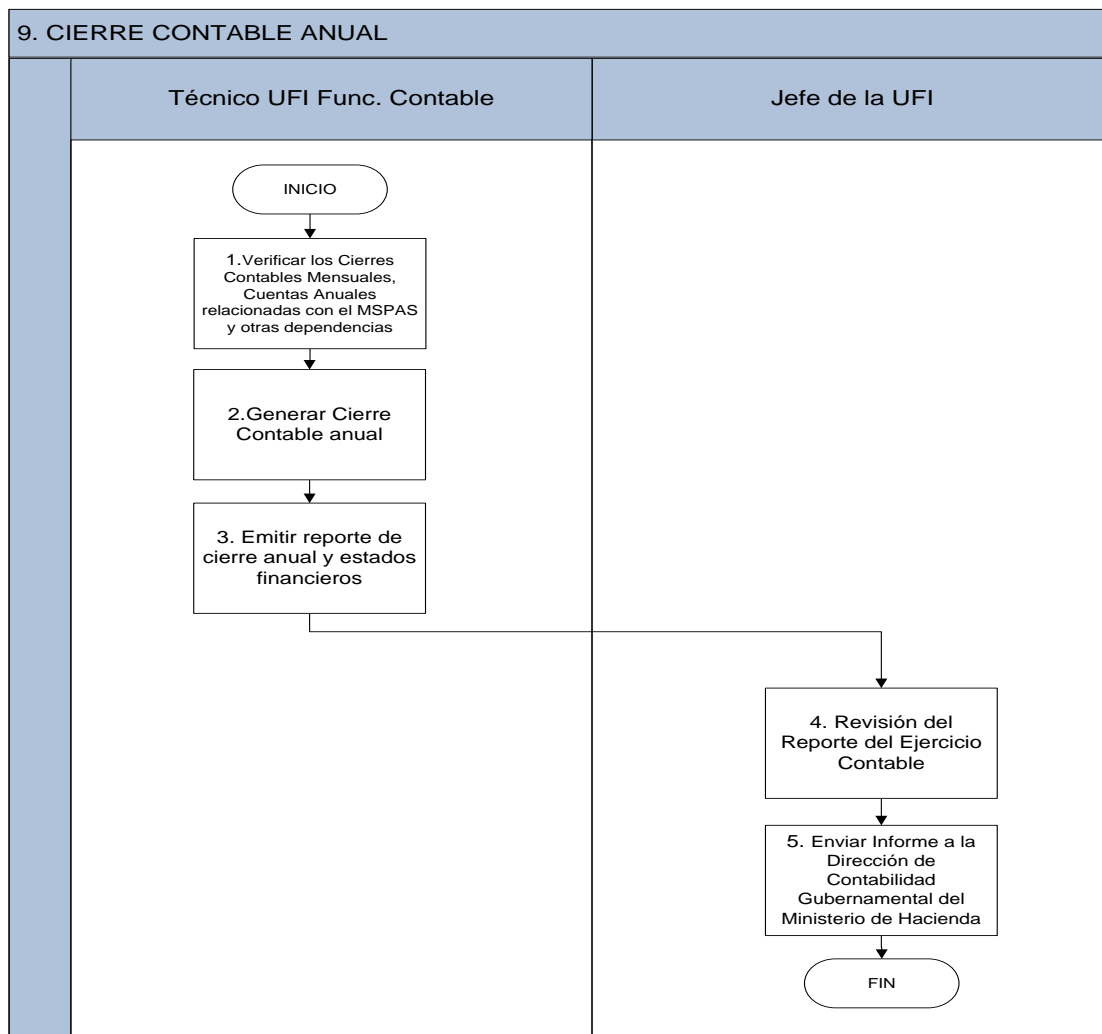
ENERO 2012

FEBRERO 2012

195 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

196 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Cierres Contable Anual

Estados Financieros

Informe del Cierre Contable Anual

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 92 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

197 de 404



7. UNIDAD DE COMUNICACIONES

1. ELABORACION DE MATERIAL DE DIFUSION INTERNA Y EXTERNA.

P-07-001

1. OBJETIVO

Elaborar el material de difusión interna y externa con la información relevante de la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a la Unidad de Comunicaciones del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Comunicaciones y el Técnico Administrativo I son los encargados de elaborar el material de difusión interna y externa de la Institución.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en elaborar el material de difusión en los cuales contenga información relevante del acontecer de la Institución, los eventos, proyectos, programas en los que participa etc. y dar a conocer la labor que realiza a diario en el campo de la rehabilitación integral. Siguiendo los siguientes pasos: la revisión del Informe de Consolidación de información, selección de información relevantes para así finalizar con la elaboración del material de difusión culminando con el envío de material a dependencias y usuarios externos

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

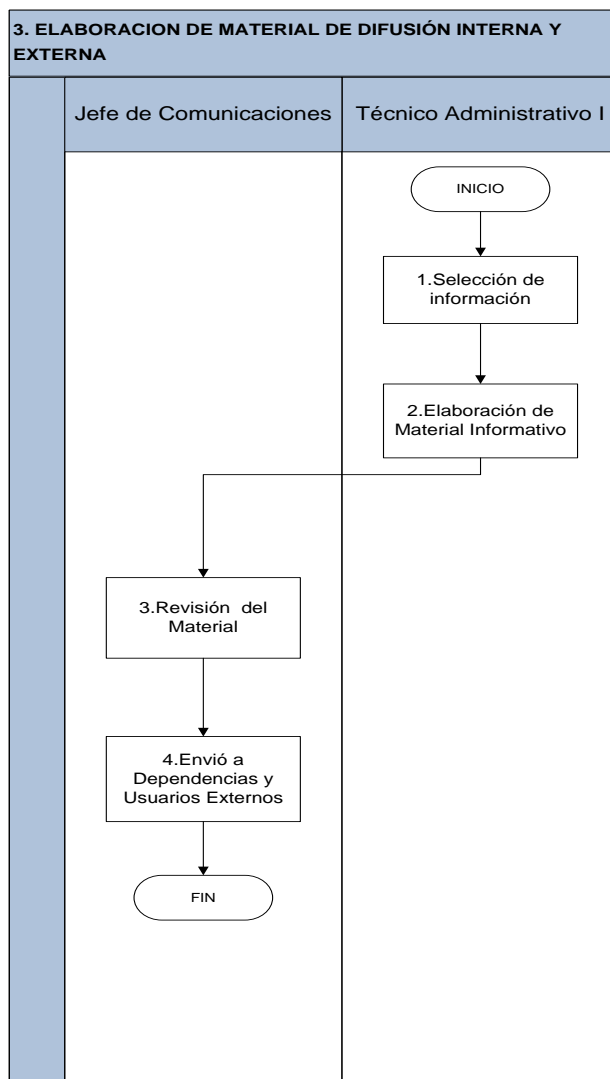
ENERO 2012

FEBRERO 2012

198 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

199 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Informe de Acontecimientos relevantes del ISRI

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

200 de 404



8. UNIDAD DE CONTROL DE BIENES INSTITUCIONALES

1. ASIGNACION DE CODIGOS DE INVENTARIOS.P-08-001

1. OBJETIVO

Asignar los códigos a los bienes que ingresan al ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todas las dependencias del ISRI.

3. RESPONSABLES

El técnico Administrativo I y la Secretaria II son los encargados de realizar las gestiones necesarias para realizar la asignación de los Códigos de los Bienes ingresados al ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en asignar los códigos de los bienes que ingresan al Almacén Central para formar parte del inventario de la institución. Inicia con la recepción de la lista de los bienes ingresados al Almacén Central para luego registrar la lista de bienes en el Sistema, después se procede a la asignación de códigos de los bienes, finalizando con la elaboración de informe de bienes y sus códigos asignados.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

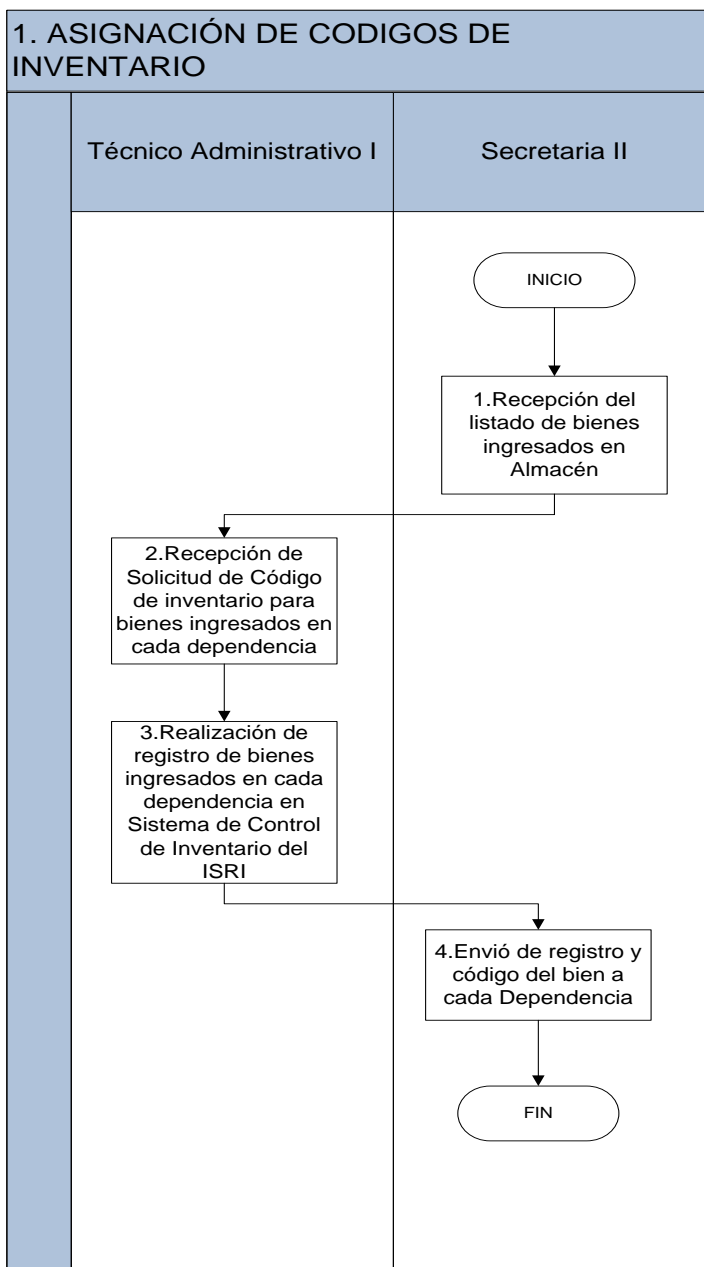
ENERO 2012

FEBRERO 2012

201 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

202 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Informe sobre Bienes Ingresados al Almacén Central

Solicitud de Asignación de Códigos

Registro de Bienes en el Sistema de Control de Activos Fijos

Lista de Códigos Asignados

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

203 de 404



2. VERIFICACION FISICA DE INVENTARIOS A DEPENDENCIAS. P-08-002

1. OBJETIVO

Verificar físicamente el Inventario de todas las dependencias del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todas las dependencias del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Control de Bienes Institucional junto con el técnico Administrativo y la Secretaria II son los encargados de realizar las gestiones necesarias para realizar la verificación física del inventario del activo fijo del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en verificar físicamente el inventario reportado en el informe por las diferentes dependencias del ISRI. Para realizar este procedimiento como primer paso se programan las verificaciones de cada dependencia, además de realizar la verificación física y se elabora el informe de hallazgos encontrados, para finalizar con la remisión del informe a las dependencias correspondiente y a la Gerencia Administrativa

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

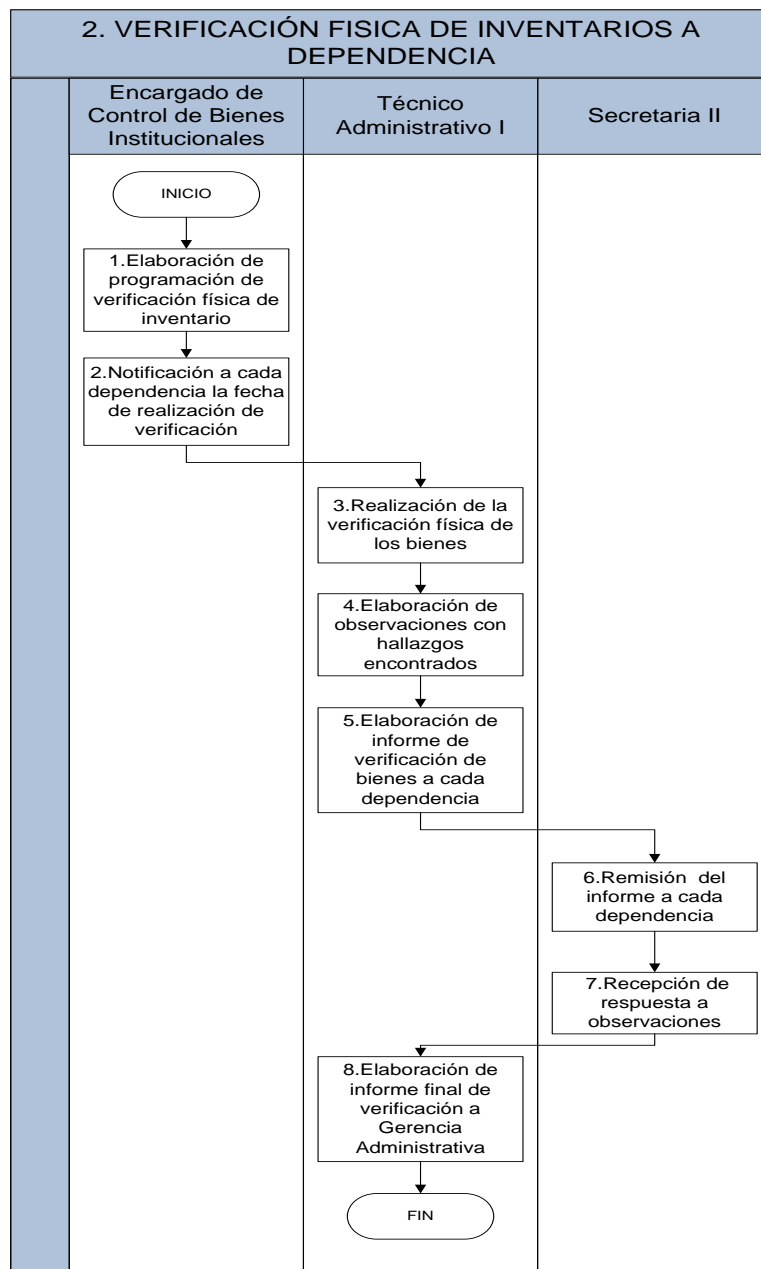
ENERO 2012

FEBRERO 2012

204 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

205 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Informe sobre Bienes Inventariados del ISRI

Informe Final del Inventario

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

206 de 404



3. CONCILIACION DE ACTIVOS FIJOS. P-08-003

1. OBJETIVO

Actualizar el inventario de activos fijos de la Institución.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todas las dependencias del ISRI.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad de Control de Bienes Institucional junto con el técnico Administrativo y la Secretaria II son los encargados de realizar las gestiones necesarias para realizar la actualización del Inventario del activo fijo del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

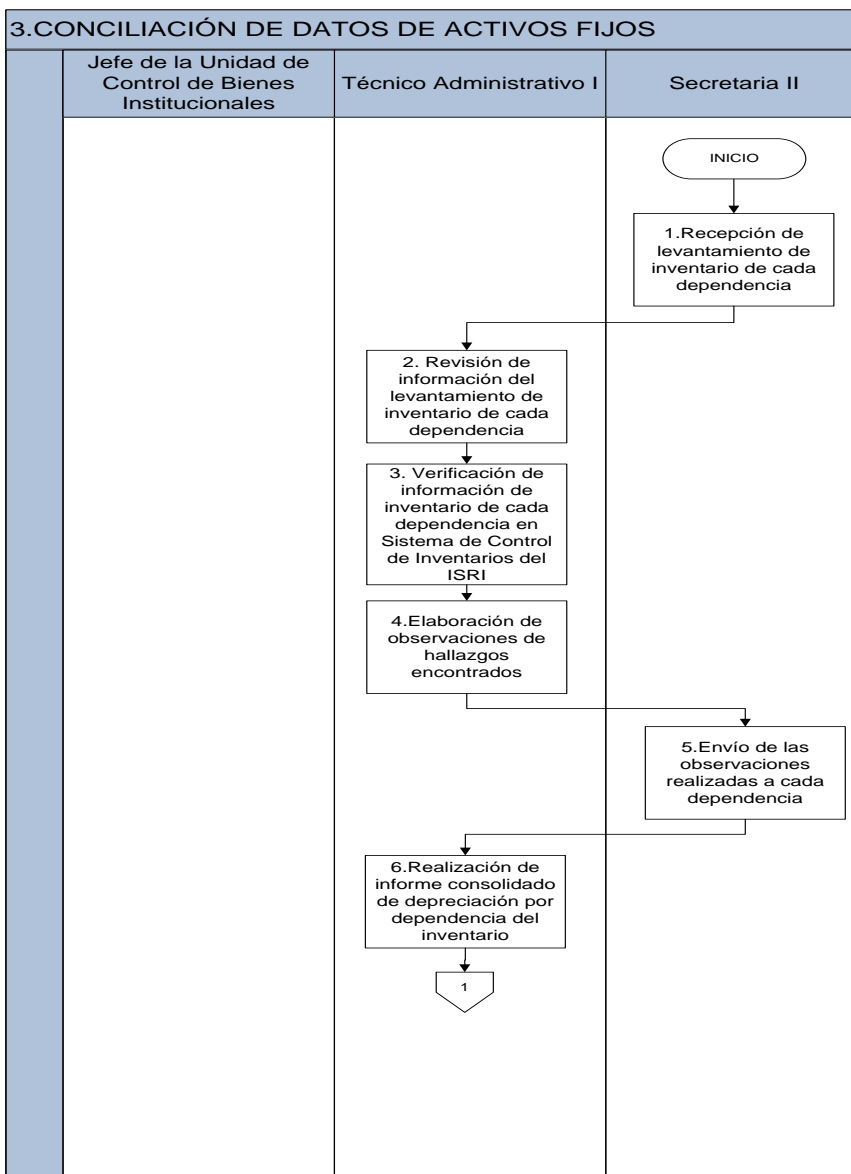
Este procedimiento consiste en el levantamiento de toda la información sobre todos los activos fijos que se encuentran en cada una de las dependencias de la institución. Realizando los siguientes pasos: Solicita a todas las dependencias el levantamiento del inventario de los activos Fijos, se Recibe la información y se realiza una revisión de la misma, Verificando la información reportada versus la que se encuentra en el Sistema De Control de Bienes, finalizando con la realización del informe con los hallazgos encontrados.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	207 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

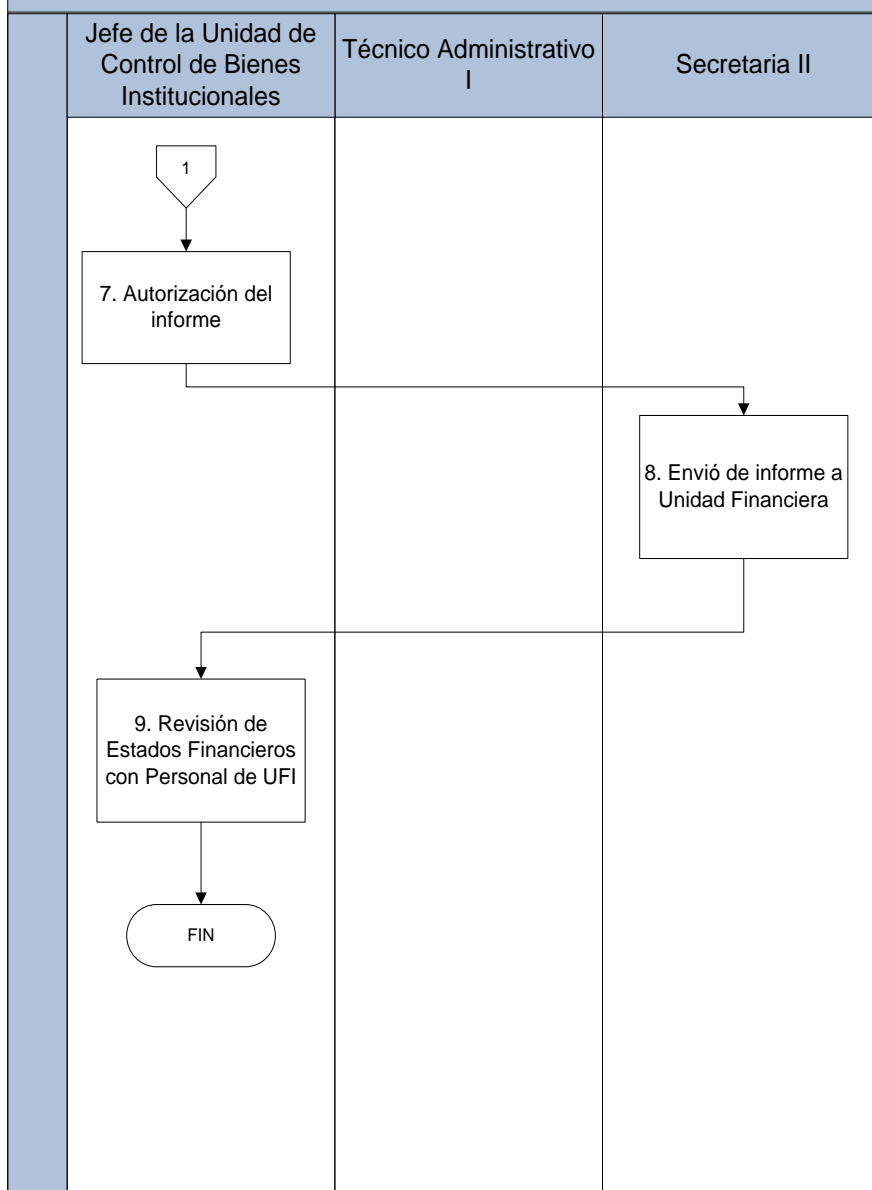
ENERO 2012

FEBRERO 2012

208 de 404



3. CONCILIACIÓN DE DATOS DE ACTIVOS FIJOS



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

209 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Inventario de Activos Fijos de cada Unidad del ISRI.
Informe de Conciliación de Datos de Activos Fijos.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

210 de 404



9. SERVICIOS GENERALES

1. TRANSPORTE DE USUARIOS AL ISRI. P-09-001

1. OBJETIVO

Efectuar el transporte a usuarios.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de servicios Generales Sección Transporte.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Coordinador de Transporte y el Motorista son los responsables de brindar el transporte de usuarios.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en brindar el servicio de Transporte a usuarios del ISRI de los diferentes Centros de Atención según la solicitud realizada. Se recibe la de solicitud de Transporte del Centro de Atención, se ubica a usuario en ruta y Unidad designada finalizando con la elaboración Informe de Servicio de Transporte.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

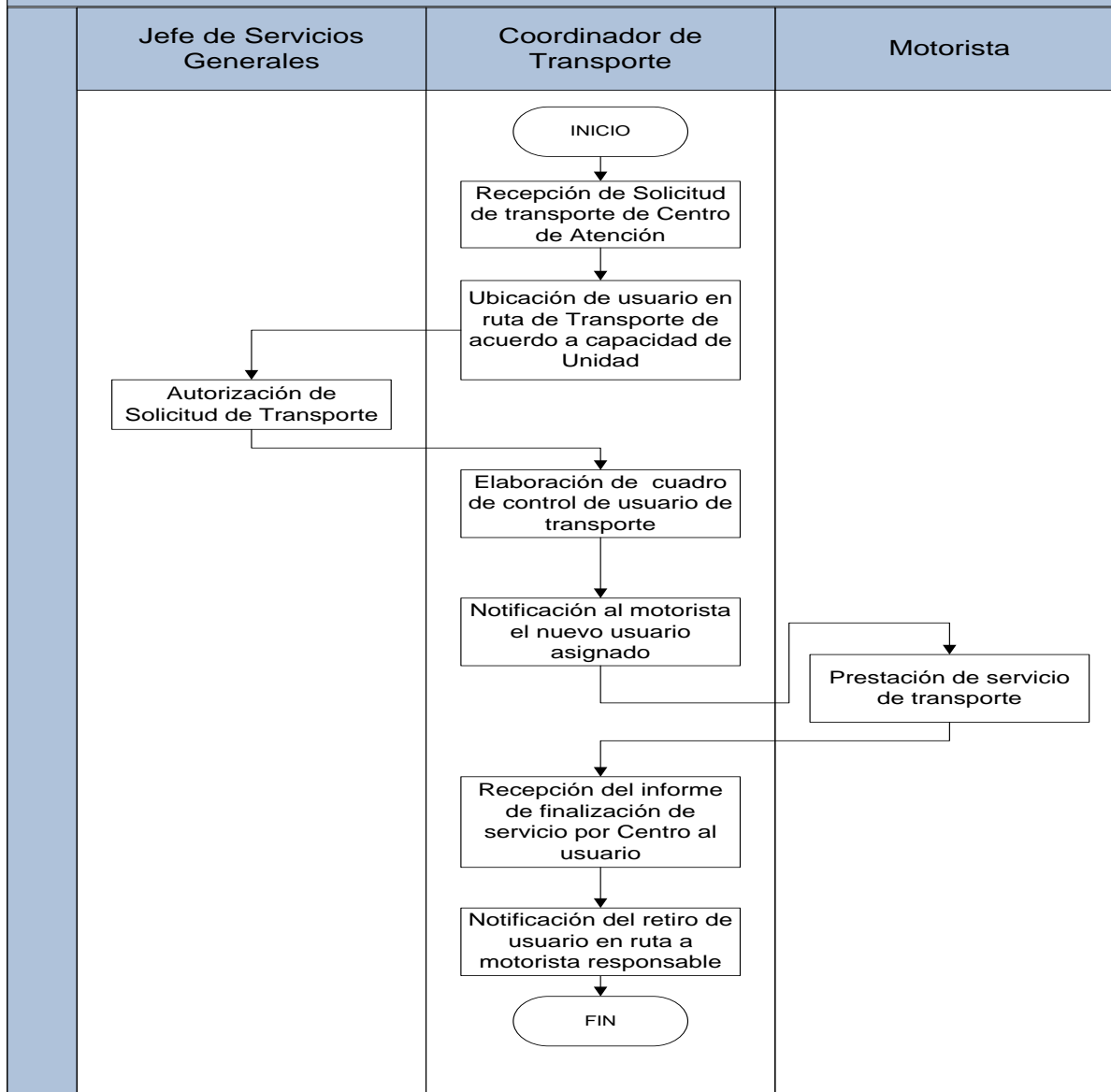
FEBRERO 2012

211 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento

1. TRANSPORTE DE USUARIOS DEL ISRI



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

212 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de Transporte.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de la Producción

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Produccion Mensual Obtenida}}{\text{Produccion Mensual Planificada}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

213 de 404



2. MANTENIMIENTO DE VEHICULOS. P-09-002

1. OBJETIVO

Efectuar el mantenimiento a las Unidades vehiculares.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de servicios Generales.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Coordinador de Transporte y el Motoristas son los responsables de realizar el mantenimiento a los vehículos.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en dar mantenimiento a todas las unidades vehiculares pertenecientes a la Institución con el fin de que se encuentren en óptimas condiciones para brindar los servicios de Transporte. Se elabora plan Anual de mantenimiento, se realiza el diagnóstico de Unidades Vehiculares, se elabora las solicitudes de compra o solicitud de servicios especiales, se da el seguimiento de orden de compra o contrato, finalizando con la elaboración de Actas de proveedores y la Elaboración de informes respectivos

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

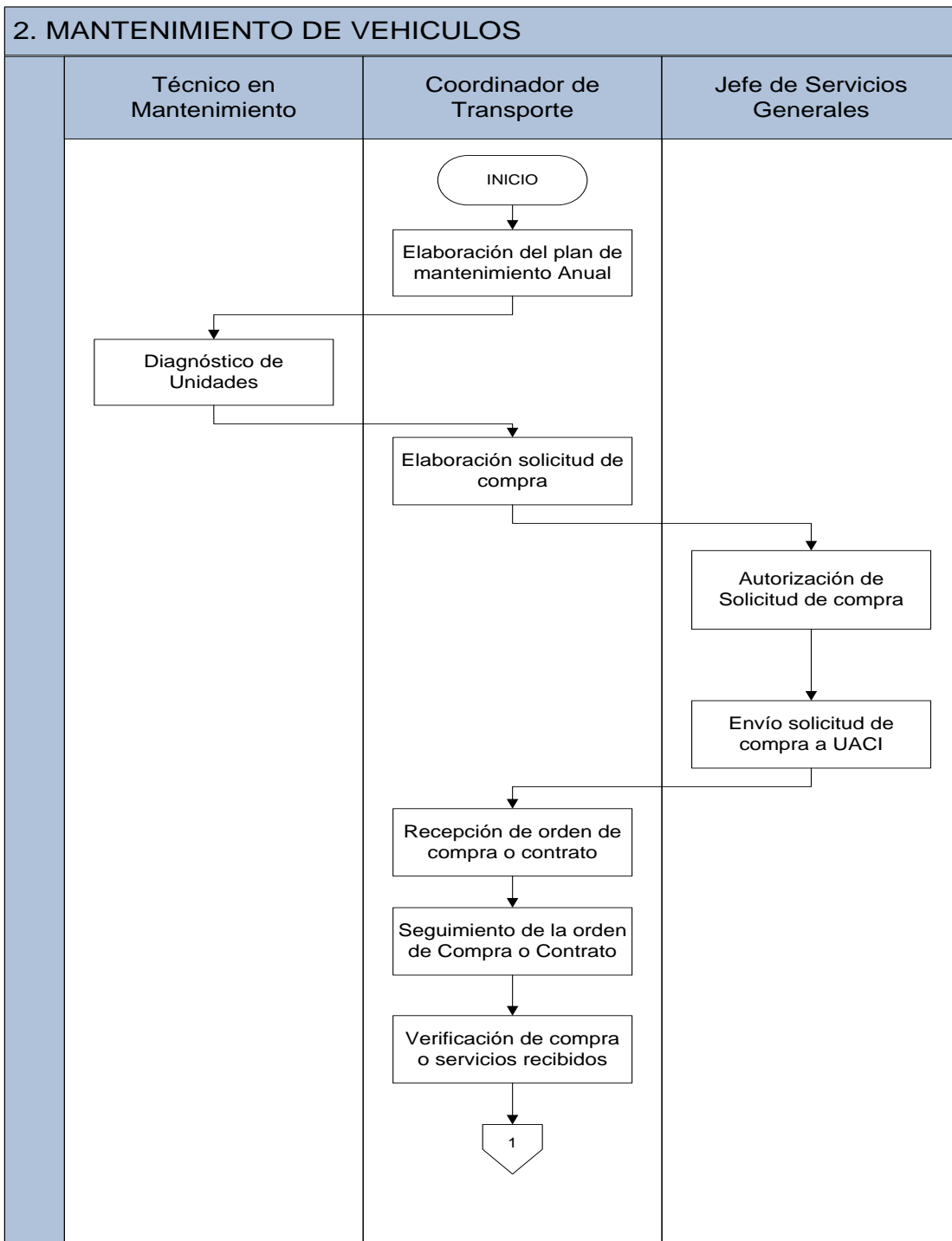
ENERO 2012

FEBRERO 2012

214 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

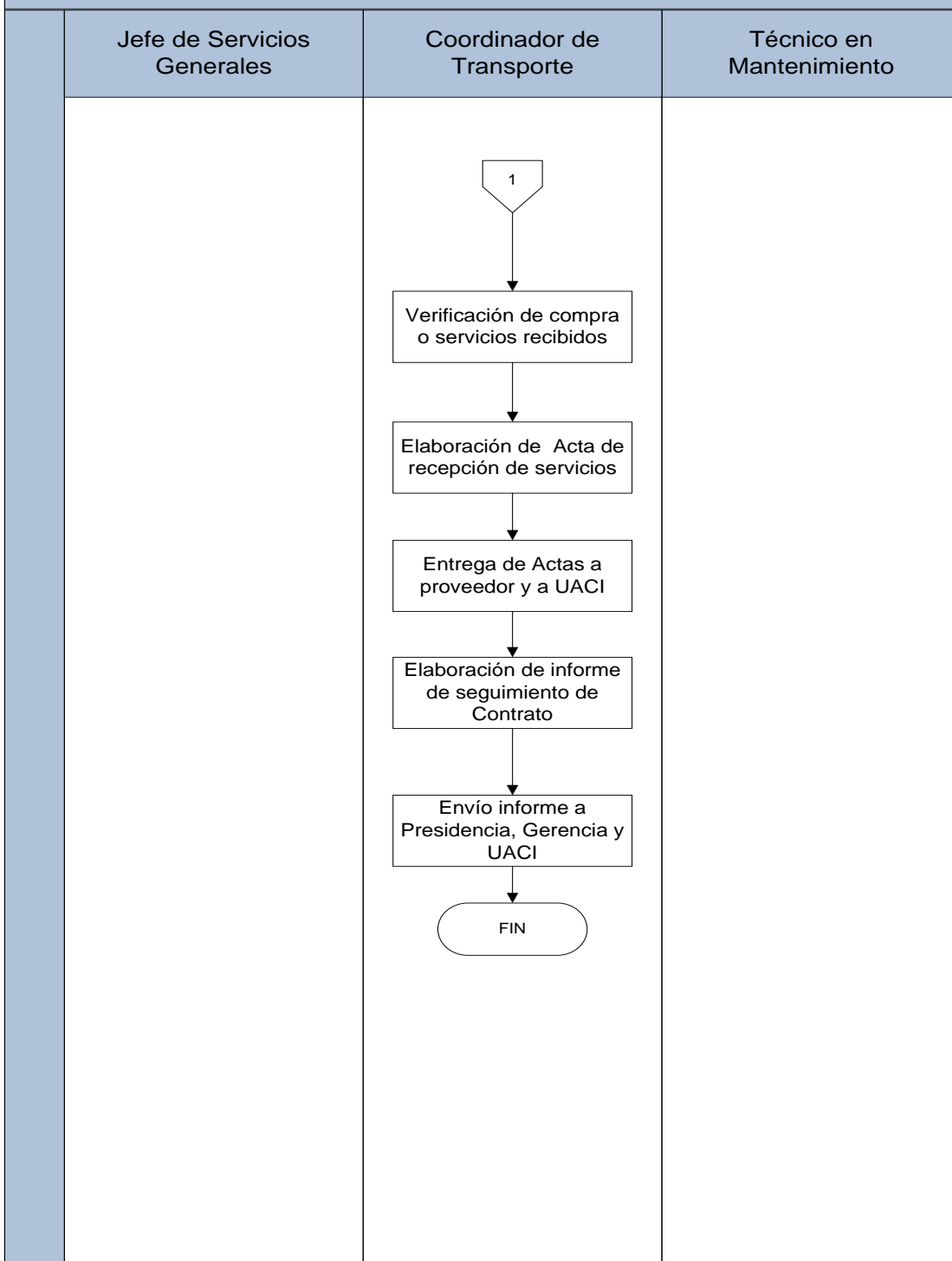
ENERO 2012

FEBRERO 2012

215 de 404



2. MANTENIMIENTO DE VEHICULOS



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

216 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Inventario de Unidades Vehiculares.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 60 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

217 de 404



3. SEGURIDAD Y VIGILANCIA DE LA INSTITUCION. P-09-003

1. OBJETIVO

Brindar el resguardo de la Institución y los bienes muebles e inmuebles.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de servicios Generales.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, EL Coordinador de vigilancia son los responsables de coordinara la seguridad del ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en el resguardo de la Institución y los bienes muebles e inmuebles que en ella se encuentren. Para eso se efectúan las siguientes actividades se registran las novedades que ocurran en la institución en Libro de Novedades, se elabora el reporte de actividades diarias se identificar hallazgos relevantes en reporte de actividades diarias. Se realizar informe de hallazgos y se envía a Gerencias Reporte de Hallazgos

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

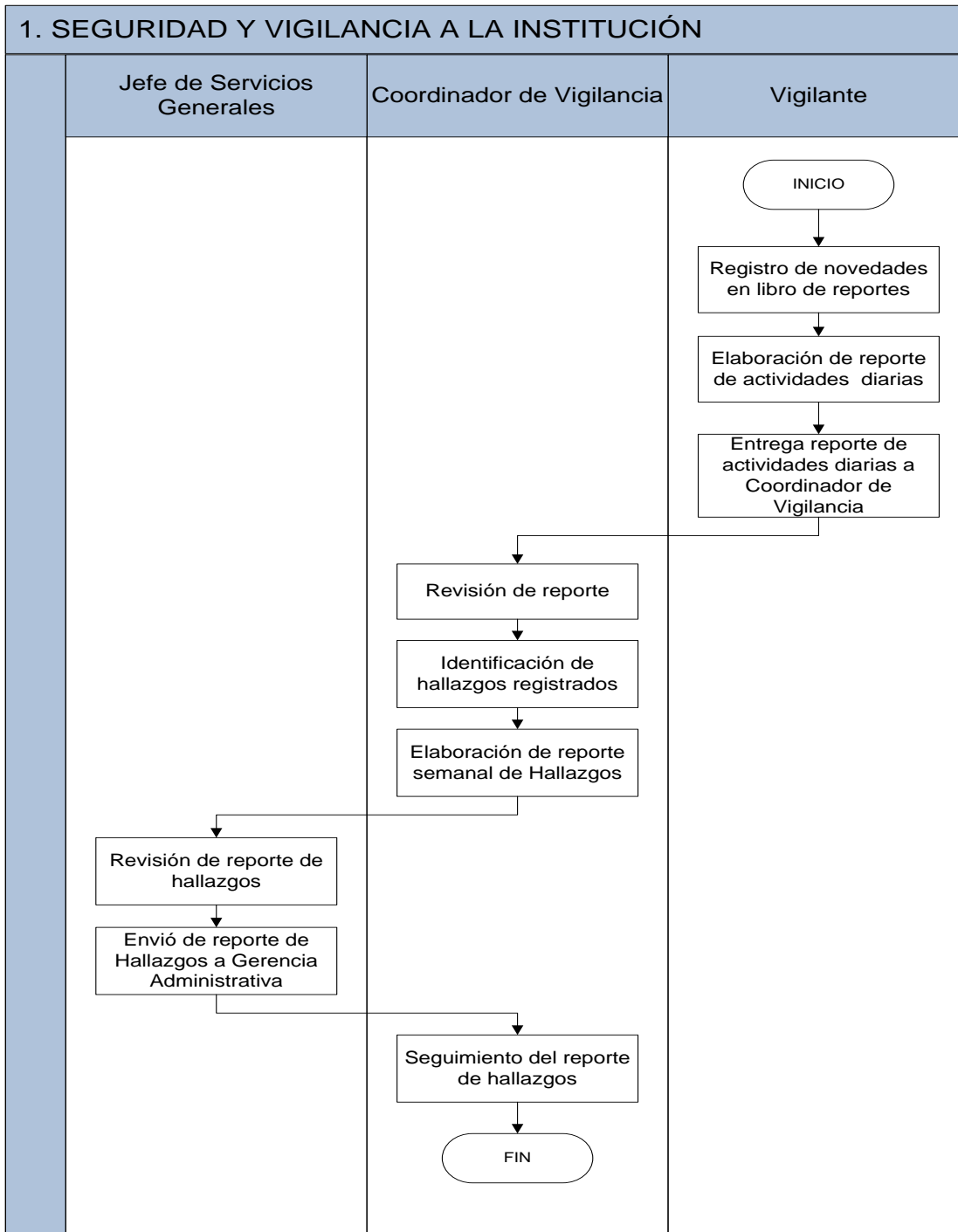
ENERO 2012

FEBRERO 2012

218 de 404



4.3. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

219 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Actividades Diarias.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Vigilancia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de sucesos controlados al mes}}{\text{Cantidad de sucesos ocurridos al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

Observación: este indicador permitirá identificar la cantidad de sucesos controlados por el área de vigilancia en relación a los sucesos ocurridos en la institución determinando el desempeño y coordinación del personal de dicha área en respuesta a dichos sucesos. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que de todos los sucesos ocurridos en el mes todos fueron controlados, el valor mínimo de 80% corresponde al porcentaje permisible de sucesos controlados, lo cual se interpreta que se cumplió parcialmente con el control de los sucesos registrados en el mes.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

220 de 404



4. REPARACIÓN Y/O MEJORA DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO. P-09-004

1. OBJETIVO

Programar las reparaciones y mejoras a las Instalaciones del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de servicios Generales.

3. RESPONSABLES

El Jefe de la Unidad, el Coordinador de mantenimiento y el Técnico en Mantenimiento son los responsables gestionar las reparaciones o mejoras.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en establecer la programación anual y de los trabajos que se realizaran en la institución para mejora de las instalaciones. Se establecer el programa anual de trabajo se elabora la programación semanal de trabajo a realizar y se elabora el informe de órdenes de trabajo realizadas para presentar a Gerencia Administrativa.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

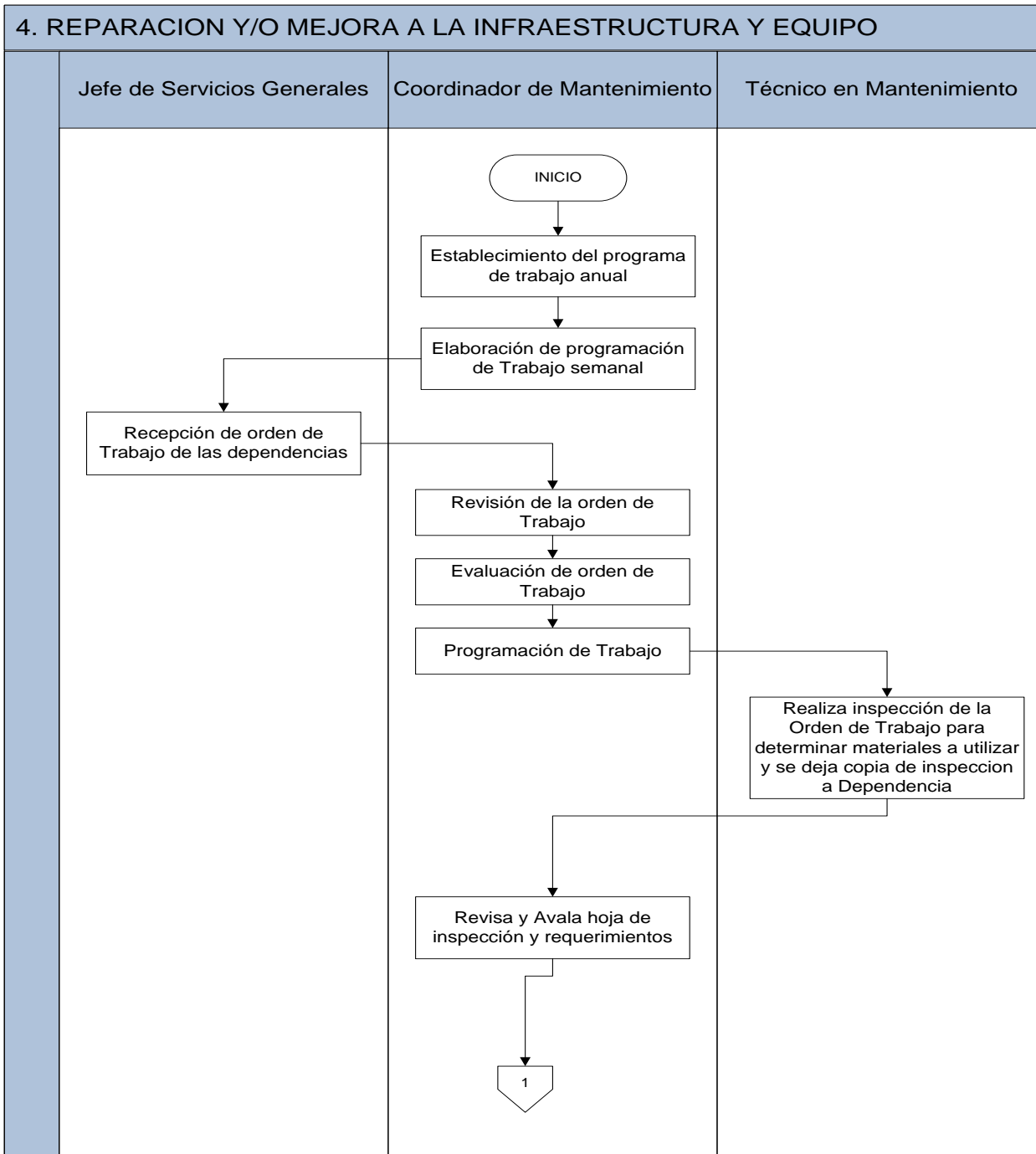
ENERO 2012

FEBRERO 2012

221 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

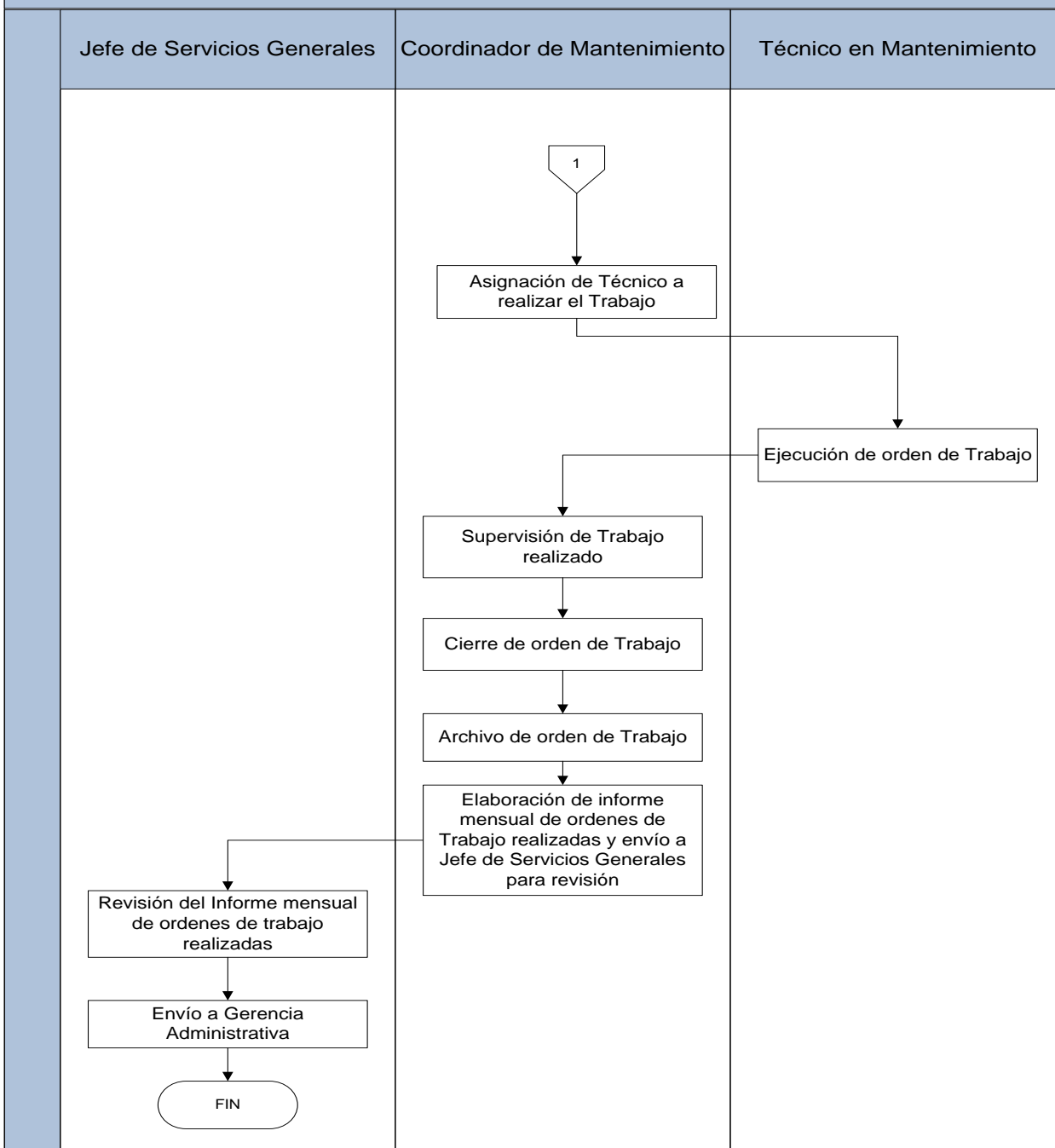
ENERO 2012

FEBRERO 2012

222 de 404



4. REPARACION Y/O MEJORA A LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

223 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Ordenes de Trabajo

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Cumplimiento de órdenes de trabajo

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de ordenes de trabajo realizadas al mes}}{\text{Cantidad de ordenes de trabajo recibidas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

Observación: este indicador permitirá identificar el porcentaje de cumplimiento de las ordenes de trabajo realizadas por el departamento de servicios generales en relación a las órdenes recibidas en el mes, determinando la efectividad de respuesta del departamento antes las necesidades que se presentan en las dependencias del ISRI. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que realizaron todas las ordenes de trabajo recibidas en el mes, el valor mínimo de 80% corresponde al porcentaje permisible de cumplimiento de las ordenes de trabajo recibidas, lo que se interpreta que se cumplió parcialmente con las ordenes demandadas por las dependencias del ISRI.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

224 de 404



5. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO. P-09-005

1. OBJETIVO

Realizar el Mantenimiento a la Infraestructura del ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de servicios Generales.

3. RESPONSABLES

Jefe de la Unidad, el Coordinador de mantenimiento y el Técnico en Mantenimiento son los responsables gestionar el mantenimiento al ISRI.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en realizar la planificación anual del trabajo de mantenimiento a la infraestructura y equipo con el fin de prevenir el deterioro del mismo o fallas debido al constante uso.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

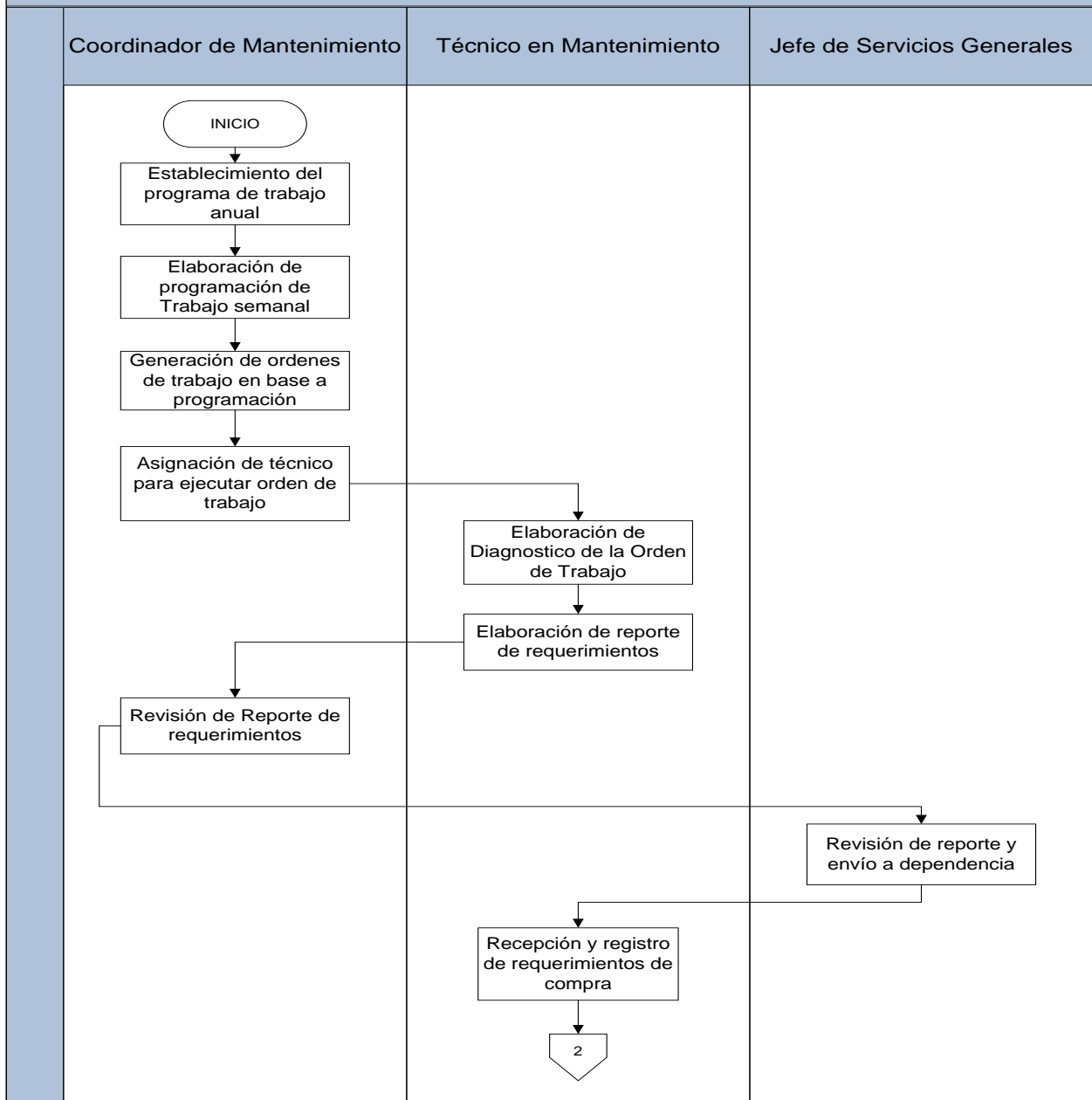
FEBRERO 2012

225 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento

5. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

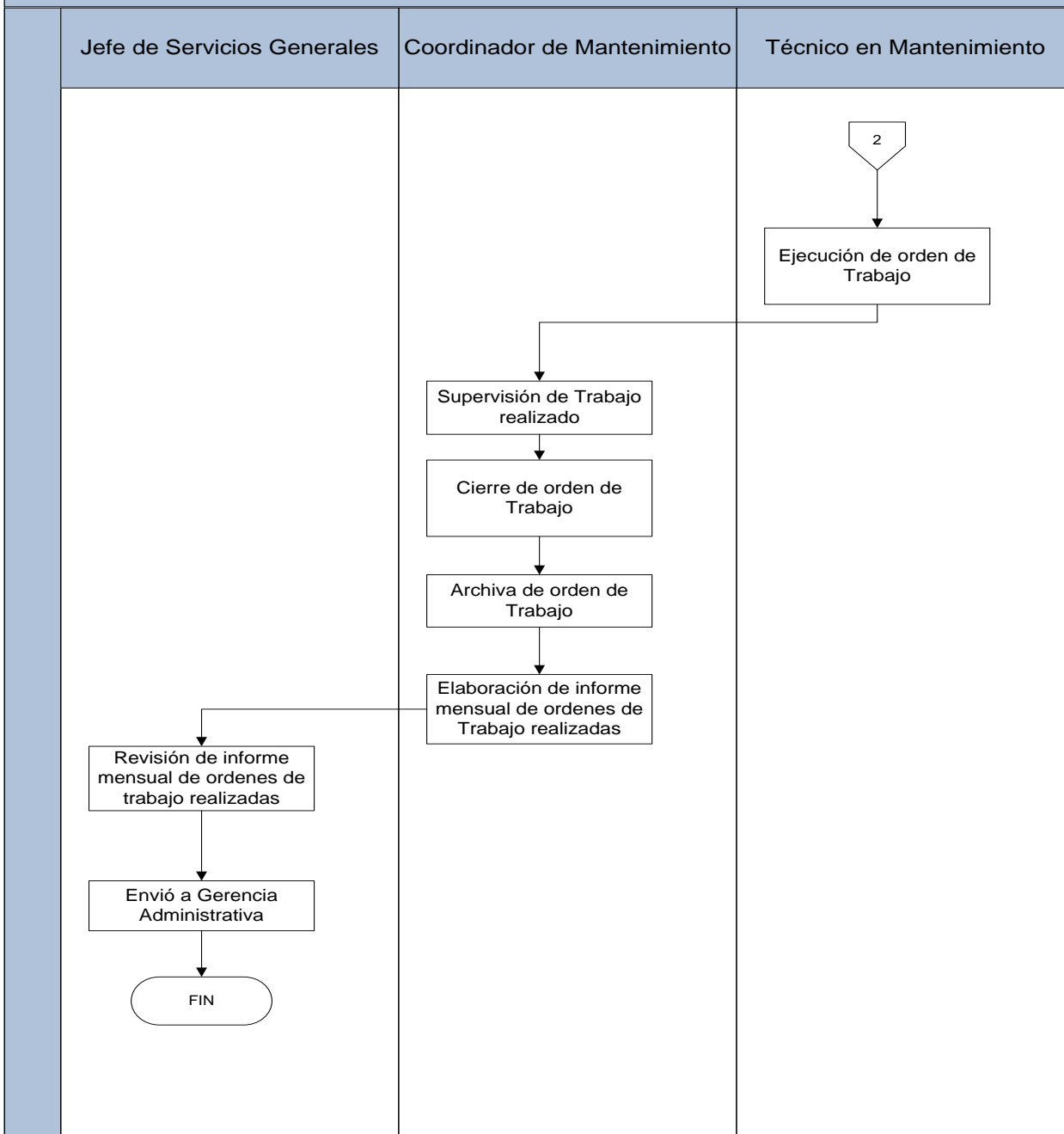
ENERO 2012

FEBRERO 2012

226 de 404



5. MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

227 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Ordenes de Trabajo

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Cumplimiento de mantenimiento correctivo y preventivo

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de ordenes de trabajo realizadas al mes}}{\text{Cantidad de ordenes de trabajo planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

Observación: este indicador permitirá identificar el porcentaje de cumplimiento de las órdenes de trabajo realizadas por el departamento de servicios generales en relación a las que se planificaron al mes. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que realizaron todas las ordenes de trabajo que fueron planificadas, el valor mínimo de 80% corresponde al porcentaje permisible de cumplimiento de las ordenes de trabajo realizadas en relación a las planificadas, lo que se interpreta que se cumplió parcialmente con las ordenes planificadas, lo que tendrá que considerarse para la planificación del siguiente periodo.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguna

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	228 de 404



10. ALMACEN CENTRAL

1. INGRESO DE BIENES AL ALMACÉN CENTRAL. P-10-001

1. OBJETIVO

Efectuar el Control de Bienes que Ingresan al ISRI.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Almacén Central.

3. RESPONSABLES

El Guardalmacén es el responsables de controla los bienes que ingresan al ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en el control de bienes que ingresan al almacén central mediante las órdenes de compra realizadas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

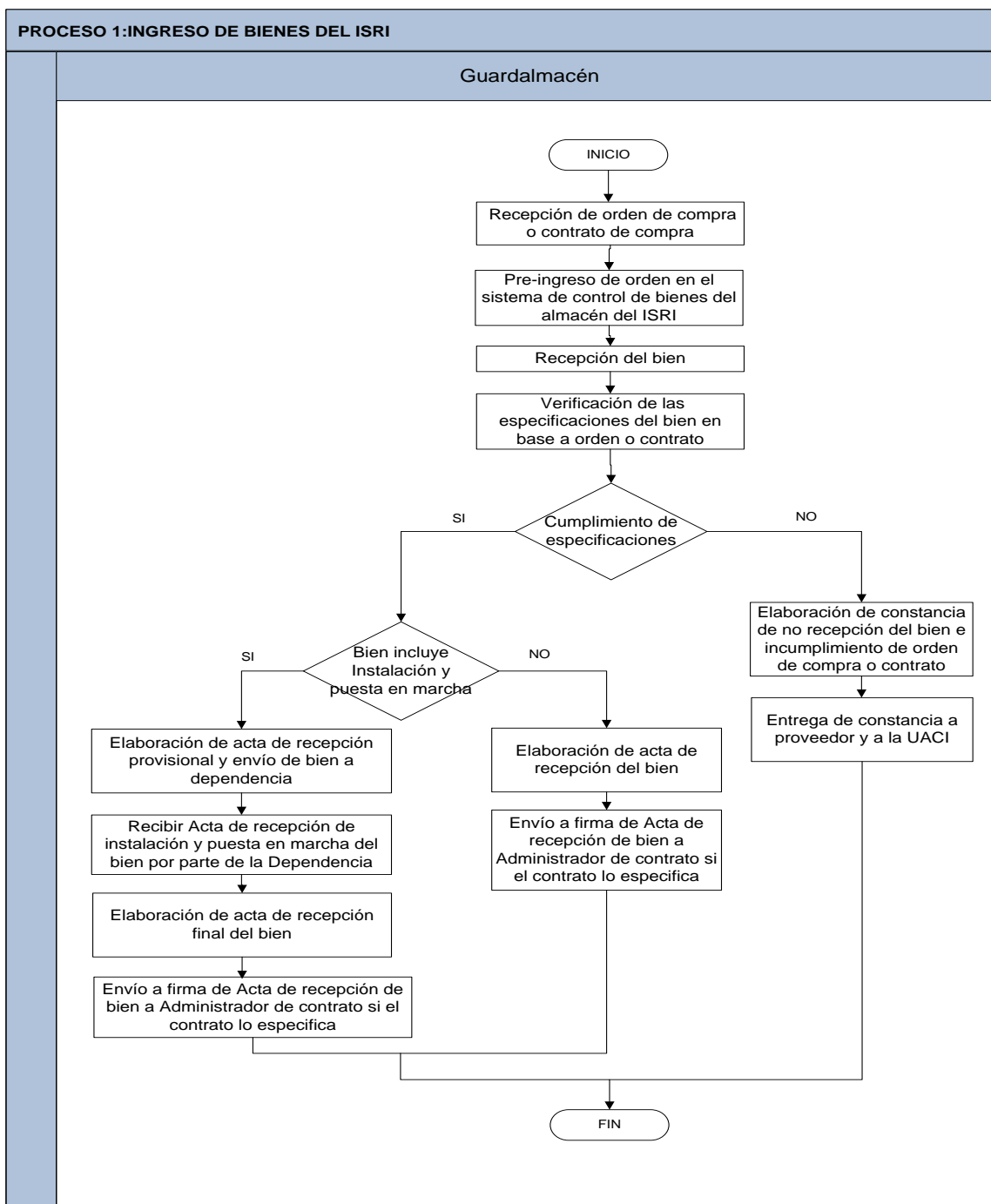
ENERO 2012

FEBRERO 2012

229 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

230 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Registros de ingresos de bienes a la institución

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 83 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

231 de 404



2. EGRESO DE BIENES AL ALMACÉN CENTRAL. P-10-002

1. OBJETIVO

Efectuar el control de los bienes que egresan del Almacén.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Almacén Central.

3. RESPONSABLES

El Guardalmacén es el responsables de controla los bienes que ingresan al ISRI.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Consiste en el control de bienes que salen del almacén central. Recibir memorándum de solicitud de despacho del bien, Despachar bien Registrar despacho de bien en sistema de control de bienes.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

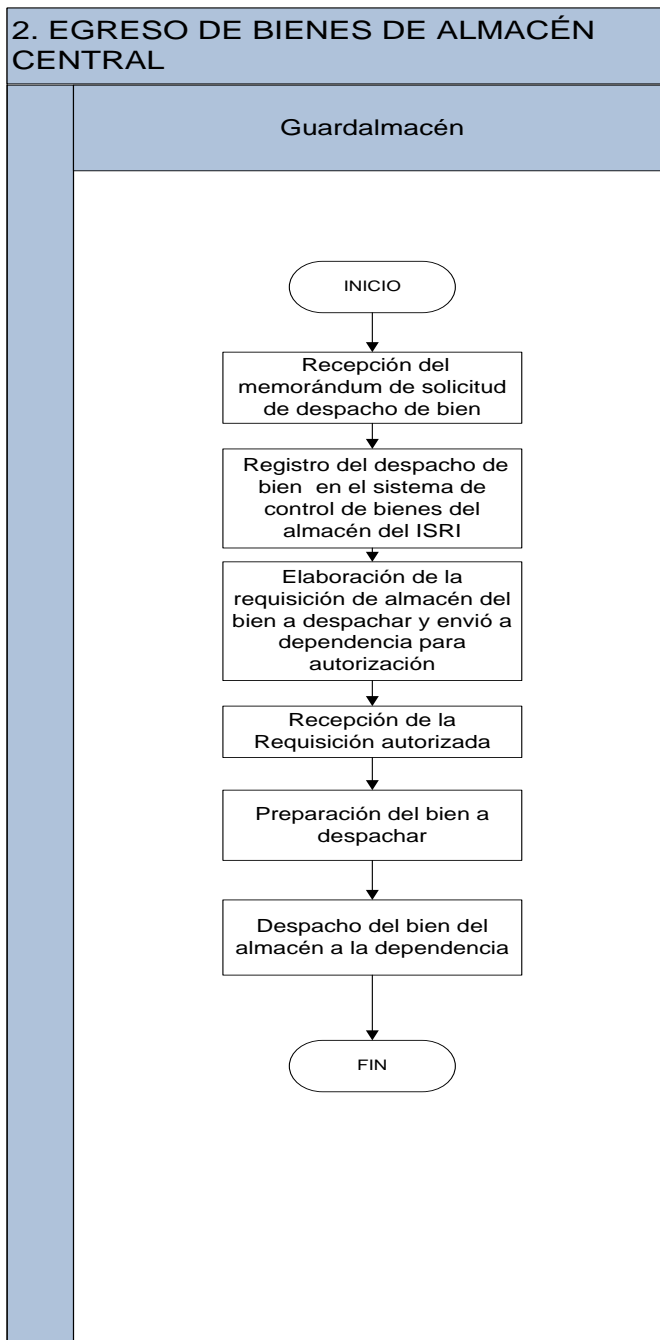
ENERO 2012

FEBRERO 2012

232 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

233 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Registros de egresos del Almacén.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

234 de 404



CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR (CAL)

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

235 de 404



1. CAL

1. ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO, P-18-001

1. OBJETIVO

Elaborar el plan anual de trabajo de las áreas que conforman el Centro del Aparato Locomotor a fin de establecer el conglomerado de las metas, estrategias y planes a desarrollarse durante el año de trabajo.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables de la realización del procedimiento son el Director, Coordinaciones y Jefaturas del CAL y Técnico en Estadística.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento comienza con la comunicación por parte del Director a las Coordinaciones y Jefaturas de las áreas del CAL de los lineamientos que debe cumplir el plan anual de trabajo proporcionados por el departamento de planificación y la estandarización del calendario de trabajo para la correspondiente elaboración de las propuestas de cada área, los planes son presentados y revisados junto con el Director considerando similitudes y diferencias del plan anual de trabajo del año anterior, posterior a dicha revisión se realiza la aprobación e ingreso al sistema del centro, para finalizar con el envío del plan a la unidad de planificación para que sea adjuntado al plan anual de la institución.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

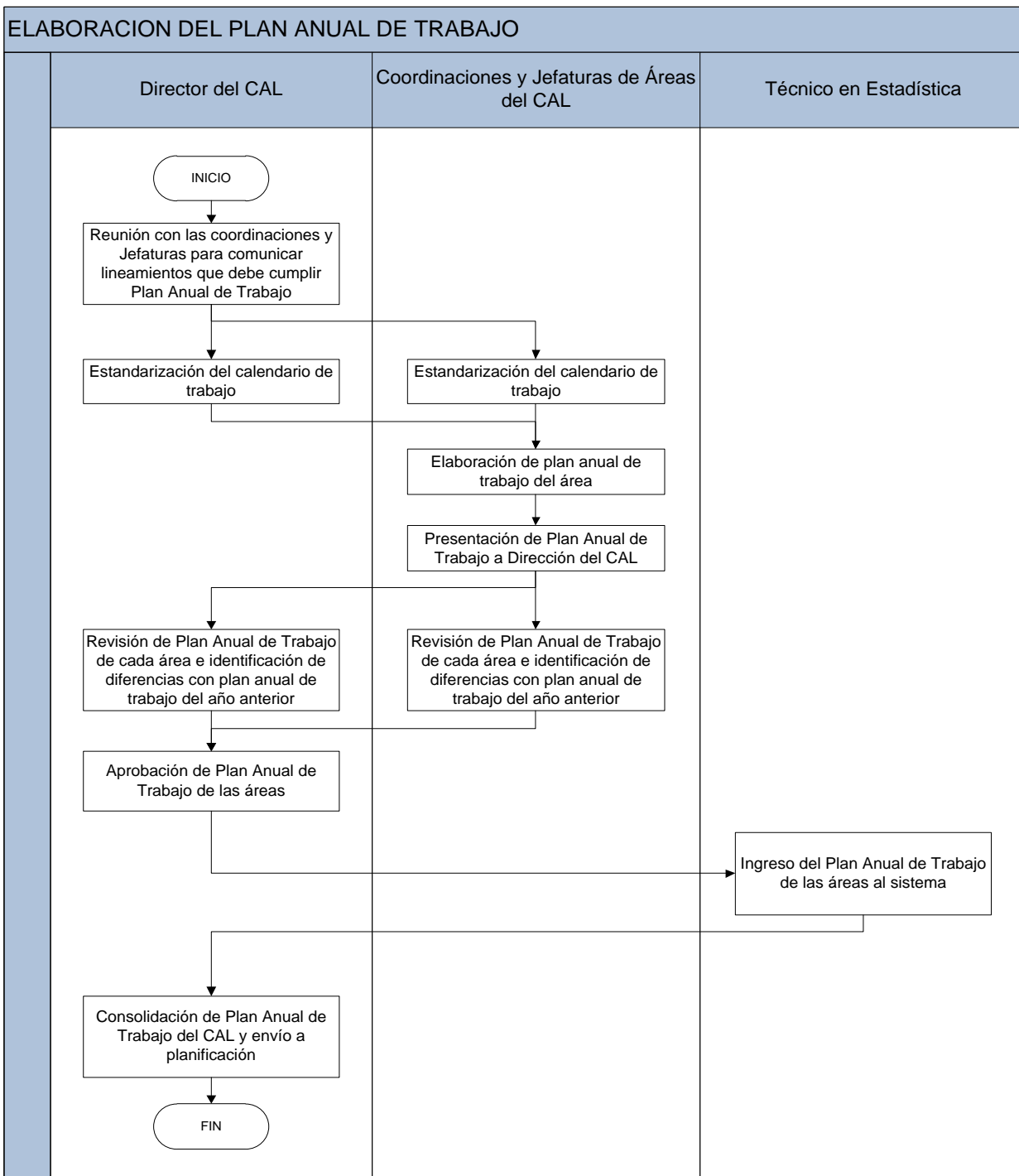
ENERO 2012

FEBRERO 2012

236 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

237 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 86 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

238 de 404



2. DETERMINACIÓN DE REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-002

1. OBJETIVO

Mantener en constante adaptación los requisitos de los servicios de rehabilitación de acuerdo a la ley del ISRI, para la prestación eficiente de los servicios a los usuarios del Centro.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables del procedimiento es el Comité Epidemiológico

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

En este procedimiento se realiza una revisión de la ley del ISRI donde se encuentran establecidos los requisitos de los servicios, además de analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de seguimiento y medición para identificar los requisitos que establecen los usuarios y realizar una comparación con la normativa de manera que permita definir los requisitos de los servicios que deben implementarse en cada una de las áreas para lograr la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

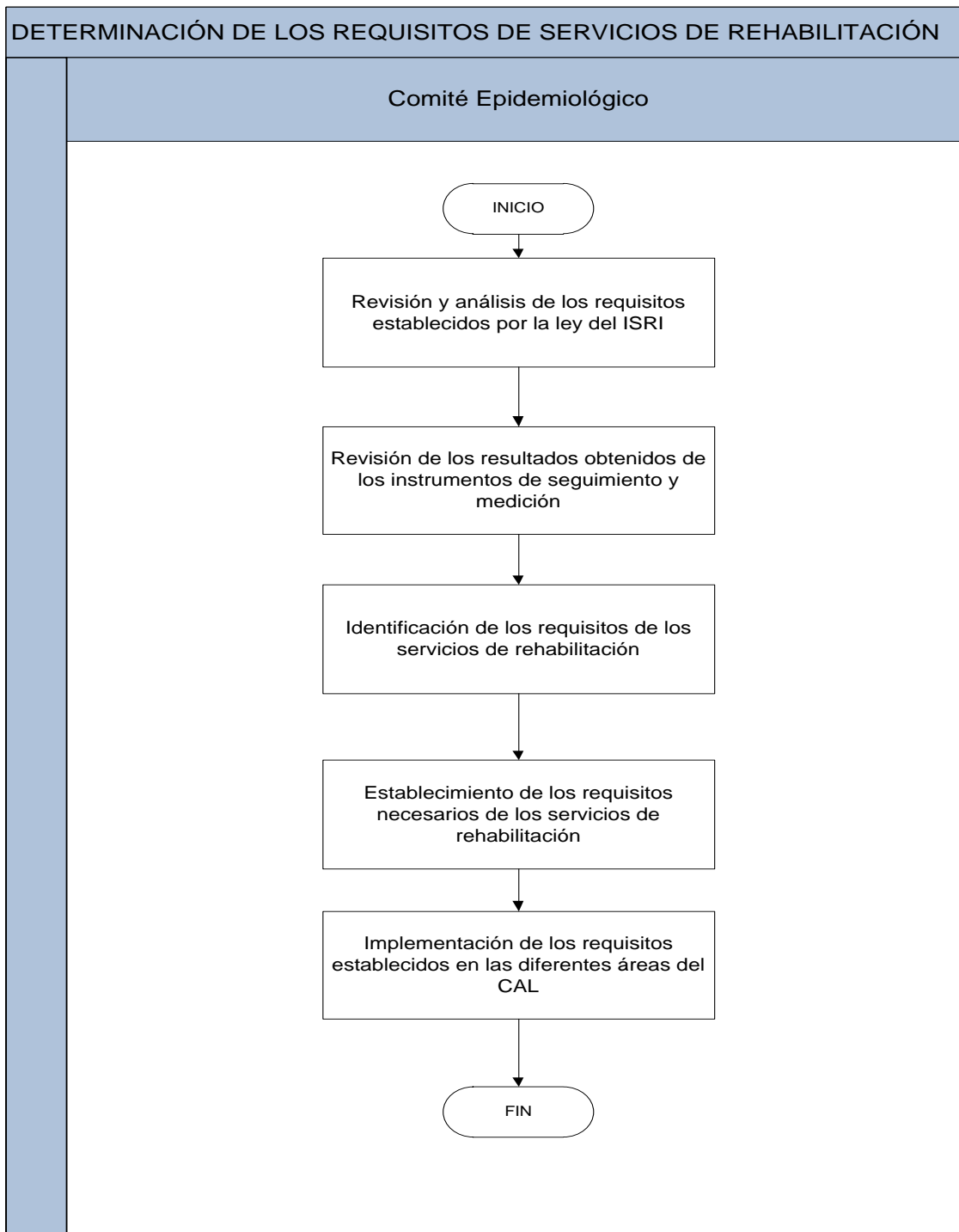
ENERO 2012

FEBRERO 2012

239 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

240 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

241 de 404



3. REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-003

1. OBJETIVO

Determinar la aplicabilidad de los requisitos establecidos para las diferentes áreas del Centro del Aparato Locomotor.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables del procedimiento es el Comité Epidemiológico

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en realizar una revisión y análisis de los requisitos determinados para evaluar su aplicabilidad en las diferentes áreas del centro, actividad que será ejecutada por el comité epidemiológico y se encargara de la aprobación de dichos requisitos posterior al análisis de los mismos, y el registro de dicho procedimiento para consideraciones de revisiones futuras.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

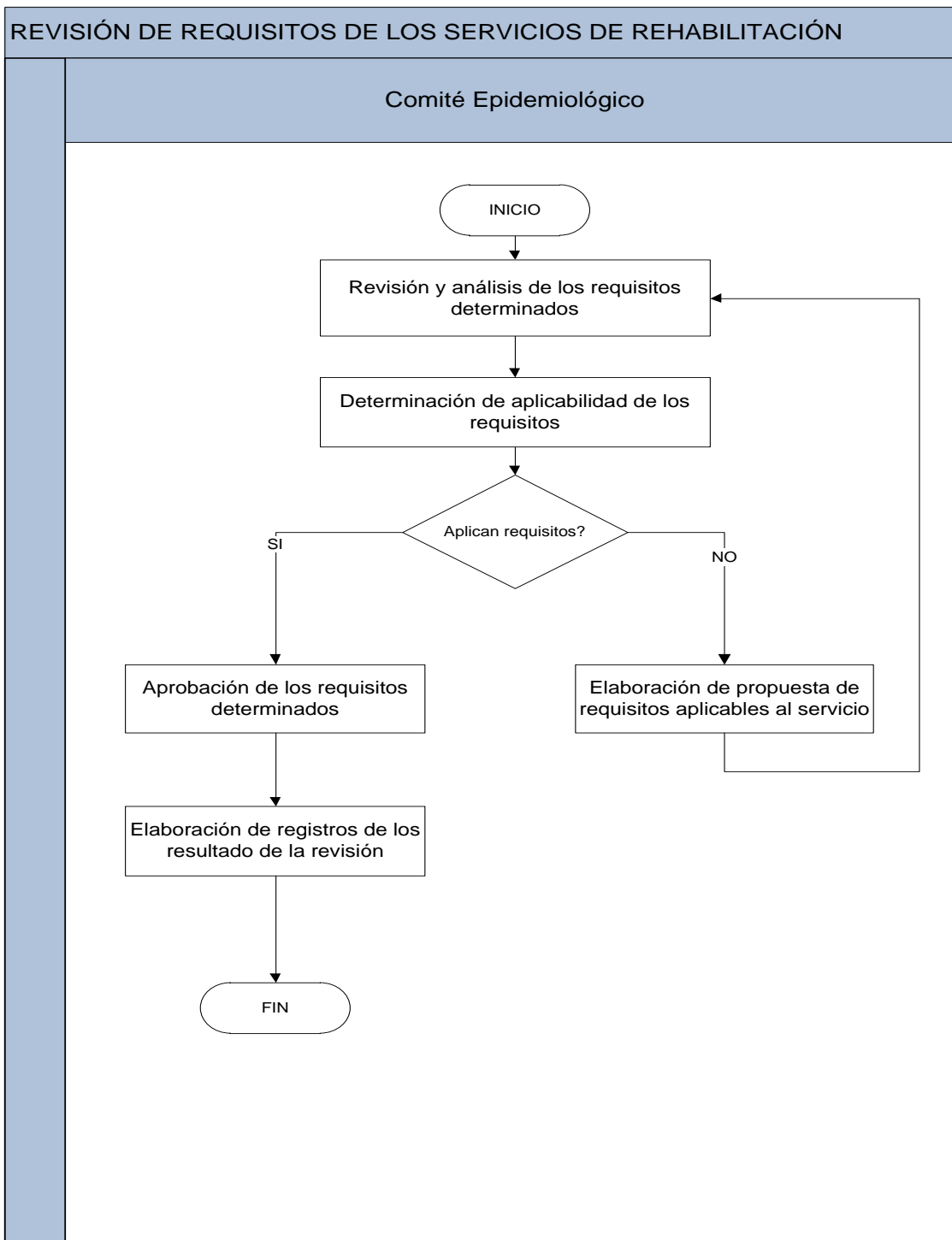
ENERO 2012

FEBRERO 2012

242 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

243 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 71 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

244 de 404



4. PLANIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-004

1. OBJETIVO

Establecer la planificación del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación de las áreas del Centro del Aparato Locomotor.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables de la realización del procedimiento es el Director del Centro y las diferentes Jefaturas y Coordinaciones del mismo.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

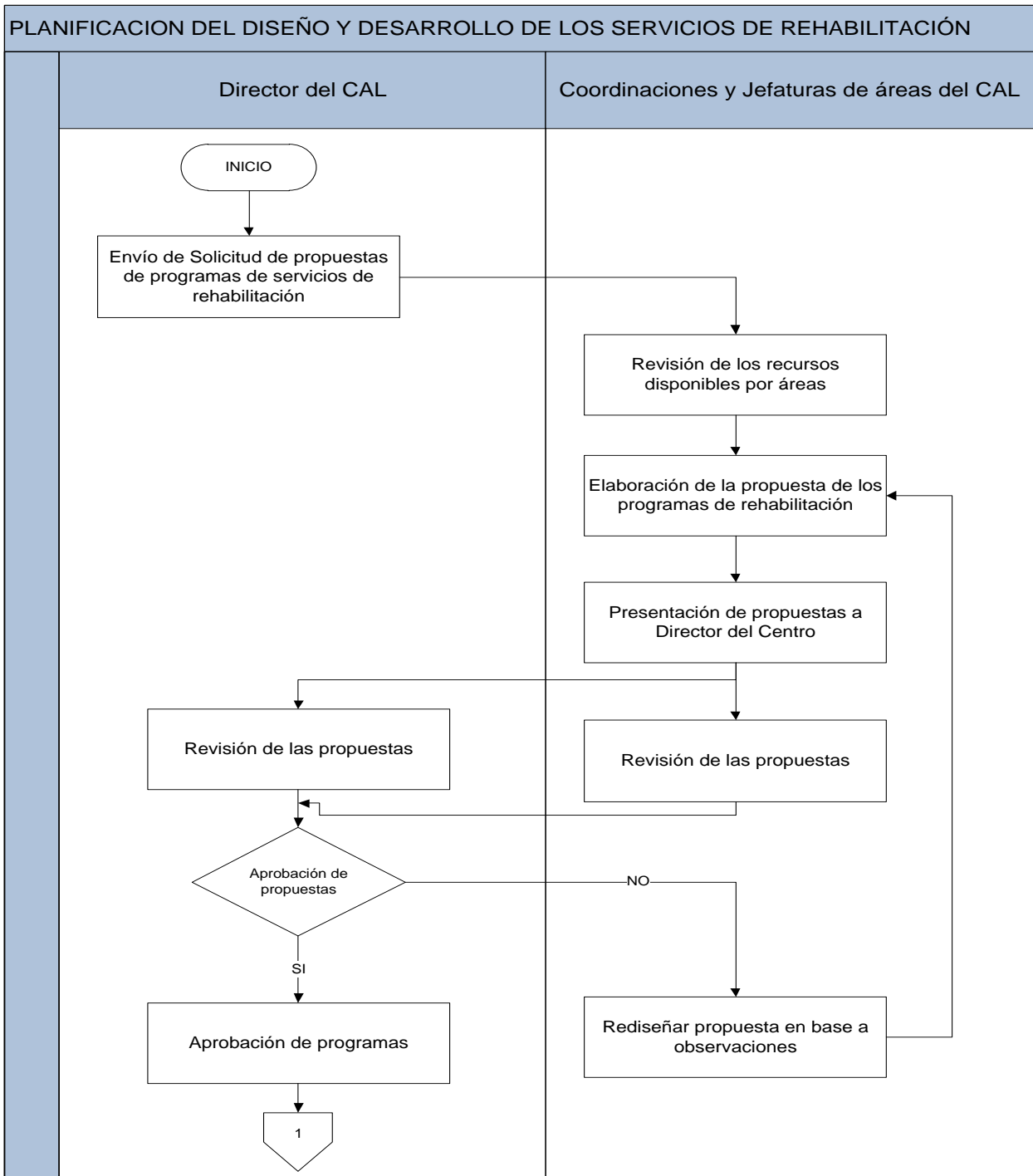
Este procedimiento consiste en la planificación del diseño y desarrollo de los servicios lo cual se realizara mediante la solitud de las propuestas de los programas de servicios de rehabilitación a las diferentes áreas del CAL, dichas propuestas deberán previamente elaborarse tomando en cuenta los recursos disponibles (recurso humano, infraestructura y equipo, etc.) de cada área, estas propuestas se presentaran ante el director para su respectiva revisión y aprobación para que posteriormente el conglomerado de la planificación de los servicios se introduzca al Sistema del Centro.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	245 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

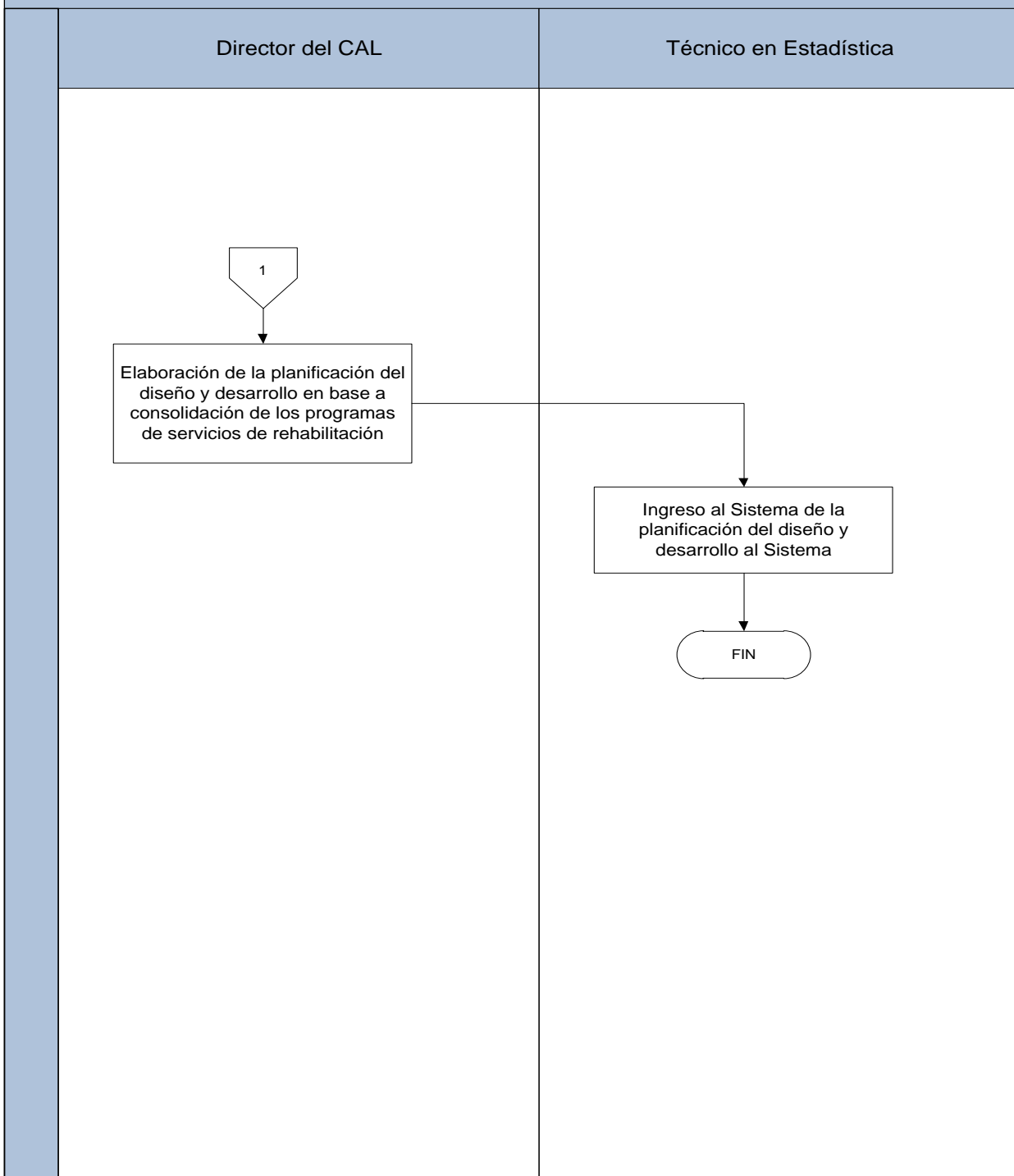
ENERO 2012

FEBRERO 2012

246 de 404



PLANIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

247 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 71 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

248 de 404



5. VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-18-005

1. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento del diseño y desarrollo de los servicios de rehabilitación planificados en el Centro del Aparato Locomotor.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables de la realización del procedimiento es el Director del Centro y las diferentes Jefaturas y Coordinaciones del mismo.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en la verificación del cumplimiento del diseño y desarrollo planificado por el Centro, dicho procedimiento comienza con la recolección de la información y registros relacionados a las atenciones que brindan en las distintas áreas, la cual es cotejada versus la información de planificación del diseño y desarrollo realizando un análisis de las mismas que permite identificar si existe una concordancia entre las mismas de lo contrario se realizan las observaciones pertinentes para elaborar el ajuste del diseño y determinar estrategias de acción para el cumplimiento de la planificación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

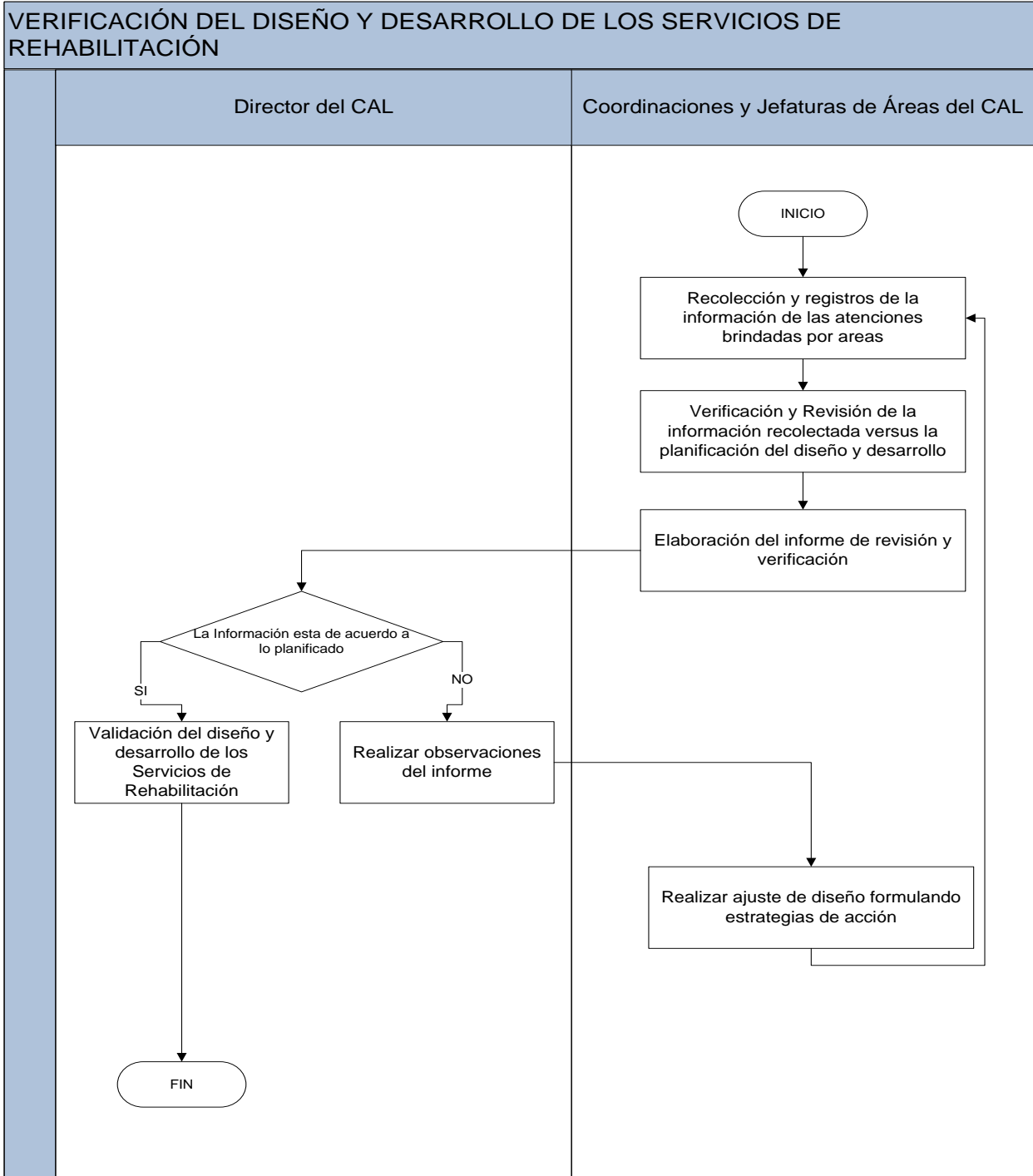
ENERO 2012

FEBRERO 2012

249 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

250 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

251 de 404



2. ADMINISTRACION DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR CAL

1. CONTROL DEL USUARIO DEL ISBM. P-19-006

1. OBJETIVO

Realizar el registro y control de los usuarios que vienen remitidos de la Red del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria Administrativa I, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para llevar el control de los pacientes remitidos del ISBM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en el llevar el registro y control de los usuarios que vienen remitidos de la Red del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Para cumplir con ese propósito se desarrollan las siguientes actividades: se recibe la referencia del ISBM, se revisa la documentación necesaria, además se asigna la Tarjeta de citas, se remite al usuario al área de medicina especializada, finalizando con la elaboración del informe y el acta del usuario del ISBM.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

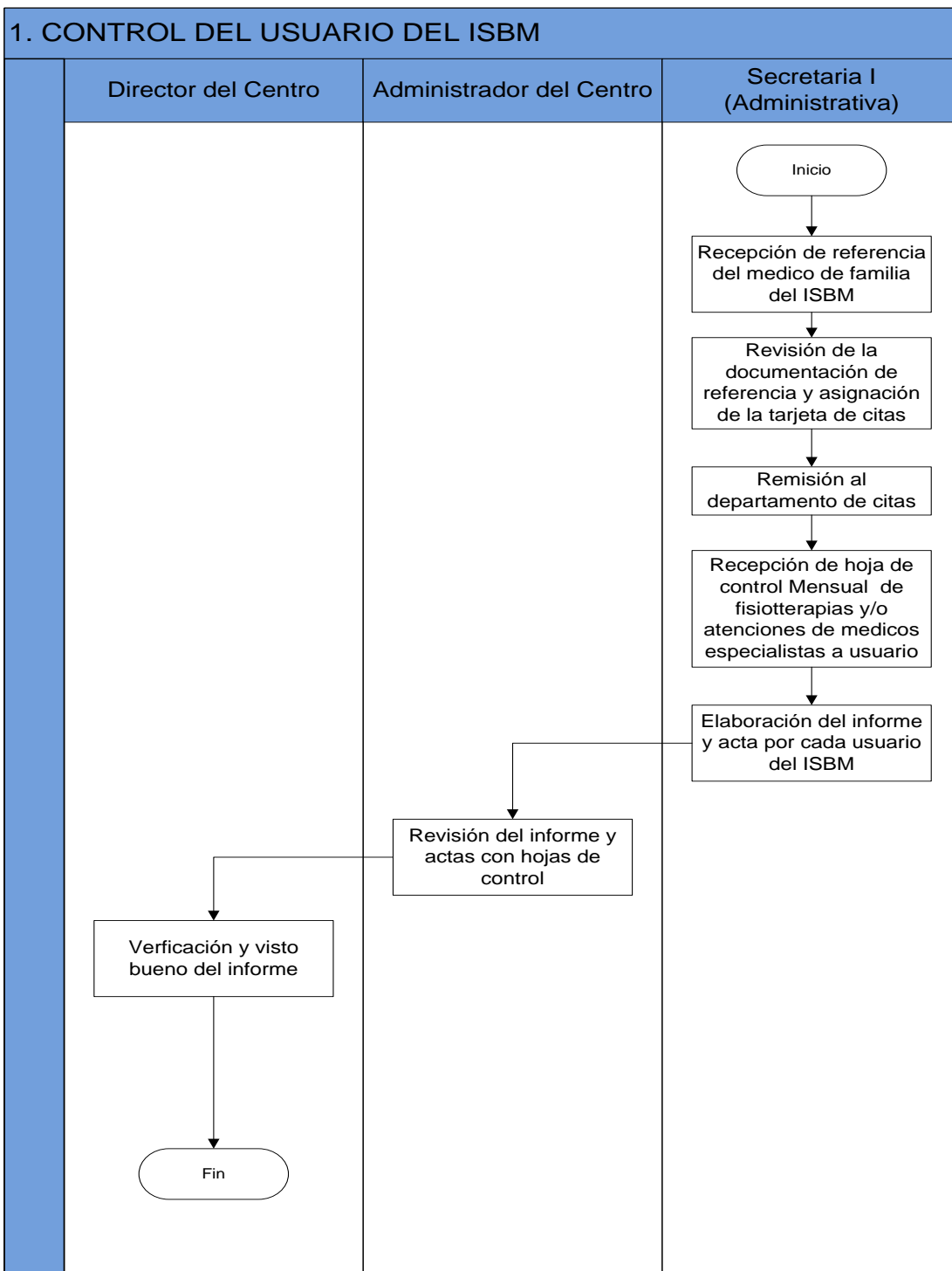
ENERO 2012

FEBRERO 2012

252 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

253 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Referencia del ISBM
Informe y Acta del ISBM

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

254 de 404



2. CONTROL DEL USUARIO DEL ISSS.P-19-008

1. OBJETIVO

Realizar el registro y control de los usuarios que vienen remitidos de la Red del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico Administrativo I, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para llevar el control de los pacientes remitidos del ISSS.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en llevar el registro y el control de los usuarios que vienen remitidos de la Red del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Para llevar a cabo ese objetivo se realizan las siguientes actividades: se recibe la referencia de la Unidad Médica que remite, se remite al usuario a las terapias o a Unidad de Ortopedia Técnica, finalizando con la elaboración del informe de servicios brindados.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

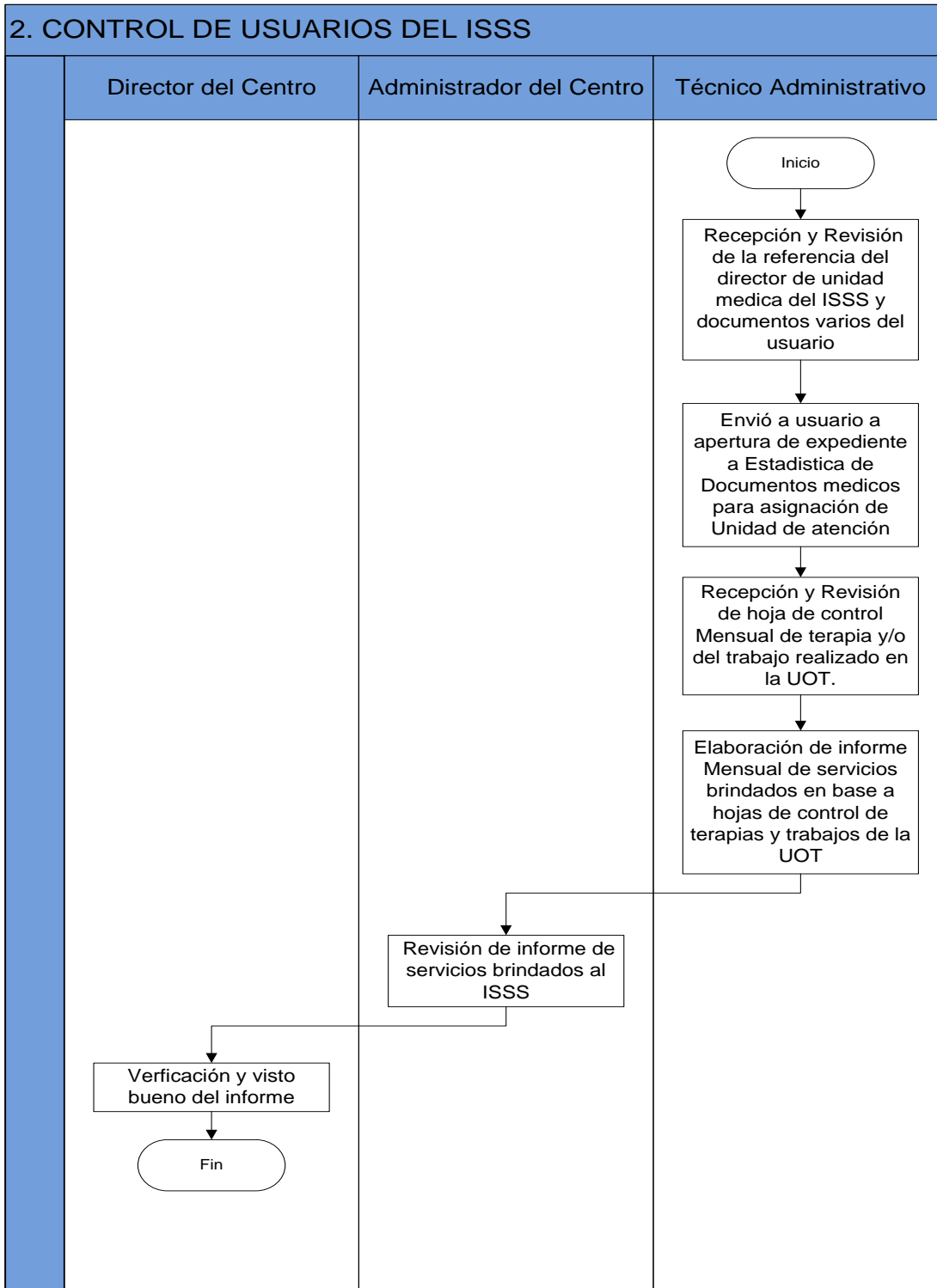
ENERO 2012

FEBRERO 2012

255 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

256 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Referencia de Unidad Médica del ISSS
Informe de Servicios Brindados

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80%

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

257 de 404



3. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL INVENTARIO. P-19-008

1. OBJETIVO

Controlar los cambios de ambientes en los que participaran los Bienes del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria Administrativa I, el Técnico Administrativo I y la Administradora del Centro son los responsables de realizar las actividades necesarias para llevar el control de bienes que tendrán un cambio de ambiente en el CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar el registro y llevar el control de los bienes que tendrán un cambio de ambiente según las peticiones de cada una de las áreas del CAL que lo soliciten. Para cumplir este objetivo se realizan las siguientes actividades: se recibe la solicitud del traslado del bien, se autoriza el traslado y se elabora el formulario de traslado, de esta forma se procede a crear las viñetas de asignación del bien para finalizar con el traslado y verificación de la nueva ubicación del bien.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

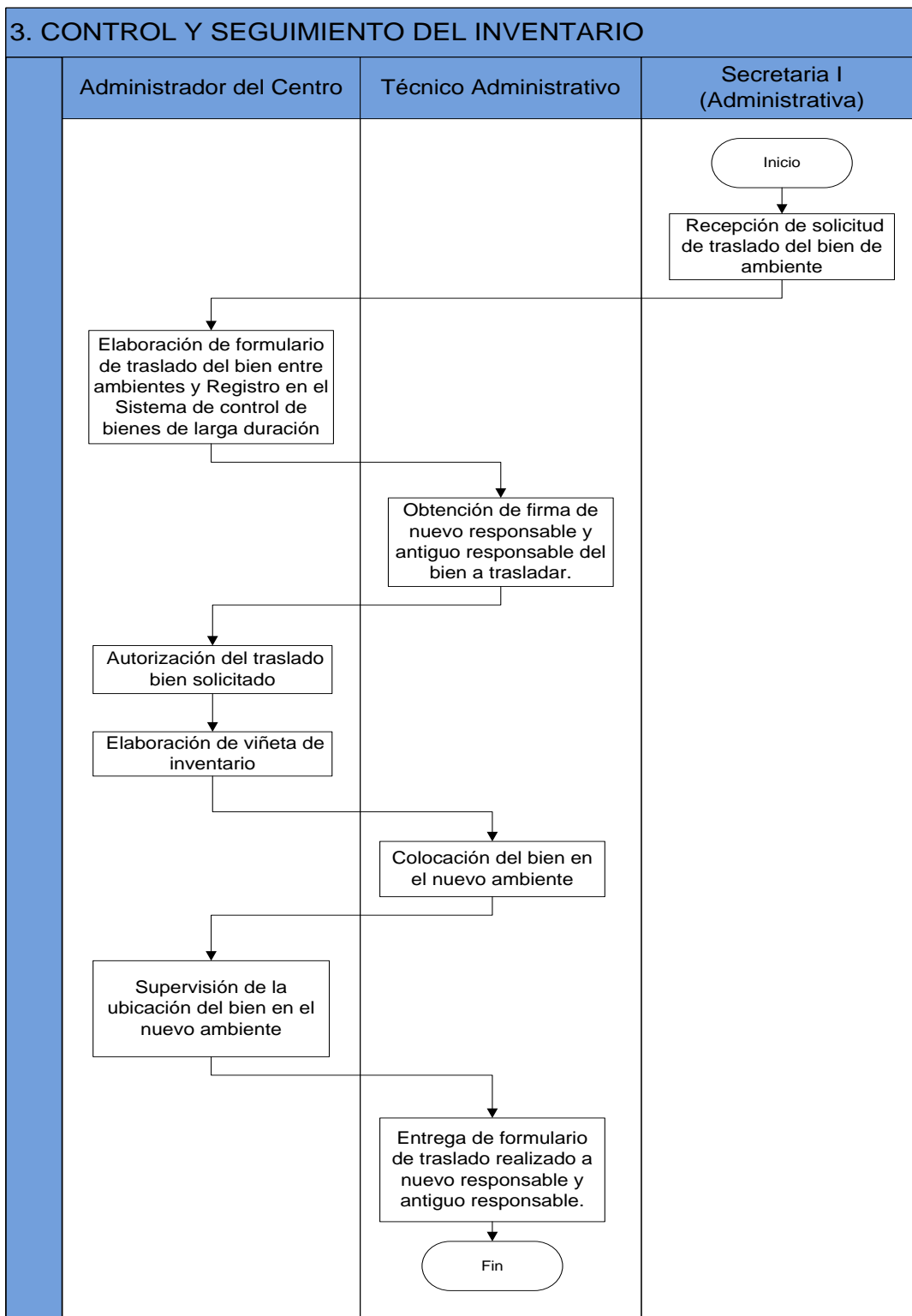
ENERO 2012

FEBRERO 2012

258 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

259 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Solicitud de Cambio del Ambiente del Bien.

Formulario de Traslado de Bienes

Viñetas de los Bienes a trasladar

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

260 de 404



4. UBICACIÓN DEL NUEVO EQUIPO.P-19-009

1. OBJETIVO

Ubicar los bienes del CAL en el nuevo ambiente solicitado.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Administradora del Centro es la responsable de realizar las actividades necesarias para llevar el control de bienes que tendrán un cambio de ambiente en el CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar las actividades necesarias para ubicar los bienes del CAL en el nuevo ambiente que fue solicitado, para la realización de este procedimiento se ejecutan las siguientes actividades: se recibe el bien a ser trasladado, se ingresan los datos del bien al Sistema de Control de Bienes, finalizando con la colocación del bien en el ambiente solicitado.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

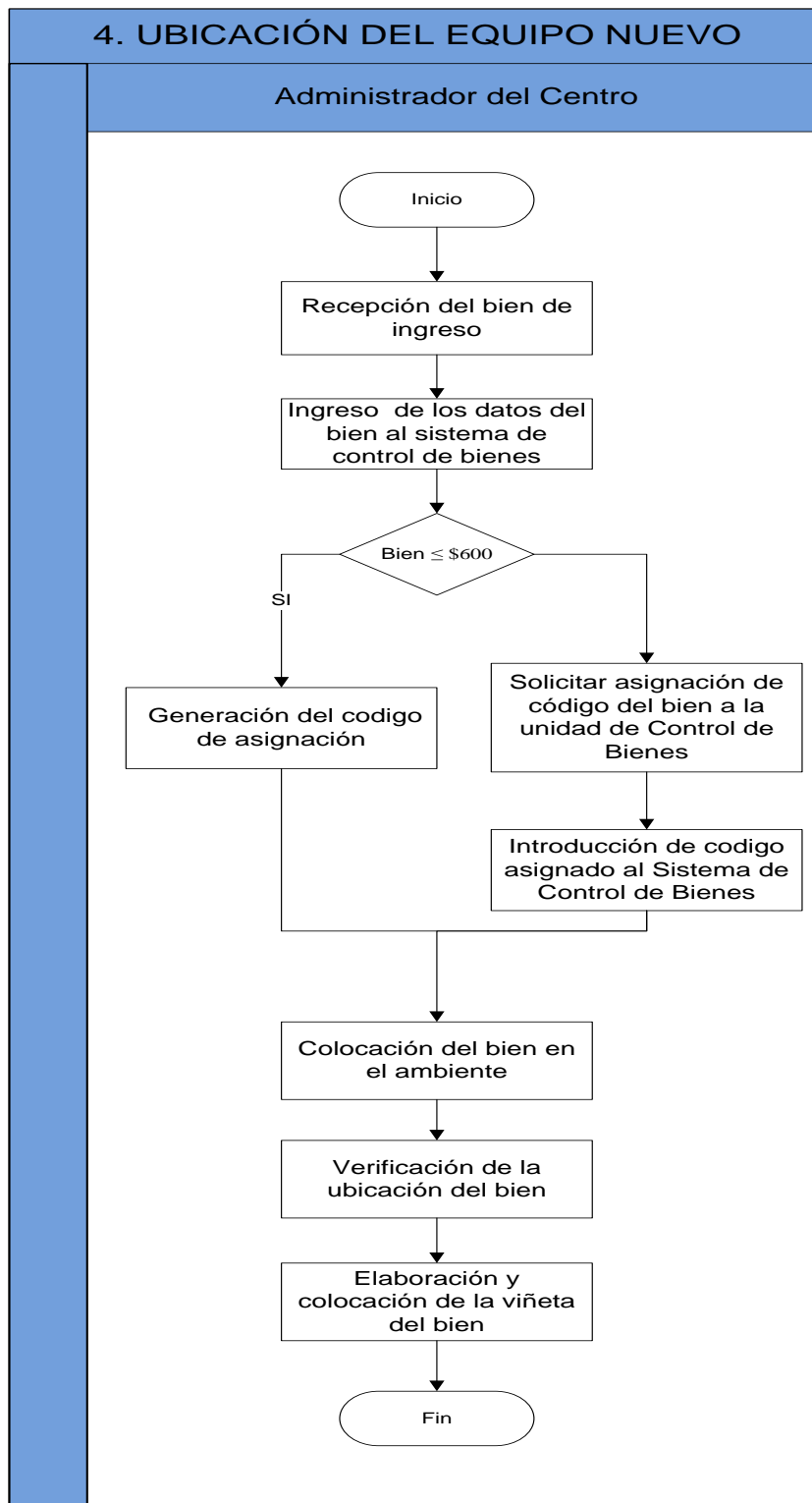
ENERO 2012

FEBRERO 2012

261 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

262 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Datos del Bien.
Código de Asignación
Lugar del Bien

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 60%

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

263 de 404



5. MANEJO DE CAJA CHICA.P-19-010

1. OBJETIVO

Controlar los fondos que son utilizados para las compras de las diversas áreas del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todo el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria Administrativa I, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de ejecutar las actividades encaminadas a llevar el control de los fondos que son utilizados para realizar las compras de las diferentes áreas del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en llevar el control de los fondos que son utilizados para realizar las compras que solicitan las diferentes áreas del CAL. Estas actividades son las siguientes: se reciben las solicitudes de compra de las diferentes áreas del CAL, se valoran las necesidades de compra, para así autorizar los vales de compra y entregarlos a las diferentes áreas del CAL, se reciben las facturas, se elaboran las pólizas de reintegro de fondo de caja chica, finalizando con la elaboración de la reprogramación de Caja Chica.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

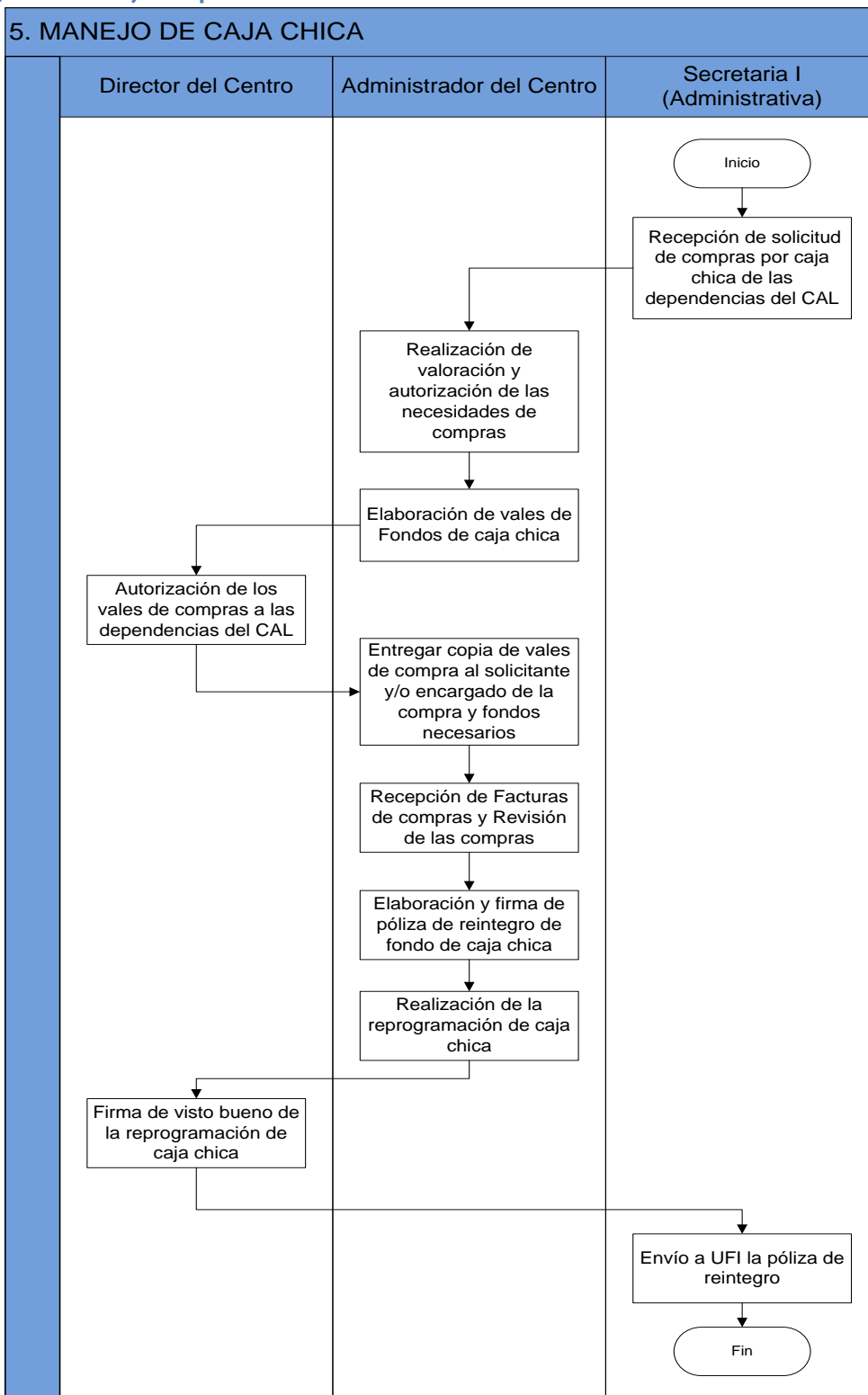
ENERO 2012

FEBRERO 2012

264 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

265 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Solicitud de Compra

Vales de Reintegro

Pólizas de Reintegro

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

266 de 404



6. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES.P-19-011

1. OBJETIVO

Programar las compras a realizar en base al Plan Anual de trabajo del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todo el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria Administrativa I, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de ejecutar las actividades encaminadas a la programación de las compras de las áreas del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la programación de las compras a ejecutar en base al Plan de Trabajo del CAL y dar el seguimiento a las adquisiciones realizadas. Para poder realizar este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se elabora la programación de compras en base al Plan de Trabajo del Centro, se autorizan las compras, finalizando con la realización del seguimiento a los bienes adquiridos

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

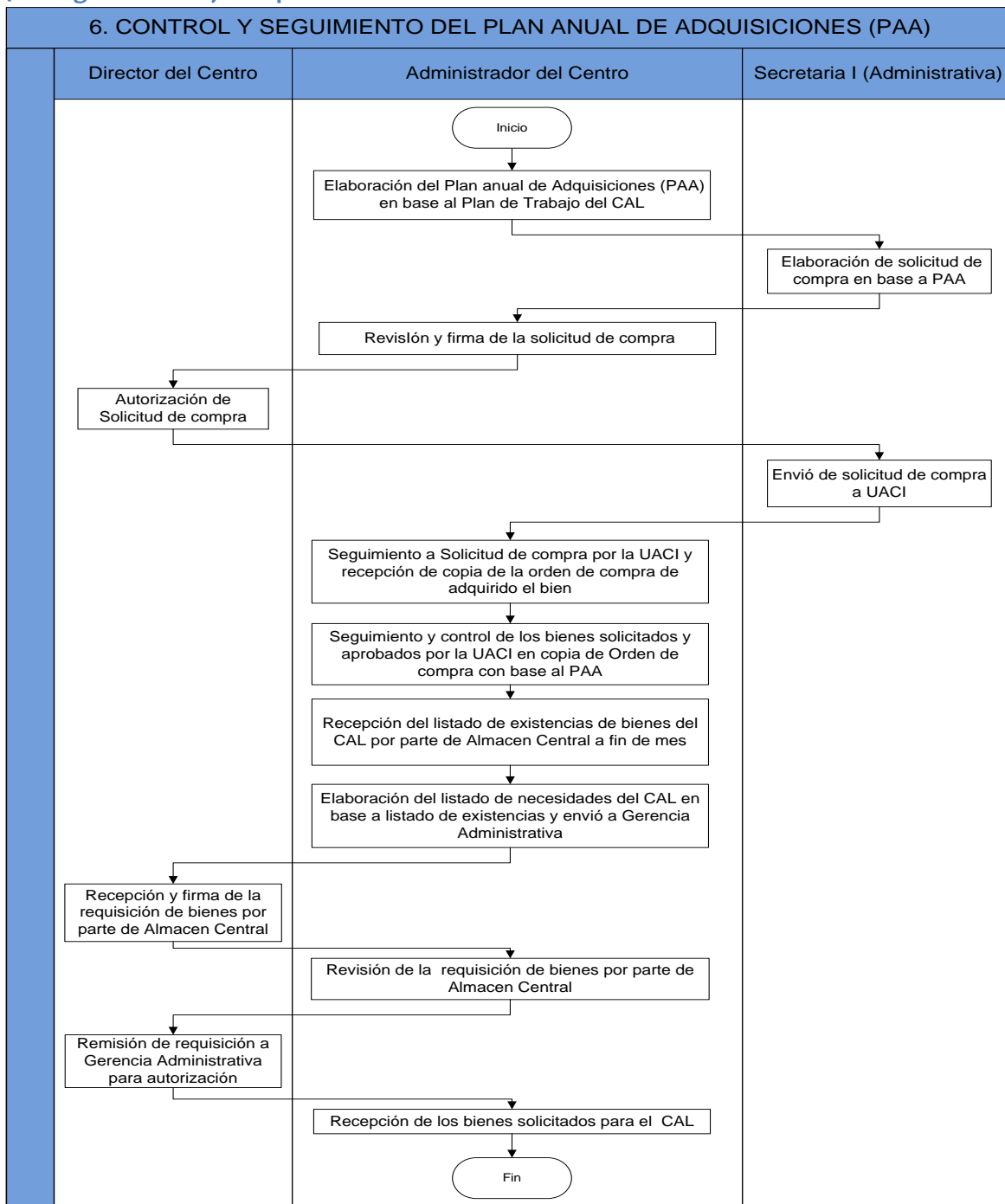
ENERO 2012

FEBRERO 2012

267 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

268 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Plan de Trabajo Anual del CAL
Programación de Compras

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Control de Adquisiciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Adquisiciones realizadas semestralmente}}{\text{Cantidad de Adquisiciones programadas semestralmente}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

Observación: este indicador permitirá controlar si se realizan las adquisiciones que son necesarias para el funcionamiento del centro y si se realizan en el periodo programado. El valor máximo establecido para este indicador es de 100% lo que se interpreta que se realizaron todas las adquisiciones programadas para ese periodo, el valor mínimo de 80% corresponde al porcentaje permisible de las adquisiciones realizadas en el periodo, lo cual se interpreta que se cumplió con la mayoría de las adquisiciones pero no con todas, por lo cual deben considerarse los factores que incidieron para no llegar a la meta del 100% y buscar la reprogramación en el siguiente periodo de las adquisiciones pendientes.

Responsable de la Medición y Análisis:

- Comité de Calidad
- Representante del área o unidad al que corresponde el procedimiento.

Acciones:

- A. Si el valor obtenido es menor al valor mínimo establecido, se deberán tomar acciones correctivas y preventivas en base a los procedimientos: Acciones Correctivas y Acciones Preventivas
- B. Si el valor es mayor a valor máximo, debe revisarse si las adquisiciones realizadas fueron en respuesta a una necesidad del centro.

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	269 de 404



7. REQUISICION DE MANTENIMIENTO. P-19-012

1. OBJETIVO

Gestionar las requisiciones de mantenimiento que han solicitado las áreas del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todo el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El técnico en Servicios Generales, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de gestionar las operaciones de mantenimiento para que estas sean ejecutadas en todas las áreas del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar los trabajos de mantenimiento que han solicitado las diferentes áreas del CAL mediante las requisiciones de mantenimiento. Para lograr ese objetivo se realizan las siguientes actividades: se reciben las requisiciones de mantenimiento de las Áreas del CAL, se inspecciona el bien dañado, se autoriza la orden de trabajo, el personal de mantenimiento realiza el trabajo de mantenimiento y finaliza con el envío a la Gerencia Administrativa la autorización del trabajo realizado.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

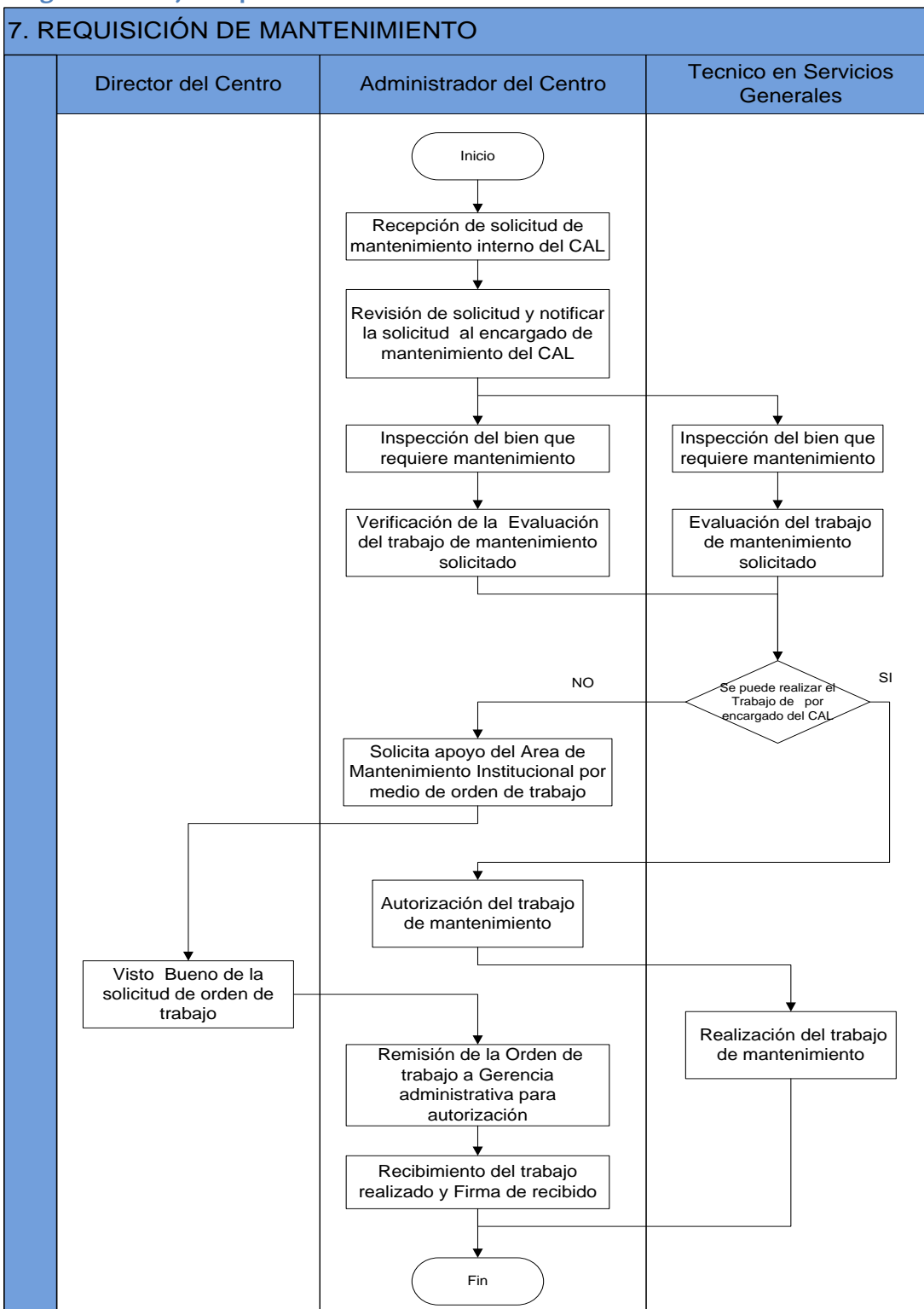
ENERO 2012

FEBRERO 2012

270 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

271 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Solicitud de Mantenimiento
Orden de Trabajo

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

272 de 404



8. SOLICITUD A ALMACEN. P-19-013

1. OBJETIVO

Realizar las requisiciones de bienes de las áreas del CAL al Almacén Central.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todo el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El técnico en Servicios Generales, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para hacer efectivas las requisiciones de bienes del CAL al Almacén Central.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la requisición de bienes al Almacén Central por las diferentes áreas del CAL. Las actividades a ejecutar en este procedimiento son las siguientes: se reciben las requisiciones de las diferentes áreas del CAL, se elabora el consolidado de órdenes de requisiciones, se procede a la autorización de las solicitudes del Almacén Central y se envían al Almacén Central. Estas se envían a la Gerencia Administrativa para su autorización finalizando con la recepción de los bienes y la distribución en las diferentes áreas del CAL.

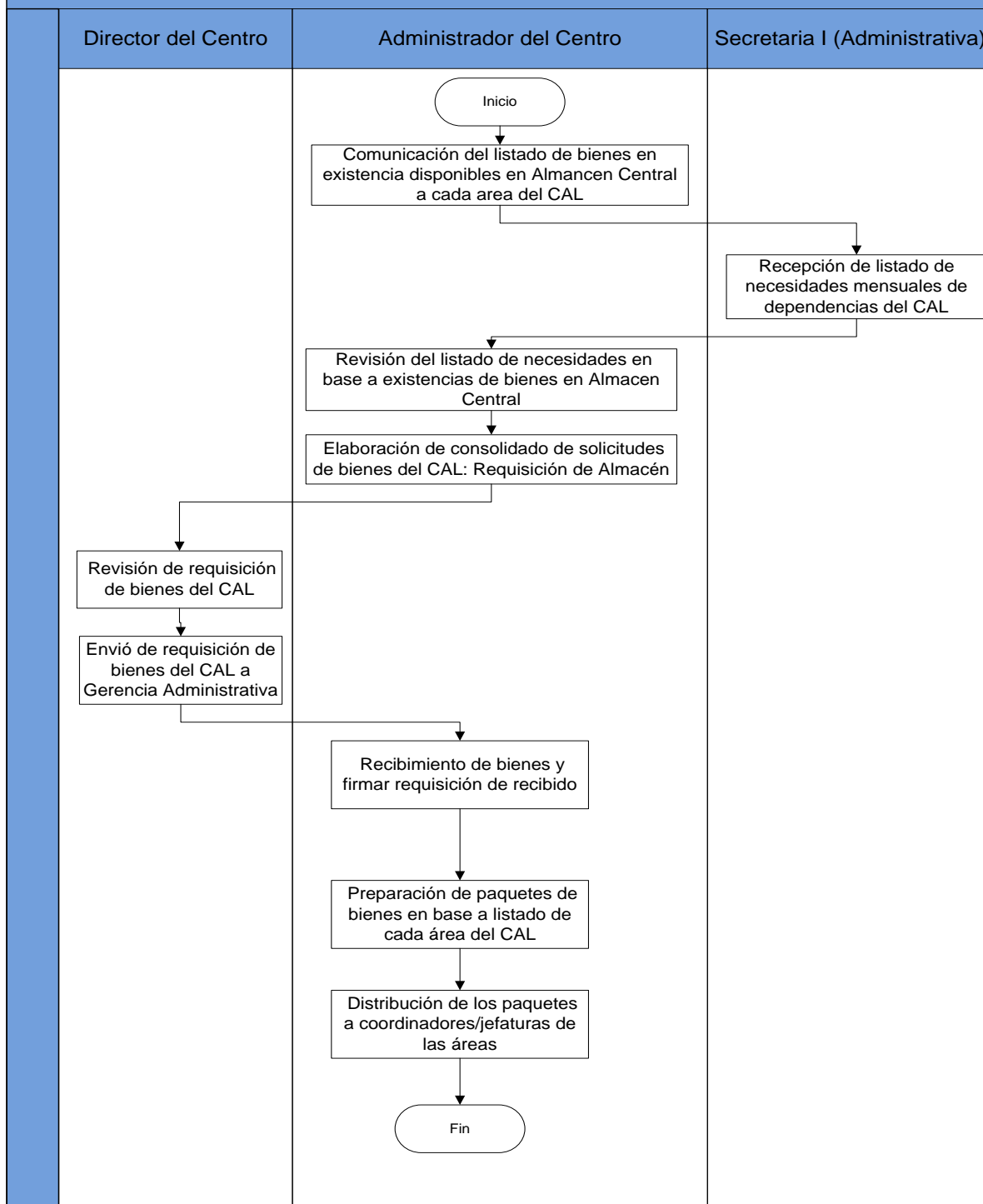
CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	273 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento

8. SOLICITUD DE ALMACEN



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

274 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Solicitud de Orden de Requisición.
Consolidado de Órdenes de Requisición.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 88 %

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

275 de 404



9. GESTION DE TARDIAS Y PERMISOS DEL RECURSO HUMANO.P-19-014

1. OBJETIVO

Controlar los permisos del personal del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todo el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria Administrativa I, el técnico en Servicios Generales, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de ejecutar las actividades necesarias para realizar el registro y control de los permisos al personal del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar las actividades de registro y control de los permisos al personal en la base de datos. Para llevar a cabo ese objetivo se realizan los siguientes pasos: se recibe la solicitud de licencia, se revisa la licencia y se verifica la disponibilidad del permiso, finalizando con la autorización y el registro en la base de datos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

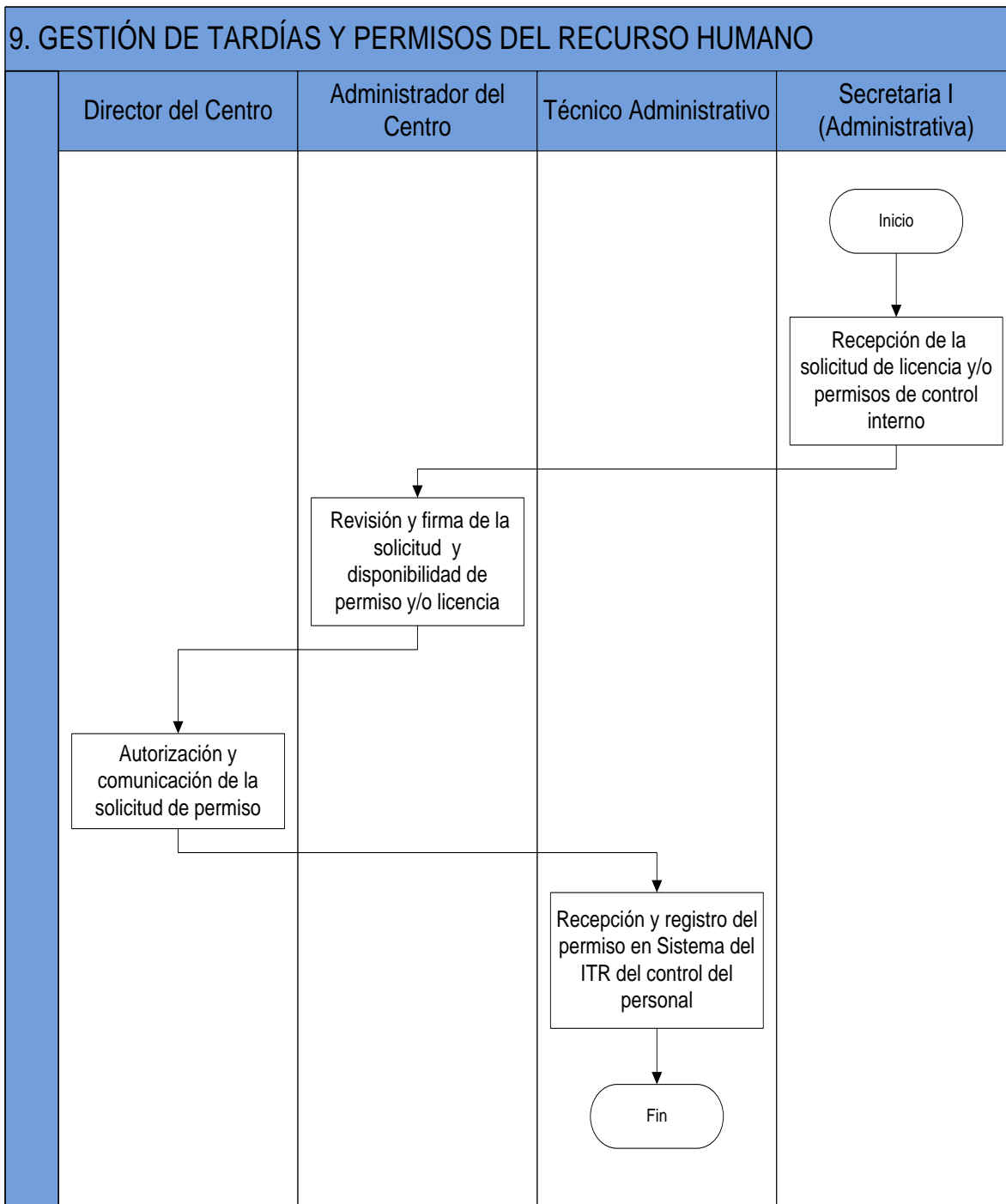
ENERO 2012

FEBRERO 2012

276 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

277 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Solicitud de Licencia de Control Interno.
Registro de Permiso.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

278 de 404



10. CONTROL DE TARDIAS Y PERMISOS DEL RECURSO HUMANO.P-19-015

1. OBJETIVO

Procesar los permisos y la marcación diaria al personal del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca todo el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El técnico Administrativo y la Administradora del Centro son los responsables de ejecutar las actividades necesarias para el procesamiento de permisos y marcación al personal del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar el procesamiento de los permisos al personal así como la marcación diaria. Este se realiza a través de los siguientes pasos: se procesan los registros de marcación en el sistema ITR, se elabora el reporte de marcación y permisos finalizando con la autorización y el envío a la Unidad de Recursos Humanos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

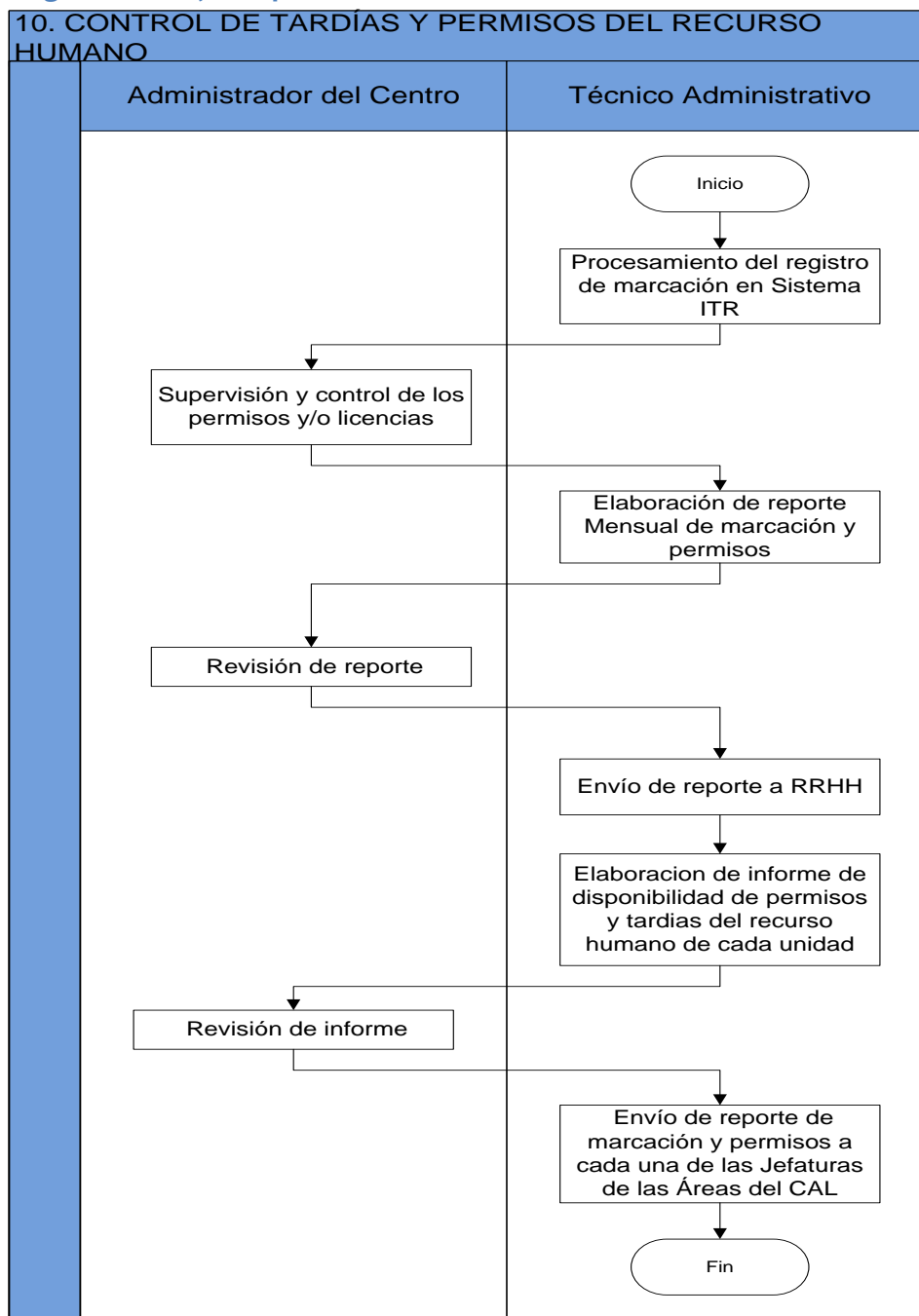
ENERO 2012

FEBRERO 2012

279 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

280 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Registro de Marcación.
Reporte de Marcación y Permisos.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8 NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9 ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

281 de 404



2. ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS

1. REGISTRO DE ATENCIONES BRINDADAS.P-17-001

1. OBJETIVO

Registrar las atenciones brindadas en el Centro del Aparato Locomotor CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico Estadístico y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para llevar el registro de las atenciones brindadas en todo el CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar el registro de las atenciones brindadas a los usuarios en el CAL, en las diferentes áreas tanto de consulta Externa, Terapias de Rehabilitación y Unidad de Ortopedia Técnica. Para lograr ese objetivo se realizan las siguientes actividades: se reciben los expedientes de los usuarios atendidos en el día y los expedientes de altas de usuarios, se revisan los expedientes y formularios de ingreso, esto se hace para ingresar la información al sistema de epidemiología, para luego tabular la información registrada, finalizando con la elaboración del informe mensual de toda la información registrada.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

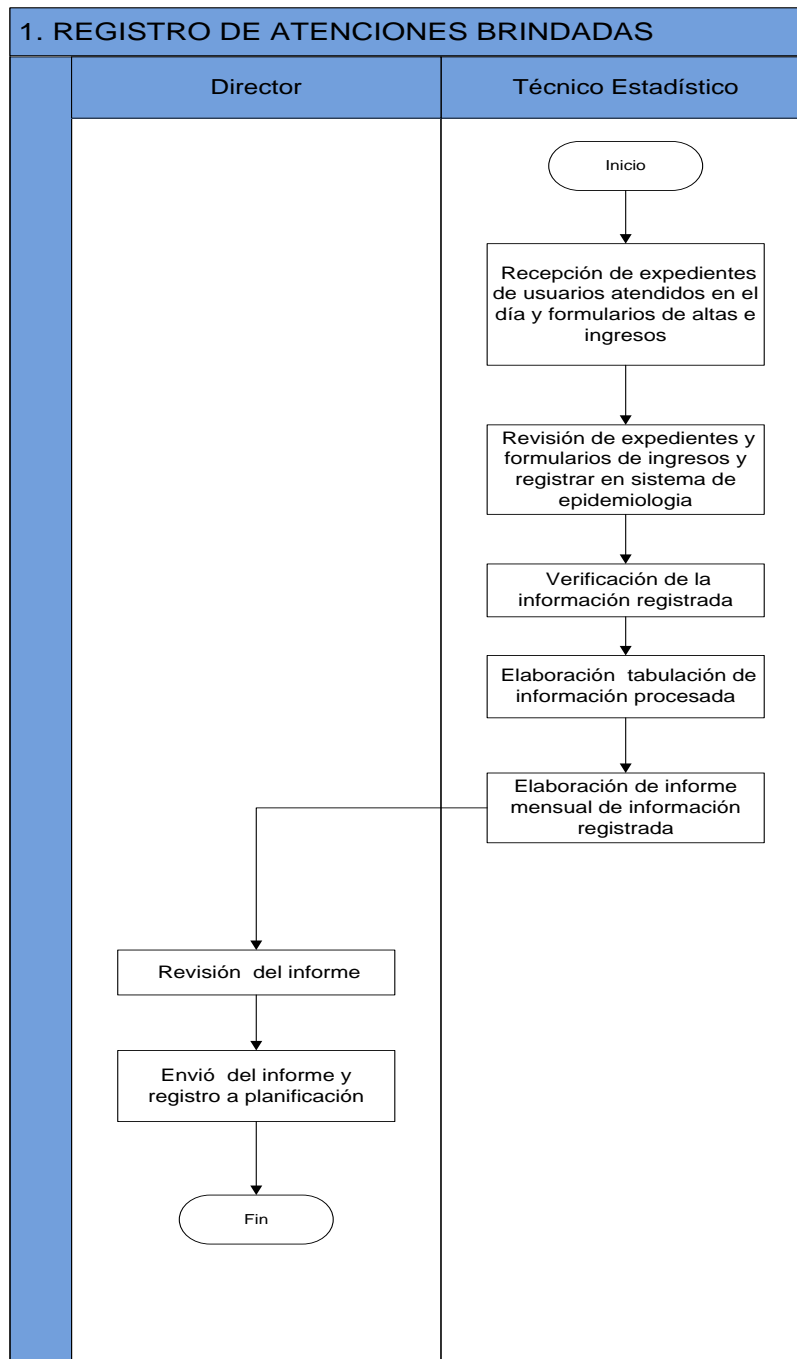
ENERO 2012

FEBRERO 2012

282 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

283 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Expedientes de Usuarios.
Informe Mensual de Atenciones

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

284 de 404



2. CONTROL DE GESTION DEL CAL.P-17-002

1. OBJETIVO

Realizar la medición del rendimiento del recurso humano de cada una de las áreas del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico Estadístico, el Auxiliar en Estadística y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para llevar la medición del rendimiento del recurso humano de cada una de las áreas del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en llevar el registro de atenciones brindadas por médicos y terapistas en el sistema de cada unidad, con el objetivo de medir el rendimiento obtenido por recurso humano en cada una de las áreas. Para la medición del rendimiento se ejecutan las siguientes actividades: se recibe el formulario de control de atenciones, se ingresa los datos en el Sistema de cada Unidad, de esta forma se elabora el informe mensual, se ingresa el registro de control de atenciones en el Sistema UTEC, para luego generar el rendimiento por recurso humano y por unidad finalizando, con la elaboración de estrategias y justificaciones.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

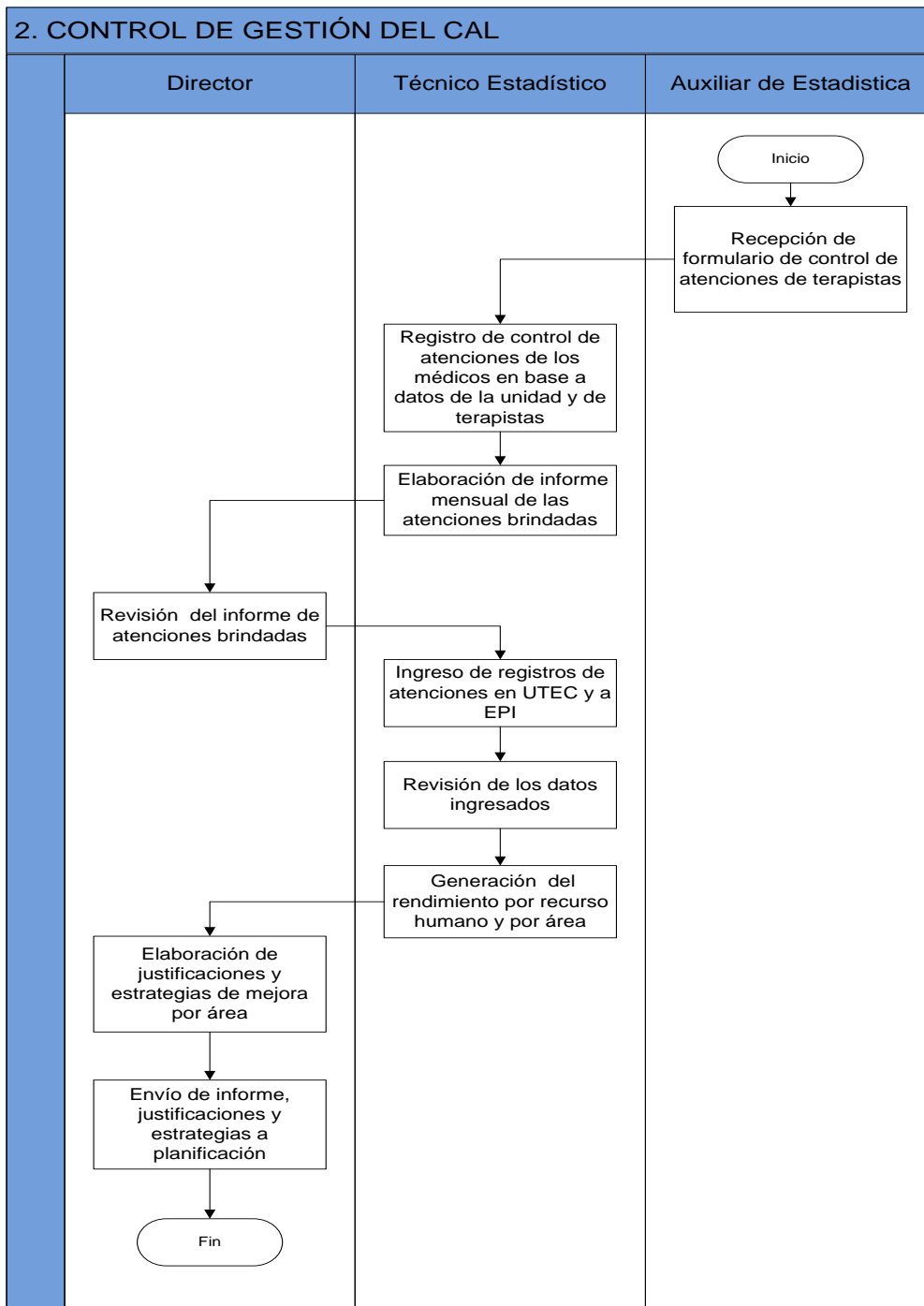
ENERO 2012

FEBRERO 2012

285 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

286 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Formulario de Control de Atenciones.

Informe de Atenciones Brindadas

Informe de Justificaciones y estrategias

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

287 de 404



3. CONTROL DE ASISTENCIA.P-17-003

1. OBJETIVO

Controlar a los usuarios que hacen uso de los servicios que brinda el CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico Estadístico, el Auxiliar en Estadística y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para llevar el control de los usuarios que visitan diariamente las diferentes áreas del CAL recibiendo su servicio de rehabilitación.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar el control de los usuarios que llegan diariamente a hacer uso de los diferentes servicios de atención especializada brindados en el CAL. Para ejecutar este control se llevan a cabo los siguientes pasos: se reciben los tickets de los usuarios, se contabilizan los usuarios atendidos en el día luego se procede al registro de pacientes atendidos en el Sistema, finalizando con la elaboración del informe mensual de usuarios atendidos formulando las estrategias de mejora.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

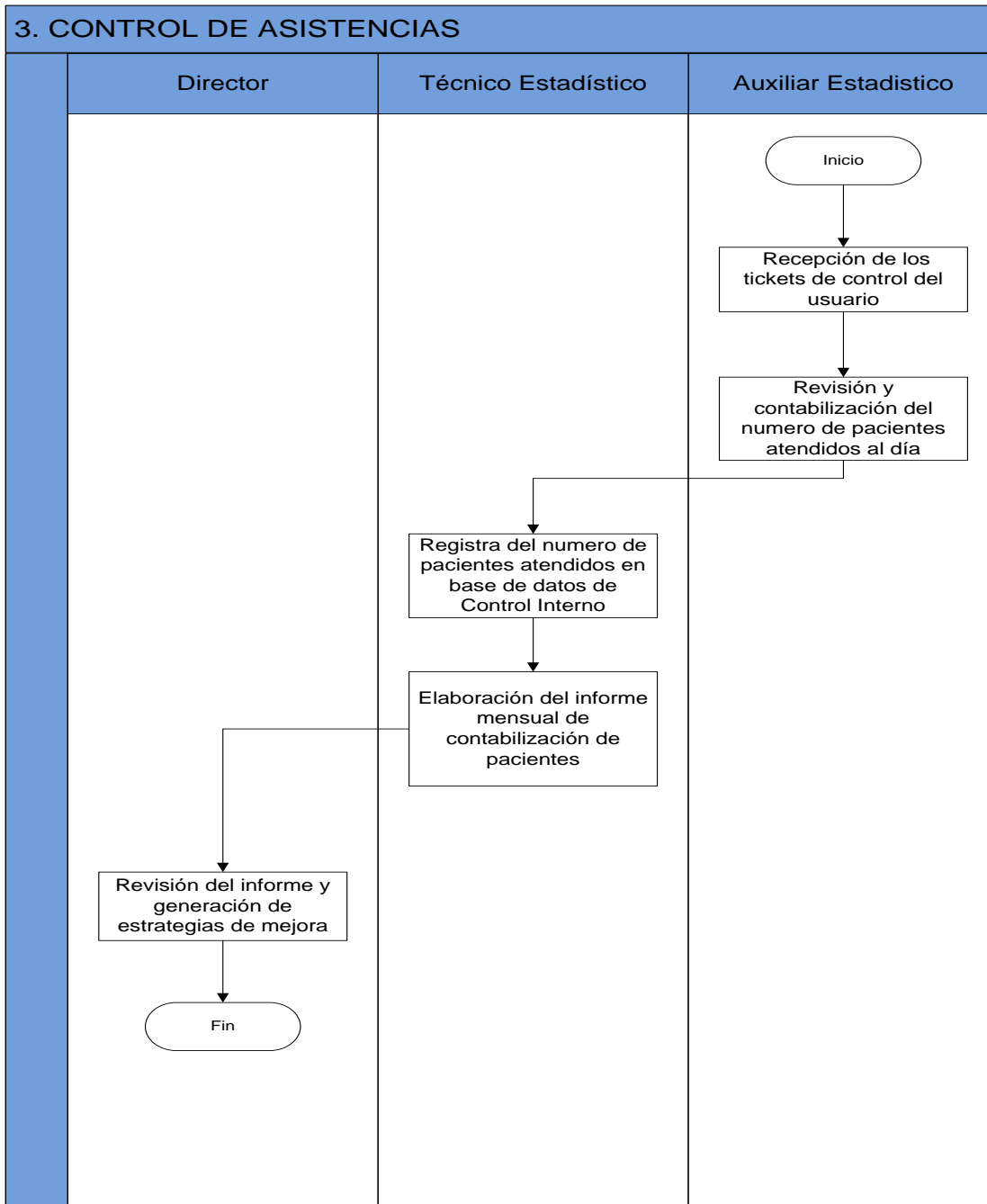
ENERO 2012

FEBRERO 2012

288 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

289 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Ticket de Control
Informe Mensual de Contabilización de Pacientes
Estrategias de Mejora

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

290 de 404



4. APERTURA DEL EXPEDIENTE.P-17-004

1. OBJETIVO

Elaborar el expediente del usuario el CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El Auxiliar en Estadística es el responsable de elaborar el expediente del usuario que visita el CAL para recibir su servicio de rehabilitación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en la elaboración del expediente del usuario que recibe servicios de rehabilitación en el CAL, para realizar la apertura del expediente se siguen los siguientes pasos: se recibe la referencia, se toman los datos del usuario para elaborar hoja de inscripción, se elabora y se le entrega la tarjeta de citas al usuario, finalizando con la preparación del expediente y el archivo de este.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

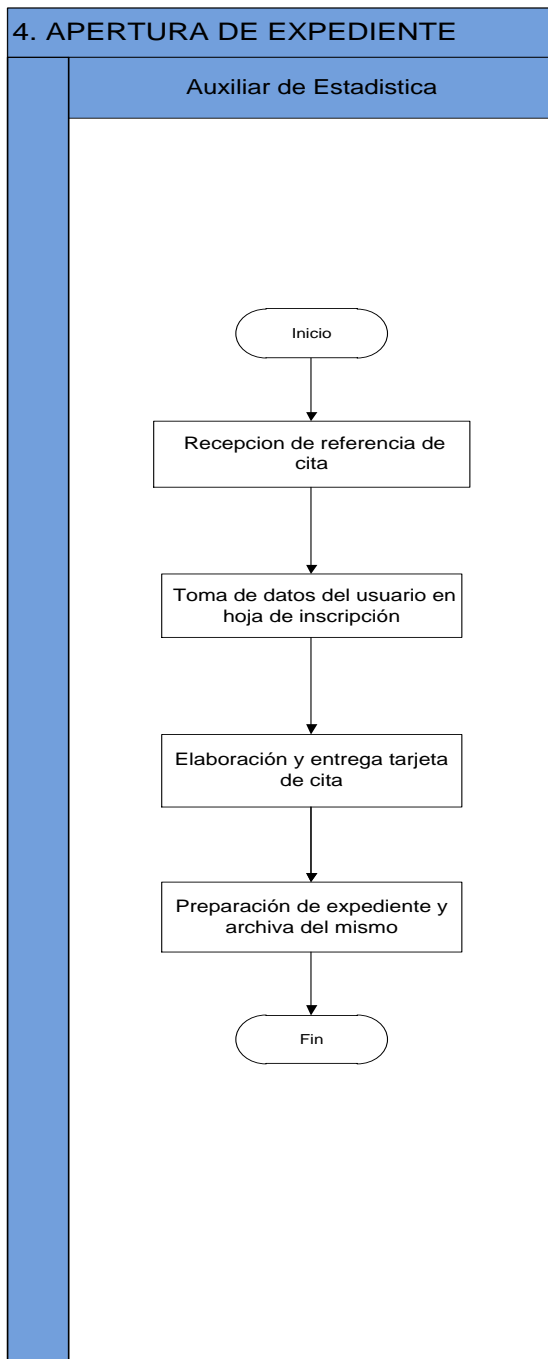
ENERO 2012

FEBRERO 2012

291 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

292 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Referencia de Cita
Tarjeta de Cita
Expediente del Usuario

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

293 de 404



5. ADMINISTRACION DEL EXPEDIENTE.P-17-005

1. OBJETIVO

Realizar el registro y control de los expedientes de los usuarios el CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El Auxiliar en Estadística es el responsables de llevar el registro y control de los expedientes que son solicitados en las diferentes áreas del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

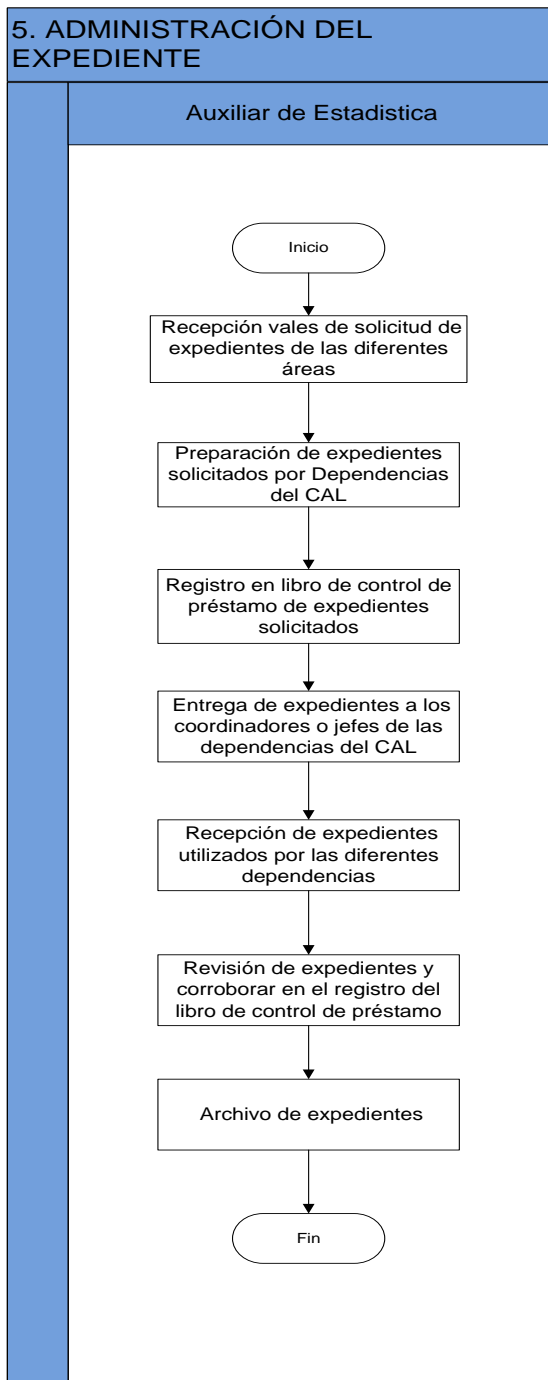
Este procedimiento consiste en llevar el registro y control de expedientes que son solicitados por las diferentes áreas del CAL. Este procedimiento se lleva a cabo realizando las siguientes actividades: se reciben los vales de solicitud de los expedientes, se preparar los expedientes solicitados por las áreas del CAL, se registran los préstamos en el libro de préstamos de expedientes, se entregan los expedientes solicitados, finalizando con la recepción de los expedientes prestados.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	294 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

295 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Vales de solicitud del expediente
Registro en Control de Préstamo

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

296 de 404



3. CONSULTA EXTERNA

3.1 SERVICIOS MEDICOS Y DE APOYO

1. ATENCION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS.P-11-001

1. OBJETIVO

Brindar las atenciones especializadas en las diferentes áreas de medicina del área de Consulta Externa del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria y el Médico de Familia son los responsables de realizar las actividades necesarias para que se brinden las atenciones especializadas en las diferentes áreas de Medicina de la Consulta Externa del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en brindar las atenciones especializadas en las diferentes áreas de medicina de Consulta Externa del CAL, las cuales son: Medicina Familiar, Neurología, Urología, Ortopedia, Fisiatría. Para realizar este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se recibe el informe de evaluación de usuario de Trabajo Social, se diagnostica de acuerdo a la evaluación del usuario, el usuario se remite a la Especialidad médica o a las diferentes especialidades del CAL (UOT, ULAM, Terapias de Rehabilitación, Servicios de Apoyo).

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

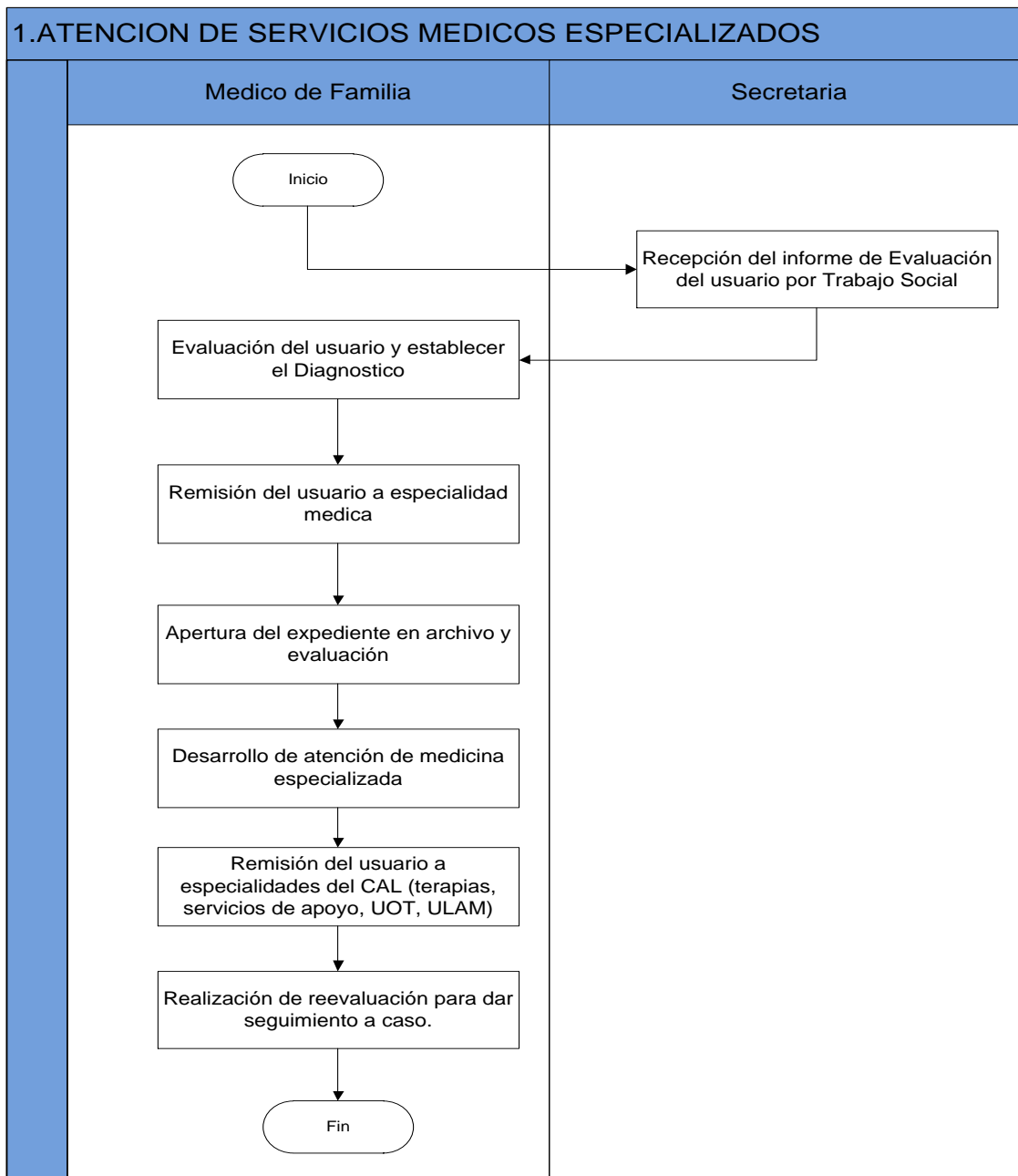
ENERO 2012

FEBRERO 2012

297 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

298 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Informe de Evaluación.

Apertura del Expediente del CAL.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 64 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

299 de 404



3.2 PSICOLOGIA CONSULTA EXTERNA

1. ATENCIONES INDIVIDUALES. P-13-001

1. OBJETIVO

Apoyar el proceso de rehabilitación de los usuarios a través de sesiones privadas con el psicólogo/a.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Psicóloga es la responsable de brindar las sesiones privadas de apoyo al proceso de rehabilitación a los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en la realización de sesiones privadas con los usuarios y el psicólogo(a) encargado, con el propósito de apoyar el proceso de rehabilitación de los usuarios. En este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se programa la cita del usuario, se brinda la atención del usuario y se realiza la evaluación para determinar el tratamiento a seguir, estableciendo el plan de tratamiento de los usuarios finalizando con la elaboración del informe del caso.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

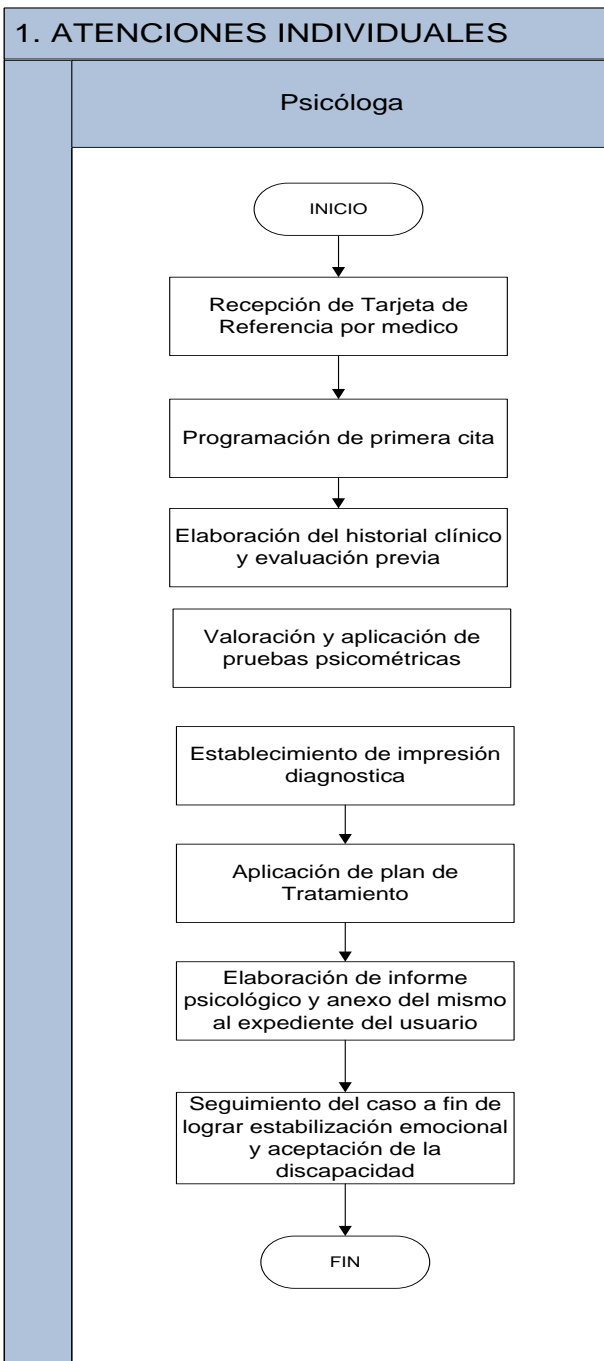
ENERO 2012

FEBRERO 2012

300 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

301 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Tarjeta de Referencia.

Informe del Caso

Historial Clínico.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\textit{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 89 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

302 de 404



2. ATENCIONES GRUPALES. P-13-002

1. OBJETIVO

Realizar sesiones grupales con el psicólogo/a, de apoyo al proceso de rehabilitación de los usuarios del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Psicóloga es la responsable de brindar las sesiones grupales de apoyo al proceso de rehabilitación de los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

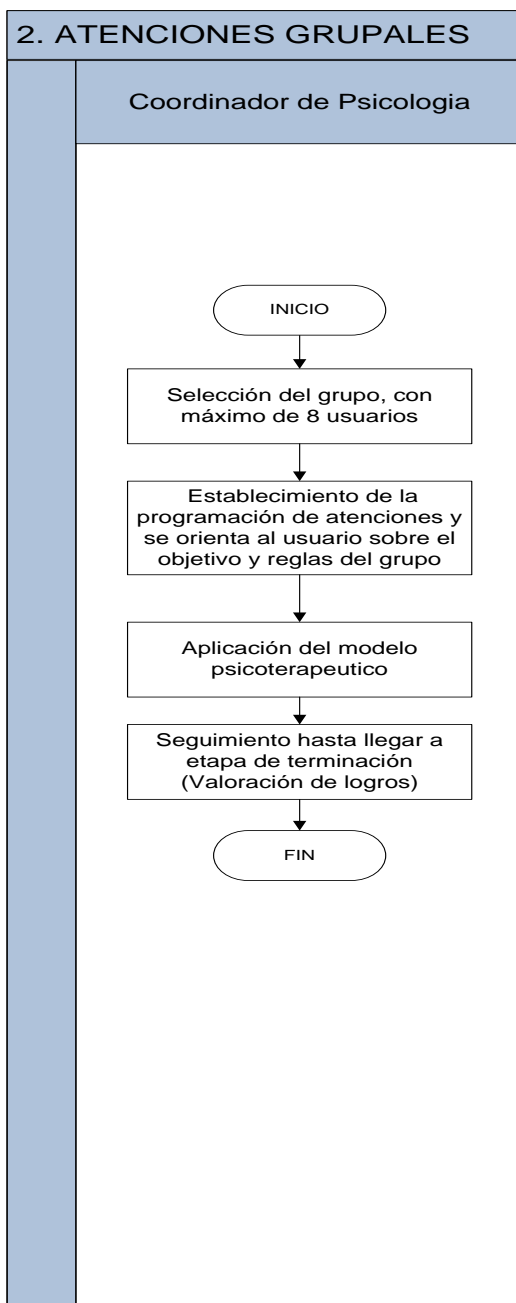
Este procedimiento consiste en la realización de sesiones grupales con determinados usuarios que poseen características similares según sus condiciones, dichas sesiones se realizan con el fin de que exista una interrelación con los usuarios y estos compartan experiencias que puedan aportar algún beneficio en el proceso de rehabilitación. Para realizar las sesiones grupales se realizan las siguientes actividades: se forman los grupos que estarán en las sesiones, se elabora plan de trabajo, se programan las atenciones finalizando con la elaboración del informe de atenciones brindadas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	303 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

304 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Expedientes de los usuarios.

Programación de las Atenciones

Informe de Atenciones Grupales

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\textit{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 96 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

305 de 404



3.3 PSICOLOGIA ULAM

1. ATENCIONES INDIVIDUALES.P-13-003

1. OBJETIVO

Apoyar el proceso de rehabilitación de los usuarios de la ULAM a través de sesiones privadas con el psicólogo/a.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa y la ULAM del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Psicóloga es la responsable de brindar las sesiones privadas de apoyo al proceso de rehabilitación a los usuarios de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en la realización de sesiones privadas con los usuarios y el psicólogo(a) encargado, con el propósito de apoyar el proceso de rehabilitación de los usuarios. En este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se entrevista a los familiares del usuarios, se programa la cita del usuario, se brinda la tención del usuario y se realiza la evaluación para determinar el tratamiento a seguir, estableciendo el plan de tratamiento de los usuarios finalizando con la elaboración del informe del caso.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

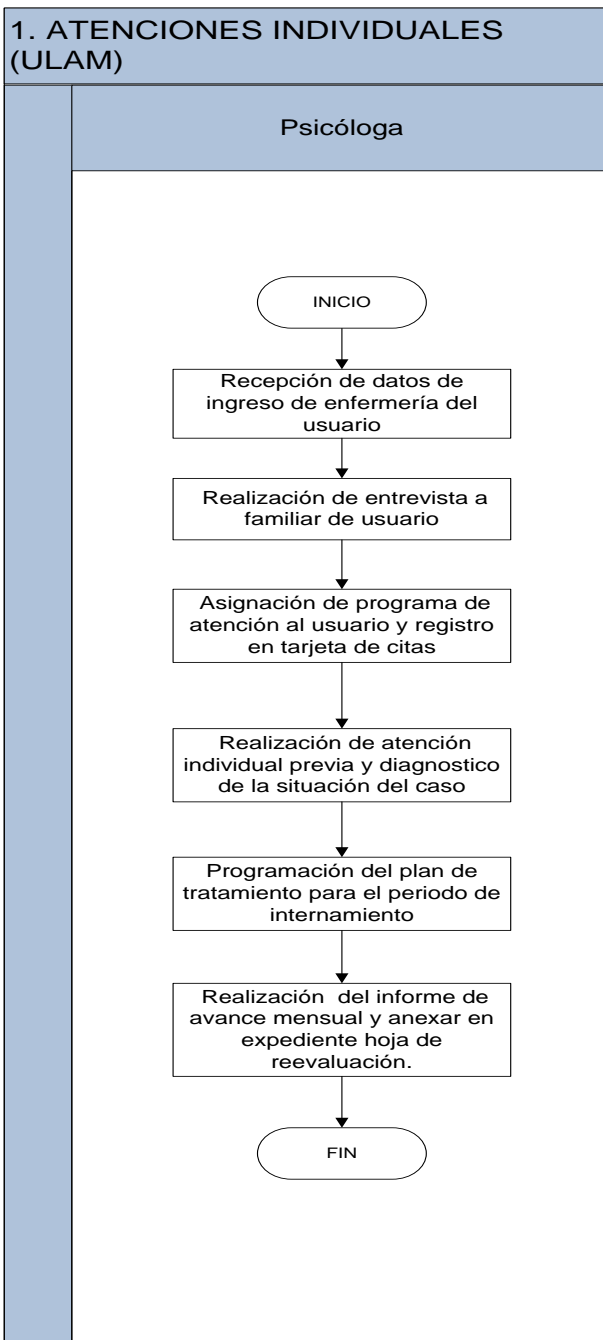
ENERO 2012

FEBRERO 2012

306 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

307 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Datos de Ingreso del usuario.

Informe de Avance Mensual.

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\textit{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 96 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

308 de 404



2. ATENCIONES GRUPALES.P-13-004

1. OBJETIVO

Realizar sesiones grupales con el psicólogo/a, de apoyo al proceso de rehabilitación de los usuarios de la ULAM del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa y la ULAM del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Psicóloga es la responsable de brindar las sesiones grupales de apoyo al proceso de rehabilitación de los usuarios de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en la realización de sesiones grupales con determinados usuarios que poseen características similares según sus condiciones, dichas sesiones se realizan con el fin de que exista una interrelación con los usuarios y estos compartan experiencias que puedan aportar algún beneficio en el proceso de rehabilitación. Para realizar las sesiones grupales se realizan las siguientes actividades: se forman los grupos que estarán en las sesiones, se elabora plan de trabajo, se programan las atenciones finalizando con la elaboración del informe de atenciones brindadas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

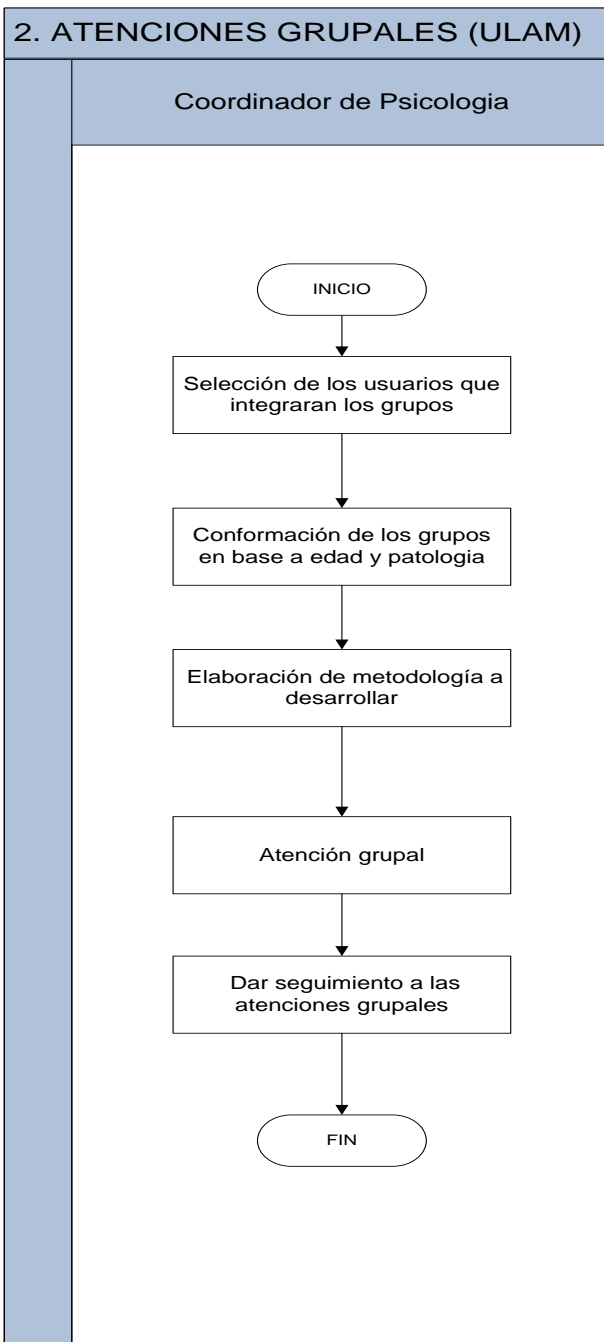
ENERO 2012

FEBRERO 2012

309 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

310 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Expedientes de los usuarios.

Metodología para uso en atenciones

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\textit{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 96 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

311 de 404



3.4 TRABAJO SOCIAL

1. VISITAS DE CAMPO.P-12-001

1. OBJETIVO

Realizar visitas al lugar de residencia de los usuarios para la evaluación del ambiente familiar.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La coordinadora de Trabajo Social y la Trabajadora Social son las responsables de realizar las visitas de campo a los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en la realización de visitas al lugar de residencia de los usuarios para evaluar el ambiente familiar en el que se desenvuelve el mismo, y poder realizar un diagnóstico más profundo del caso. En estas visitas se realizan las siguientes actividades: se entrevista al usuario para conocer el caso, se elabora el Diagnóstico Socio familiar finalizando con la programación de visitas domiciliarias.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

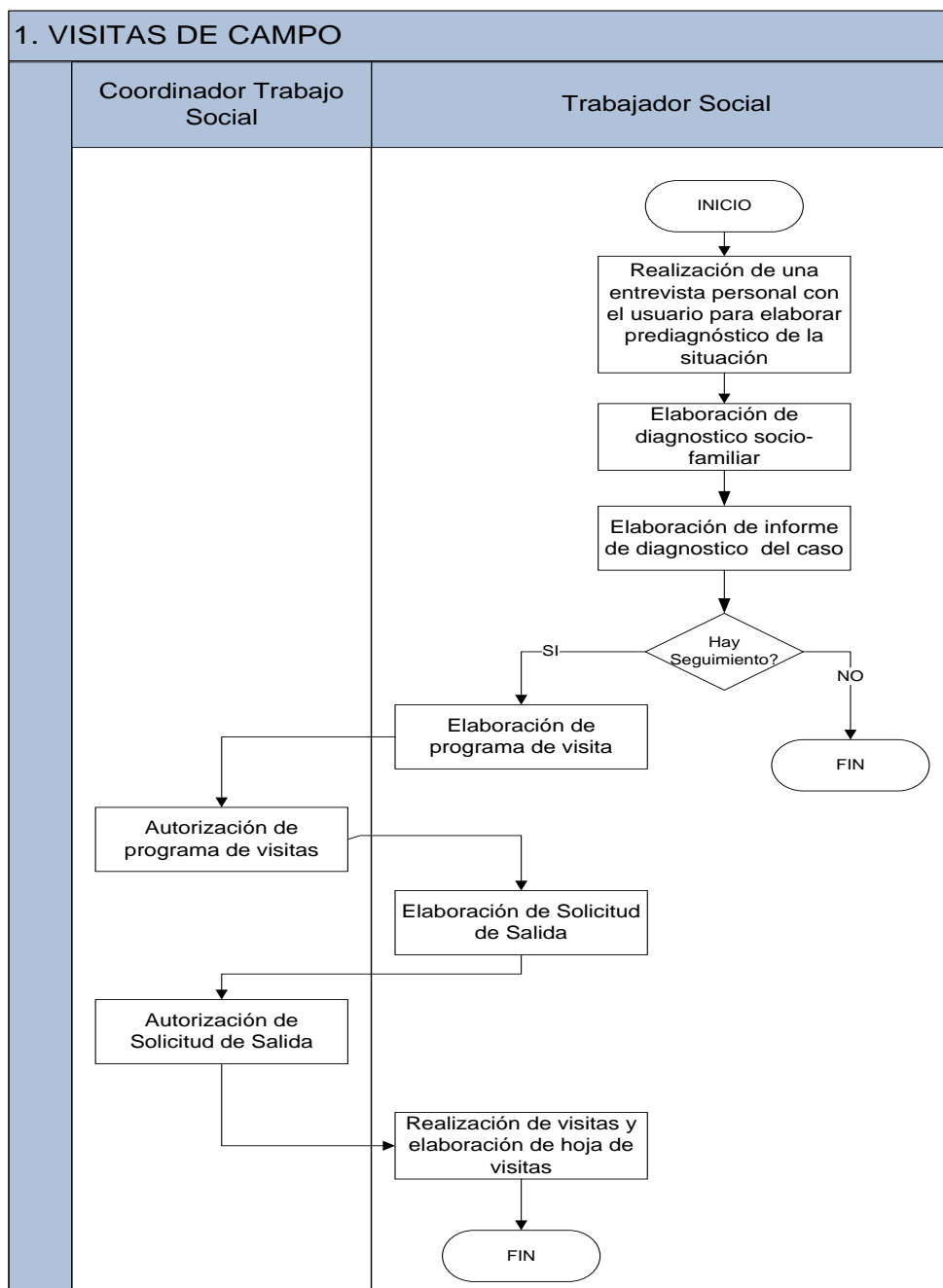
ENERO 2012

FEBRERO 2012

312 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

313 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Información de la situación del usuario y su entorno.

Informe de Diagnostico del Caso

Programación de visitas.

Hoja de visitas

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

314 de 404



2. CHARLAS DEL ISRI.P-12-002

1. OBJETIVO

Desarrollar charlas de orientación acerca del proceso de rehabilitación a los familiares de los usuarios del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La coordinadora de Trabajo Social y la Trabajadora Social son las responsables de brindar las Charlas a los familiares de los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en brindar charlas a los familiares de los usuarios con el fin que tengan un conocimiento más directo sobre la rehabilitación del usuario y como pueden participar en la misma. Para poder realizar las charlas se ejecutan las siguientes actividades: se elabora la programación de charlas, se preparan los temas y recursos a utilizar, se seleccionan a los participantes, finalizando con la elaboración del informe de charlas impartidas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

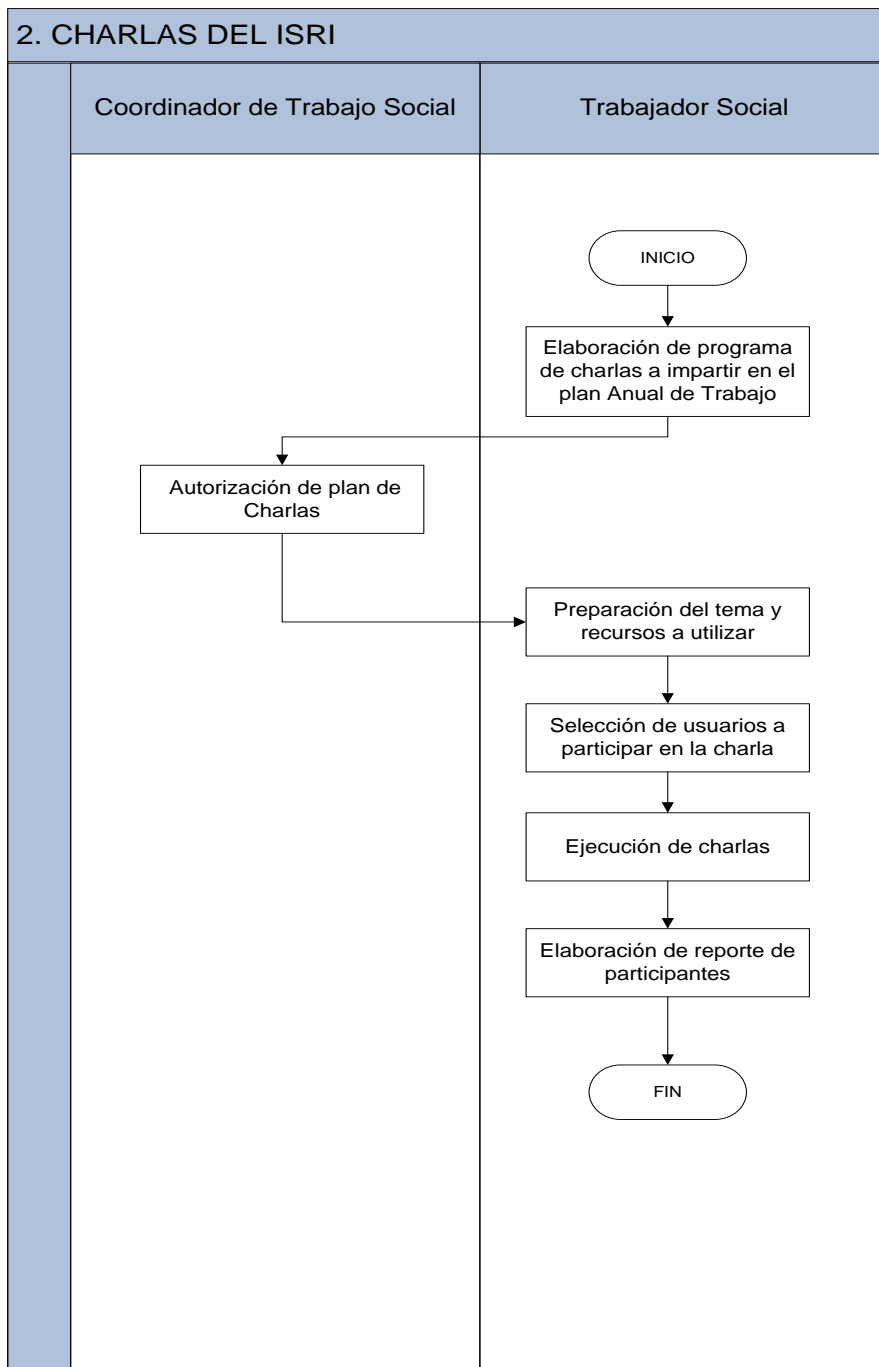
ENERO 2012

FEBRERO 2012

315 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

316 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Temas de Charlas

Reporte de Participantes

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 67 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\textit{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

317 de 404



3. CONTACTO INICIAL.P-12-003

1. OBJETIVO

Realizar la evaluación del usuario para remitirlo a las distintas especialidades del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Trabajadora Social es la responsable de entrevistar al usuario y efectuar la evaluación para remitirlo a las diferentes especialidades del CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la primera entrevista al usuario que llega al CAL para recibir los diferentes servicios que brinda el Centro, realizando la primera evaluación del usuario y su facultada especial para la remisión a las distintas especialidades del CAL. En este procedimiento se ejecutan las siguientes actividades: se realiza la entrevista personal, se evalúa la condición del usuario finalizando con la remisión al Médico para su Diagnóstico.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

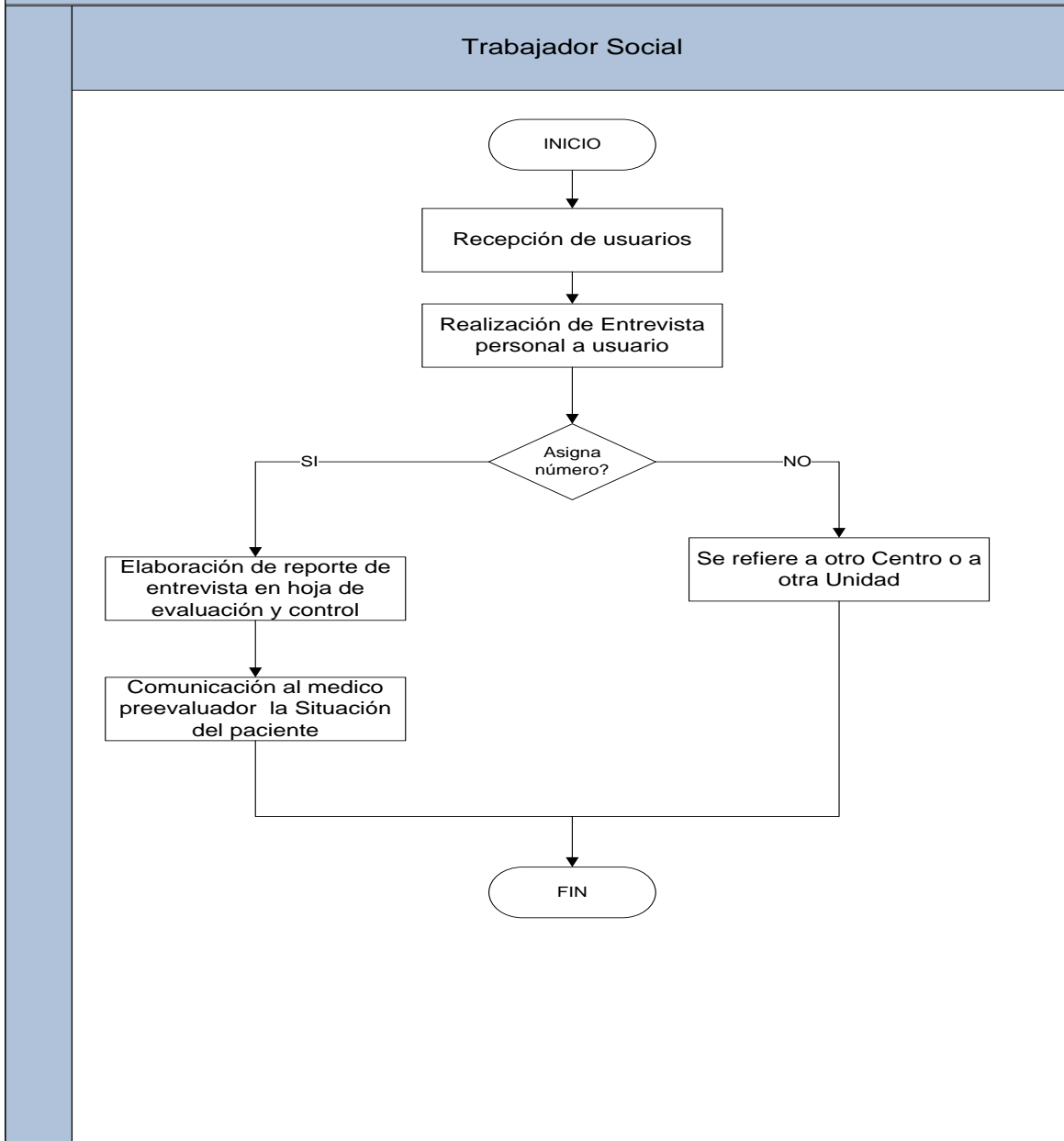
FEBRERO 2012

318 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento

3. CONTACTO INICIAL



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

319 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Información del Usuario

Reporte de Entrevista en Hoja de evaluación y Control

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

320 de 404



4. EVALUACION DE CASOS.P-13-004

1. OBJETIVO

Evaluar integralmente al usuario en proceso de rehabilitación del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Trabajadora Social y la Coordinadora del Trabajo Social son las responsables de realizar las actividades necesarias para efectuar la evaluación integral del usuario en proceso de rehabilitación.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la evaluación integral del usuario para determinar su condición mediante un equipo interdisciplinario. Las actividades a realizar en este procedimiento son las siguientes: se recibe la remisión del usuario para evaluación, se programan las evaluaciones de usuario, se entrevista con el usuario y los familiares finalizando con la elaboración de las hojas de evaluación y acuerdos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

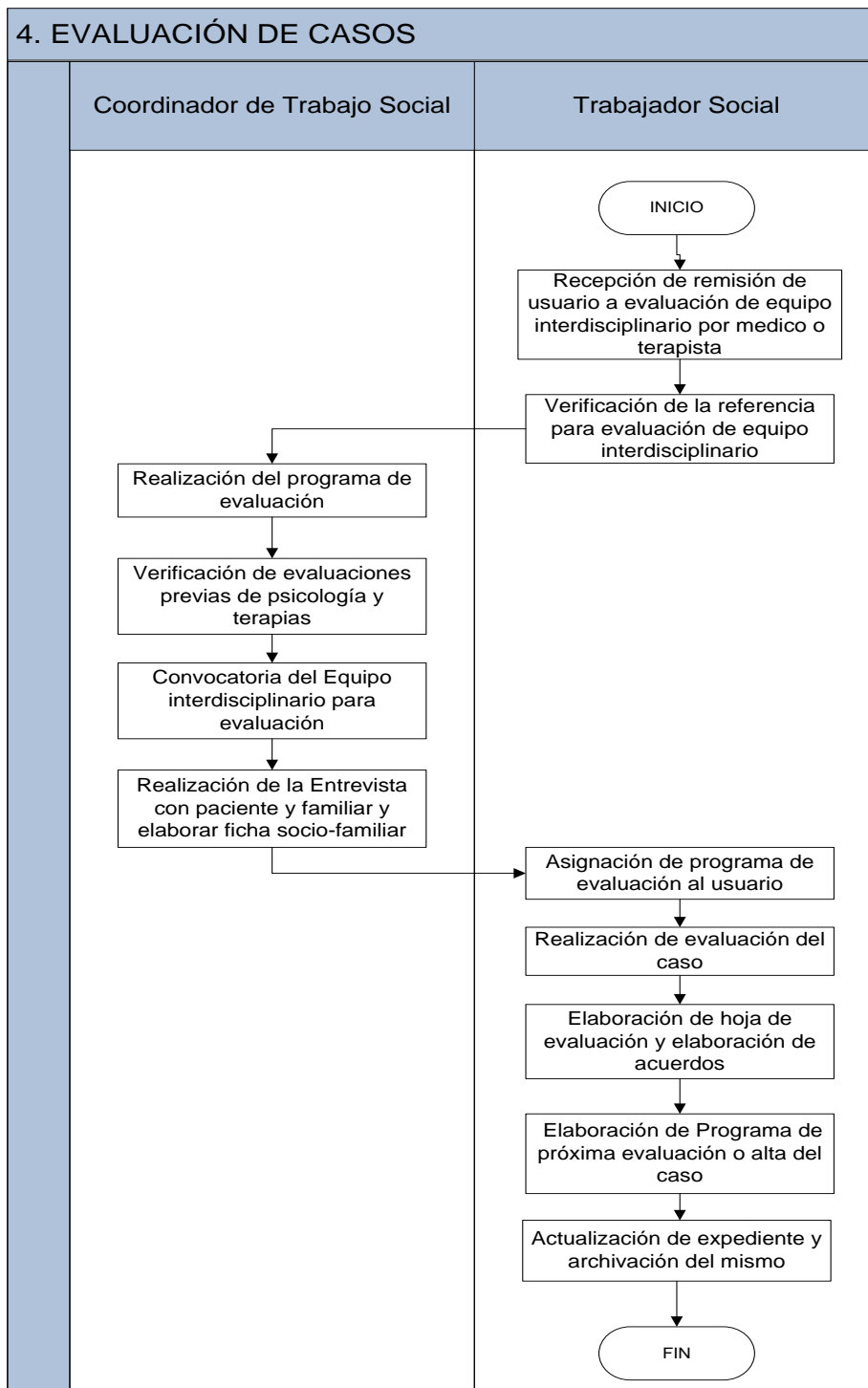
ENERO 2012

FEBRERO 2012

321 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

322 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Remisión del Usuario

Información del Usuario

Programa de Evaluación

Ficha Socio Familiar del Usuario

Hoja de Evaluación y de Acuerdos

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\textit{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

323 de 404



3.5 IMAGENOLOGIA

1. TOMA DE RADIOGRAFIA. P-21-001

1. OBJETIVO

Ofrecer los servicios de toma de radiografía a los usuarios del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Técnica en Rayos X es la responsable de tomar las radiografías que necesiten los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en la prestación de servicios de toma de rayos x a los usuarios del CAL. Para tomar las radiografías se realizan las siguientes actividades: se revisa la solicitud de Radiografía, se toma la radiografía, finalizando con la entrega de esta y el registro en el control de la Radiografías.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

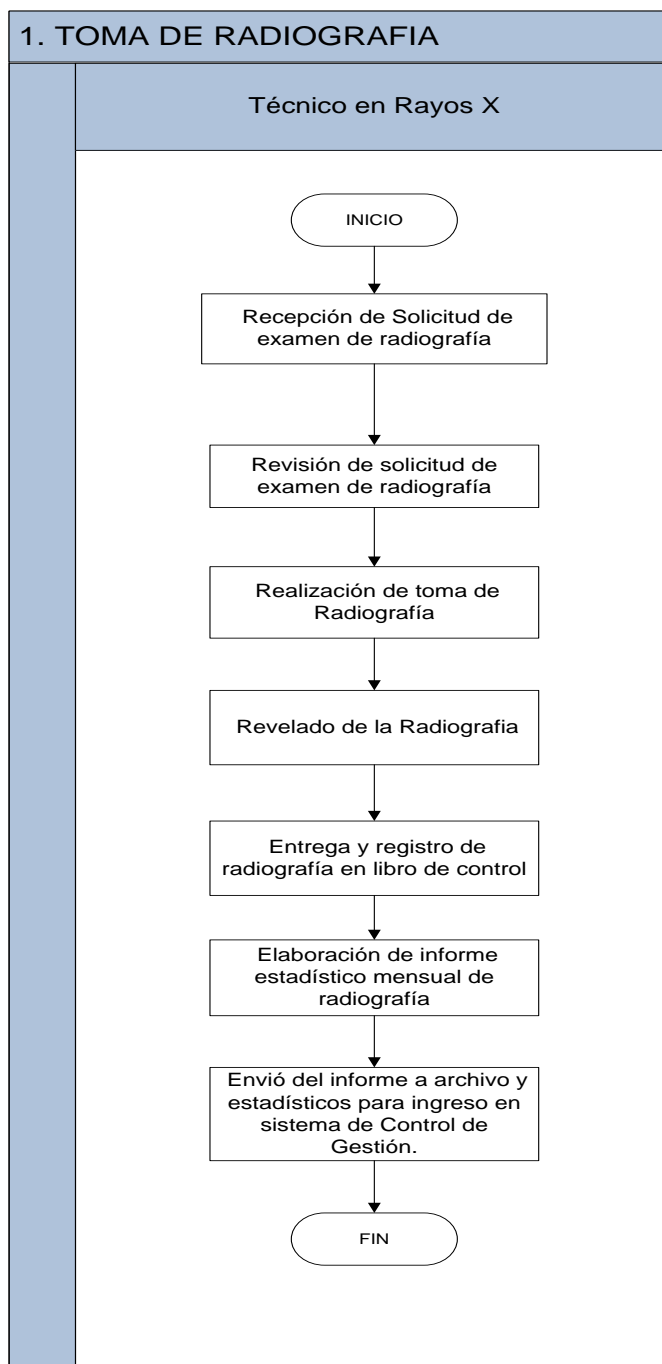
ENERO 2012

FEBRERO 2012

324 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

325 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Solicitud de Examen de Radiografía

Informe de Radiografía

Libro de Control

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

326 de 404



3.6 SERVICIOS DE REHABILITACION

1. INGRESO.P-14-001

1. OBJETIVO

Realizar el registro de los usuarios según los servicios de terapias que se ofrecen en el CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria I es la responsable de realizar el registro de los usuarios según los servicios de terapia que se ofrecen en el CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

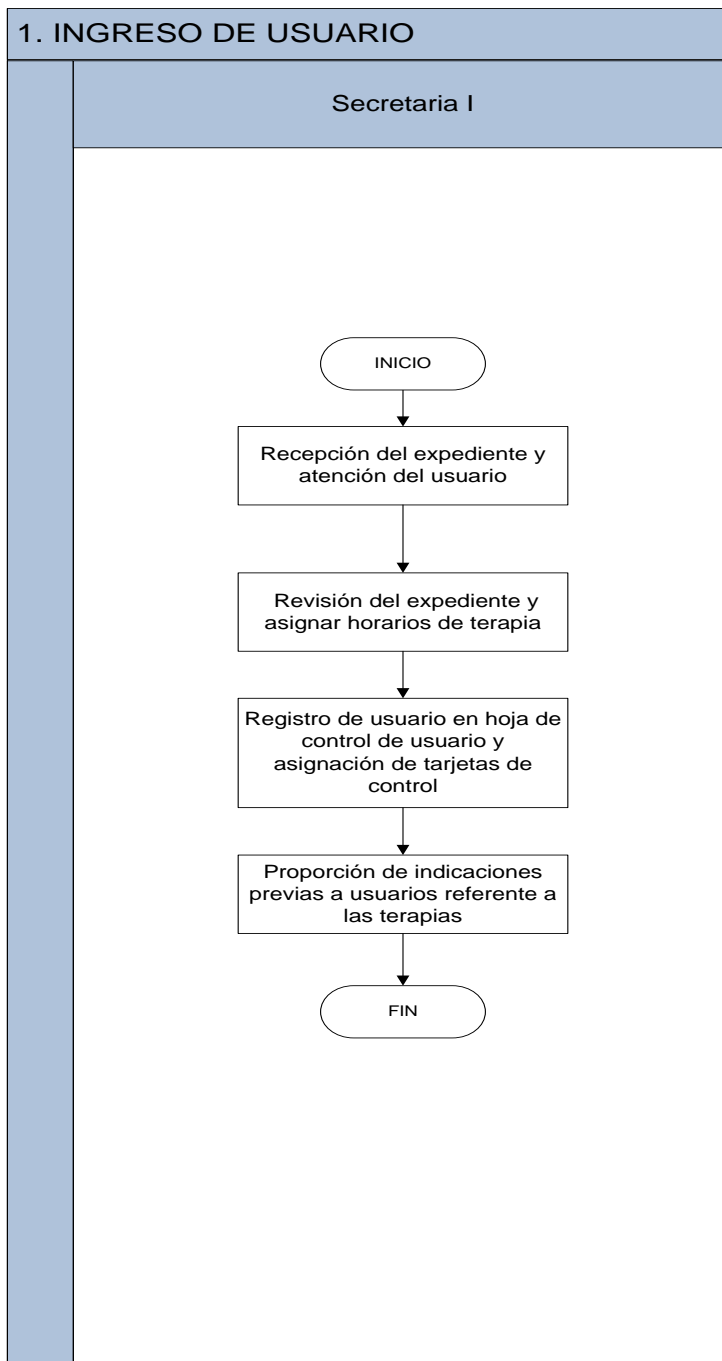
Este procedimiento consiste en realizar el registro al usuario según los servicios de terapia para los que haya sido remitido y posteriormente programar las citas de sus terapias. En este procedimiento se ejecutan las siguientes actividades: se recibe el expediente del usuario, se programan las citas de terapias finalizando con las explicaciones previas a los servicios de terapias de rehabilitación.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	327 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

328 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Expediente del Usuario
Registro de Ingreso en Hoja de Control de Usuario

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

329 de 404



2. ATENCION.P-14-002

1. OBJETIVO

Proporcionar los diferentes servicios de Terapias de Rehabilitación en el CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

Las Terapistas son las responsables de prestar los servicios de terapias de rehabilitación a los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en proporcionar los servicios de las distintas terapias de rehabilitación que posee el CAL. Los pasos a seguir para realizar este procedimiento son los siguientes: se recibe el expediente del usuario, se atiende al usuario según el diagnóstico y el plan del tratamiento, finalizando con el registrar en el control de terapias.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

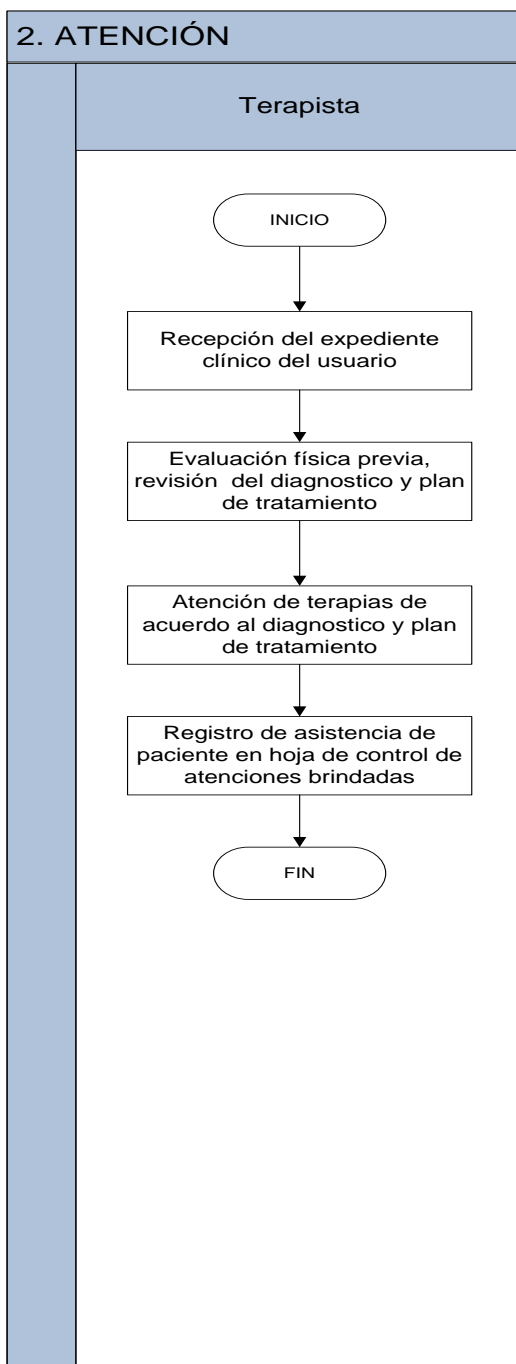
ENERO 2012

FEBRERO 2012

330 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

331 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Expediente del Usuario

Registro de Control de Atenciones realizadas

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 87 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

332 de 404



3. EGRESO.P-14-003

1. OBJETIVO

Otorgar el alta del proceso de terapias a los usuarios del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Secretaria I y la Coordinadora de Terapias son las responsables de otorgar el alta a los usuarios de su proceso de Rehabilitación en el CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

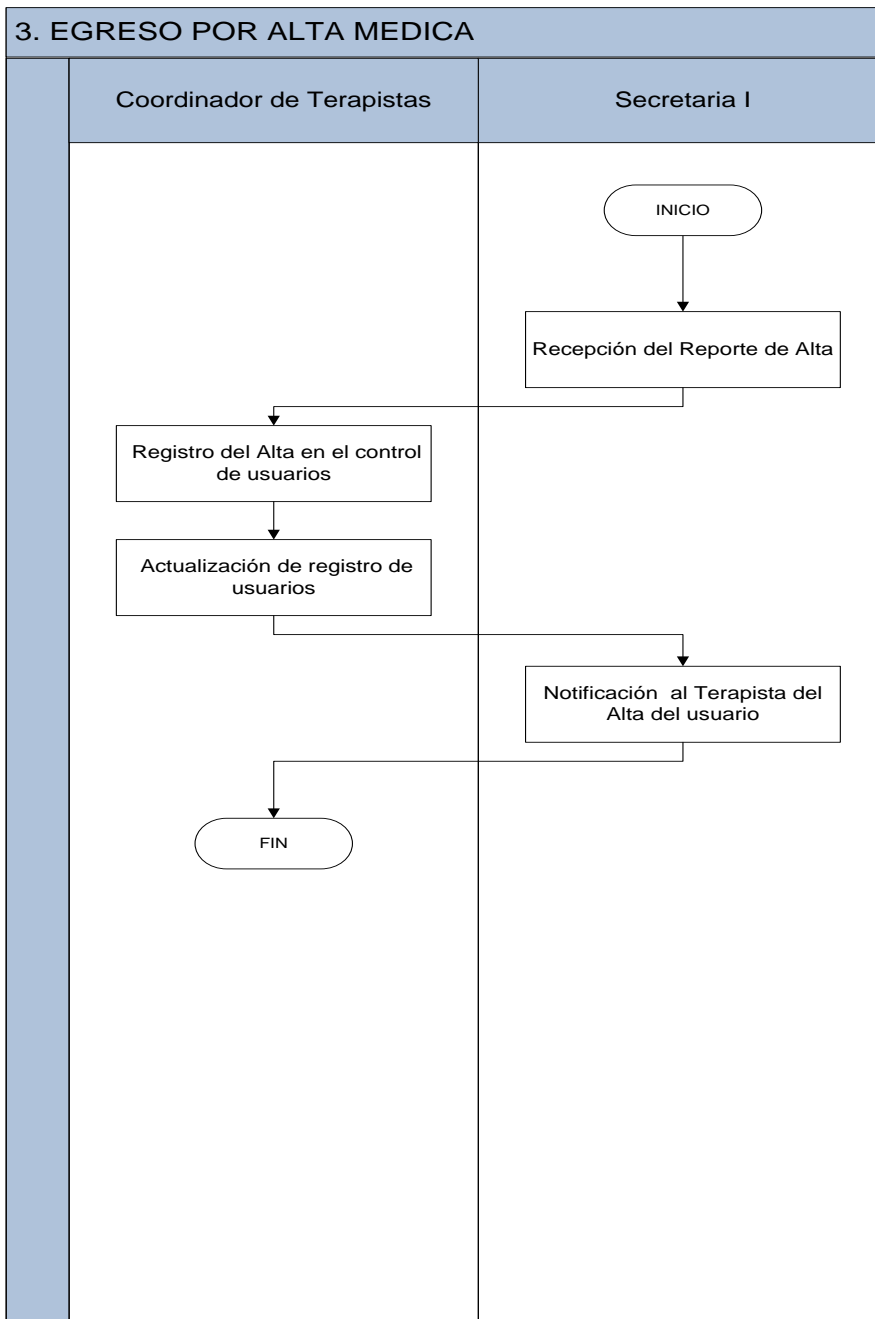
Este procedimiento consiste en otorgar el alta al usuario por haber finalizado su proceso de rehabilitación. Para entregar el alta al usuario se cumplen las siguientes actividades: se recibe el reporte de alta del usuario, se registra el alta en el control de usuarios finalizando con la comunicación a la Terapeuta del alta del usuario.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	333 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

334 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Reporte de Alta
Registro de Alta de usuarios

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

335 de 404



4. CONTROL DE METAS.P-14-004

1. OBJETIVO

Controlar las atenciones realizadas por los terapeutas del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Coordinadora de Terapias y la Jefa de Terapias son las responsables de llevar el control de las atenciones prestadas por los terapeutas en el CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en llevar el control de las atenciones brindadas por los terapeutas para verificar el cumplimiento de metas de acuerdo a lo planificado. En este procedimiento se realizan las siguientes actividades: se recibe el registro de control de terapeutas, se elabora el informe conglomerado de la sección y de la Unidad, finalizando con la elaboración del informe trimestral de control de metas.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

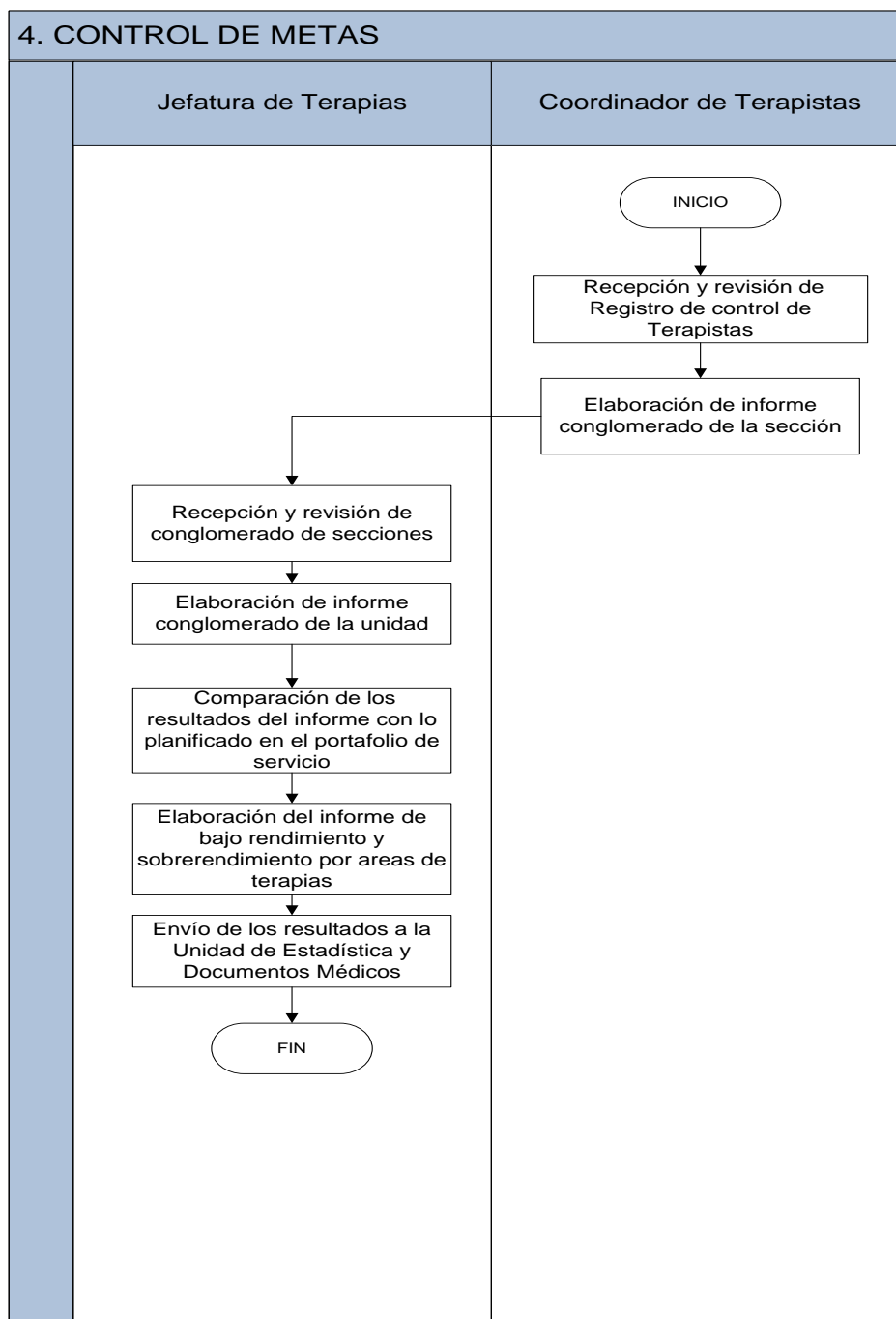
ENERO 2012

FEBRERO 2012

336 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

337 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Registro de Control de Terapias
Informe de Conglomerado de Sección
Informe Conglomerado de la Unidad
Informe Trimestral de Control Metas

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

338 de 404



5. CONTROL DE EXPEDIENTES.P-14-005

1. OBJETIVO

Controlar los expedientes de los usuarios del CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Coordinadora de Terapias y la Terapista son las responsables de ejecutar las actividades para el retiro y uso del expediente de los usuarios del CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en gestionar el retiro y uso de los expedientes de los usuarios de Estadística y Documentos Médicos para su respectivo control de usuarios cuando estos reciben los servicios de terapias de rehabilitación. Este procedimiento contiene las siguientes actividades: se solicita el expediente mediante vales, se retira los expedientes de Estadísticas y Documentos Médicos, este se entrega a las Terapistas, se realiza el control de los usuarios, se entrega al coordinador de los expedientes prestados, finalizando con el regreso de los documentos a Estadísticas y Documentos Médicos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

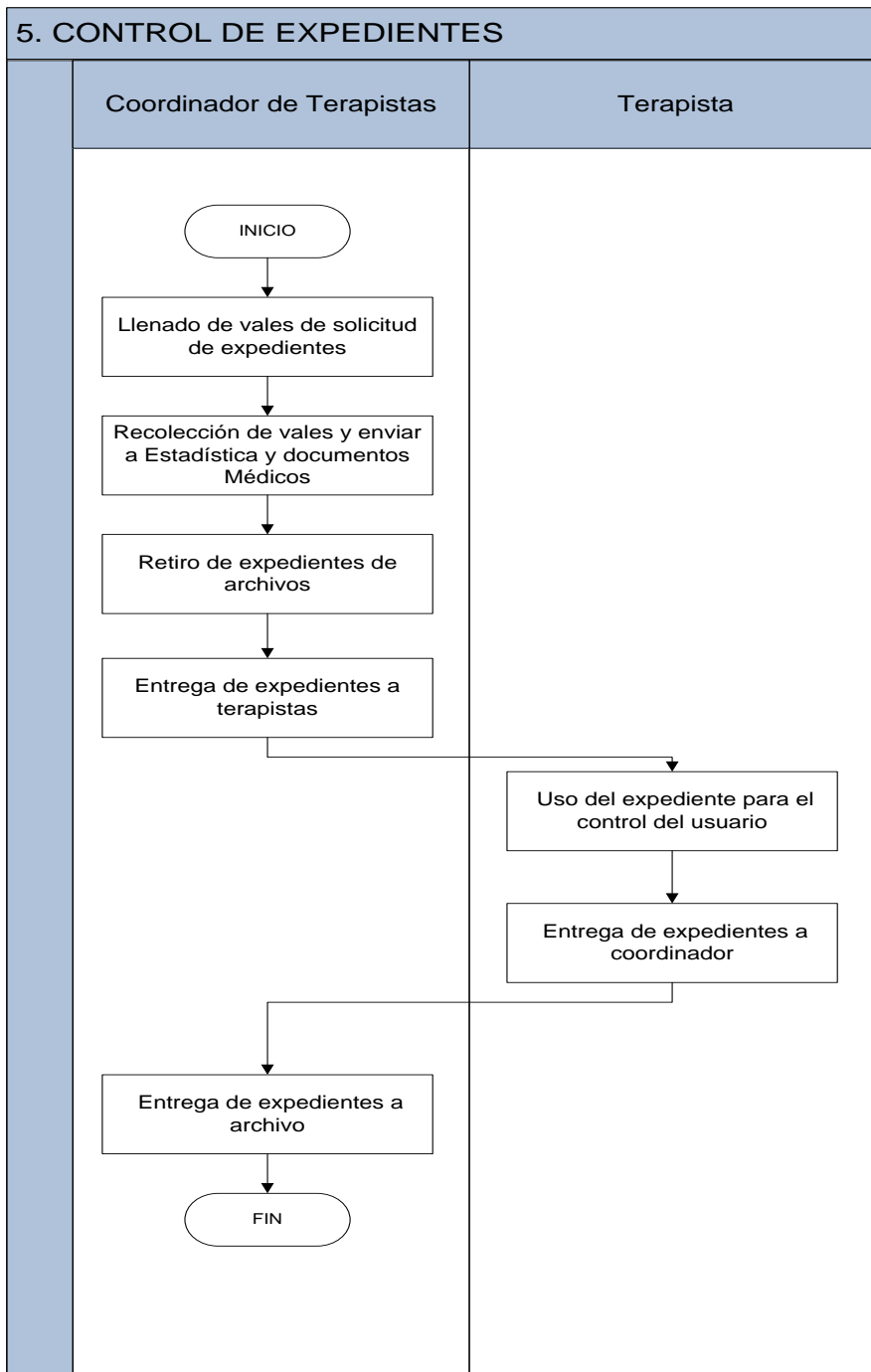
ENERO 2012

FEBRERO 2012

339 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

340 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Vales de Solicitud de Expedientes
Expedientes
Control de Usuarios

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

341 de 404



6. REMISION DEL USUARIO.P-14-006

1. OBJETIVO

Realizar la remisión de los usuarios a la evaluación con el Equipo Interdisciplinario.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Área de Consulta Externa del Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

La Terapeuta es la responsable de ejecutar las actividades necesarias para la remisión del usuario al Equipo Interdisciplinario.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en hacer efectiva la remisión de los usuarios al equipo interdisciplinario para su futura evaluación. Este procedimiento contempla las siguientes actividades: se elabora el vale de referencia, se elabora el informe para presentarlo al Equipo Interdisciplinario, finalizando con la recepción de la resolución del Equipo Interdisciplinario.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

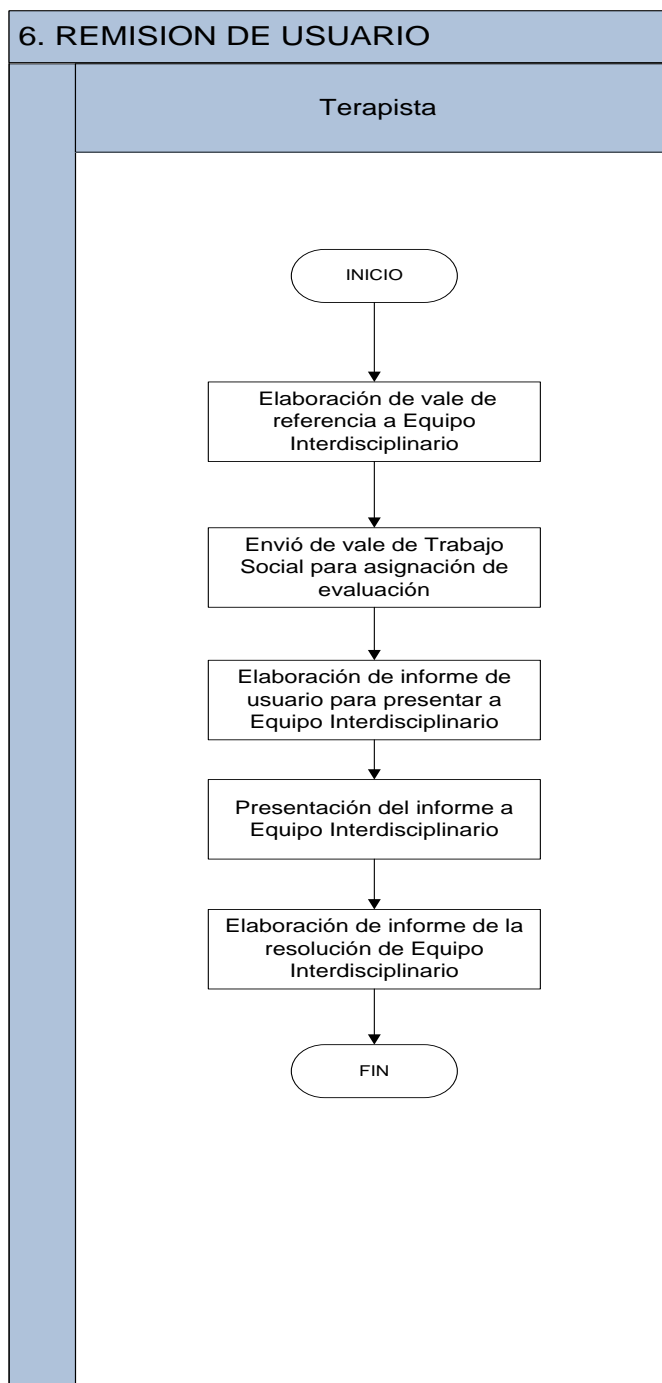
ENERO 2012

FEBRERO 2012

342 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

343 de 404



5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6 REGISTROS

Expediente del Usuario
Informe del Usuario

7 INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

344 de 404



4. UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES MEDULARES

1. INGRESO Y ATENCION EN LA ULAM. P-13-001

1. OBJETIVO

Proporcionar las atenciones adecuadas a las necesidades de los usuarios de la ULAM.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca el Centro del Aparato Locomotor CAL.

3. RESPONSABLES

El médico Especialista, la Psicóloga, la trabajadora Social, la terapeuta y el/o Auxiliar de Enfermería o Enfermera/o son los responsables de proporcionar las atenciones de acuerdo a las necesidades del usuario de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

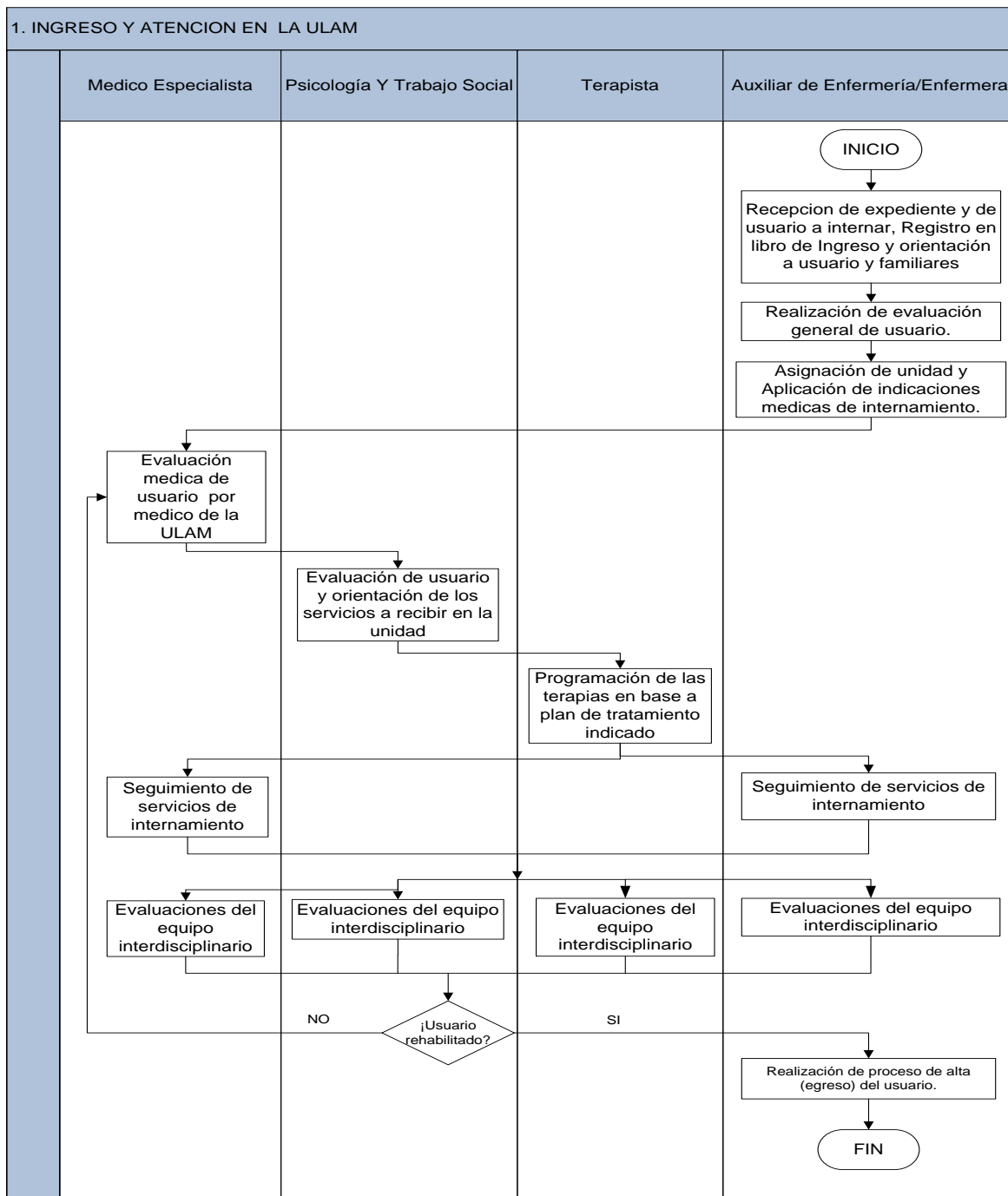
Este procedimiento consiste en realizar el registro del ingreso del nuevo usuario interno de la ULAM además de proporcionar las atenciones de acuerdo a las necesidades del mismo. Para brindar estas atenciones adecuadas se realizan las siguientes actividades: se recibe el expediente del usuario, se brindan las indicaciones u orientación a los usuarios y familiares de usuarios. Se realiza la evaluación general del usuario, se asigna la Unidad y el área de terapias, se procede a asignar el programa de tratamiento al usuario, se brindan las atenciones al usuario y finaliza con la evaluación del usuario por parte del equipo interdisciplinario.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	345 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

346 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de personas con Facultades Especiales del ISRI.

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Referencia Medica del Usuario
Expediente del Usuario
Expediente del Usuario ULAM
Evaluaciones del Medicas del Usuario
Registro de Control de Ingresos de la ULAM

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de Atenciones

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Atenciones Brindadas al mes}}{\text{Cantidad de Atenciones Planificadas al mes}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 88 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

347 de 404



2. EGRESO DE LA ULAM.P-13-002

1. OBJETIVO

Gestionar la salida de usuarios de la ULAM que finalizaron su proceso de rehabilitación en el CAL.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad Lesiones y Afecciones Medulares del CAL.

3. RESPONSABLES

La/el Auxiliar de Enfermería es el responsable de realizar las actividades necesarias para facilitar la salida del usuario de la ULAM cuando ha terminado su proceso de rehabilitación en el CAL.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar todas las actividades necesarias para facilitar la salida de los usuarios de la ULAM que finalizaron su proceso de rehabilitación en el CAL o que pueden continuar con su proceso de rehabilitación de manera ambulatoria. Las diferentes actividades a realizar son las siguientes: se gestiona la Consulta y el expediente en el área de Consulta Externa, se orienta al usuario sobre el proceso de control de la Consulta Externa, se cierra el expediente del usuario en la ULAM finalizando con el registro del egreso en el Libro de Egresos de la ULAM.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

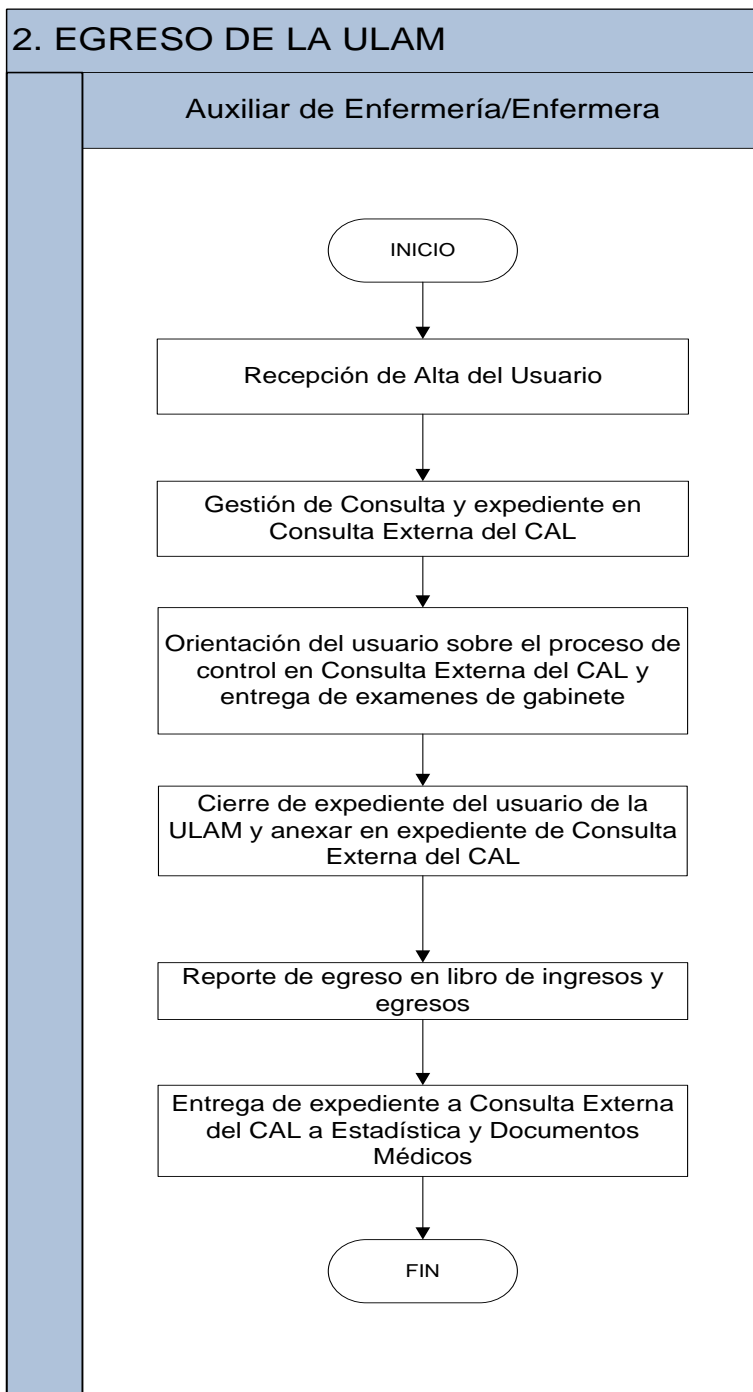
ENERO 2012

FEBRERO 2012

348 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

349 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de personas con Facultades Especiales del ISRI.

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Referencia Medica del Usuario

Expediente del Usuario

Evaluaciones Médicas del Usuario

Registro de Control de Egresos de la ULAM

Expediente de Consulta Externa del CAL

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 82 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

350 de 404



3. GESTION DE TRANSPORTE PROGRAMADO.P-13-003

1. OBJETIVO

Gestionar el transporte para el uso especial de los usuarios previamente programado.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad Lesiones y Afecciones Medulares del CAL.

3. RESPONSABLES

La Enfermera Jefe de Enfermería, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para facilitar el transporte de los usuarios de la ULAM previamente programado.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la solicitud de transporte para el uso especial de los usuarios de la ULAM, previamente programado. Para realizar esta gestión se llevan a cabo las siguientes actividades: se elabora la solicitud de transporte, se envía para su autorización a la dirección del CAL finalizando con el envío de la solicitud de transporte a la Unidad de Servicios Generales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

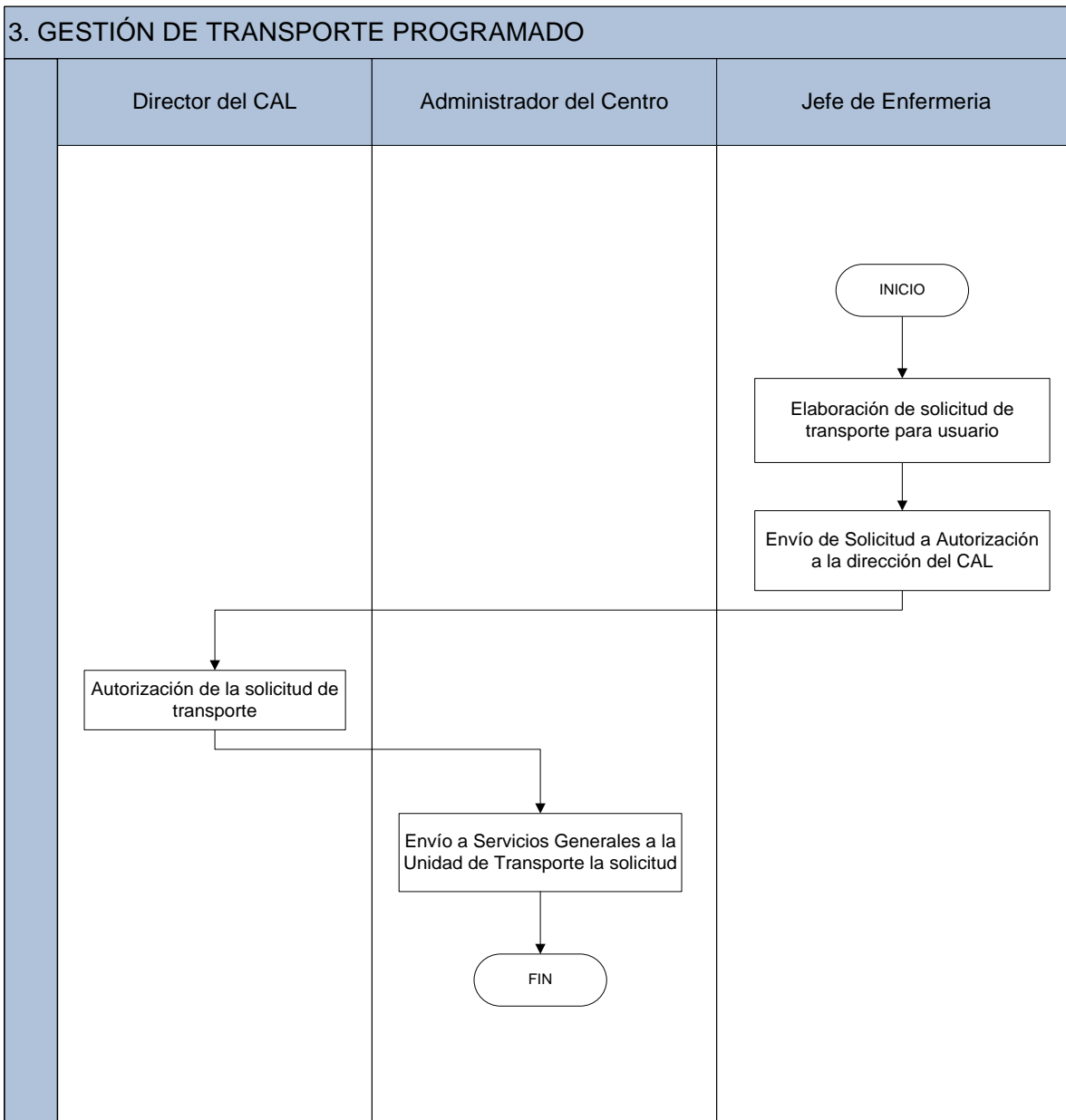
ENERO 2012

FEBRERO 2012

351 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

352 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Citas o Control de Usuario
Solicitud de Transporte

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

353 de 404



4. GESTION DE TRANSPORTE NO PROGRAMADO.P-13-004

1. OBJETIVO

Gestionar el transporte para el uso especial de los usuarios el cual no está programado.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad Lesiones y Afecciones Medulares del CAL.

3. RESPONSABLES

La Enfermera Jefe de Enfermería, la Administradora del Centro y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para facilitar el transporte no programado de los usuarios de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en realizar la solicitud de transporte para el uso especial de los usuarios de la ULAM de acuerdo a las necesidades furtivas que se presenten o no programadas. Para realizar este procedimiento se siguen los siguientes pasos: se elabora la solicitud de transporte, esta se envía para su autorización al Dirección del CAL, finalizando con el envío de la solicitud de transporte a la Unidad de Servicios Generales.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

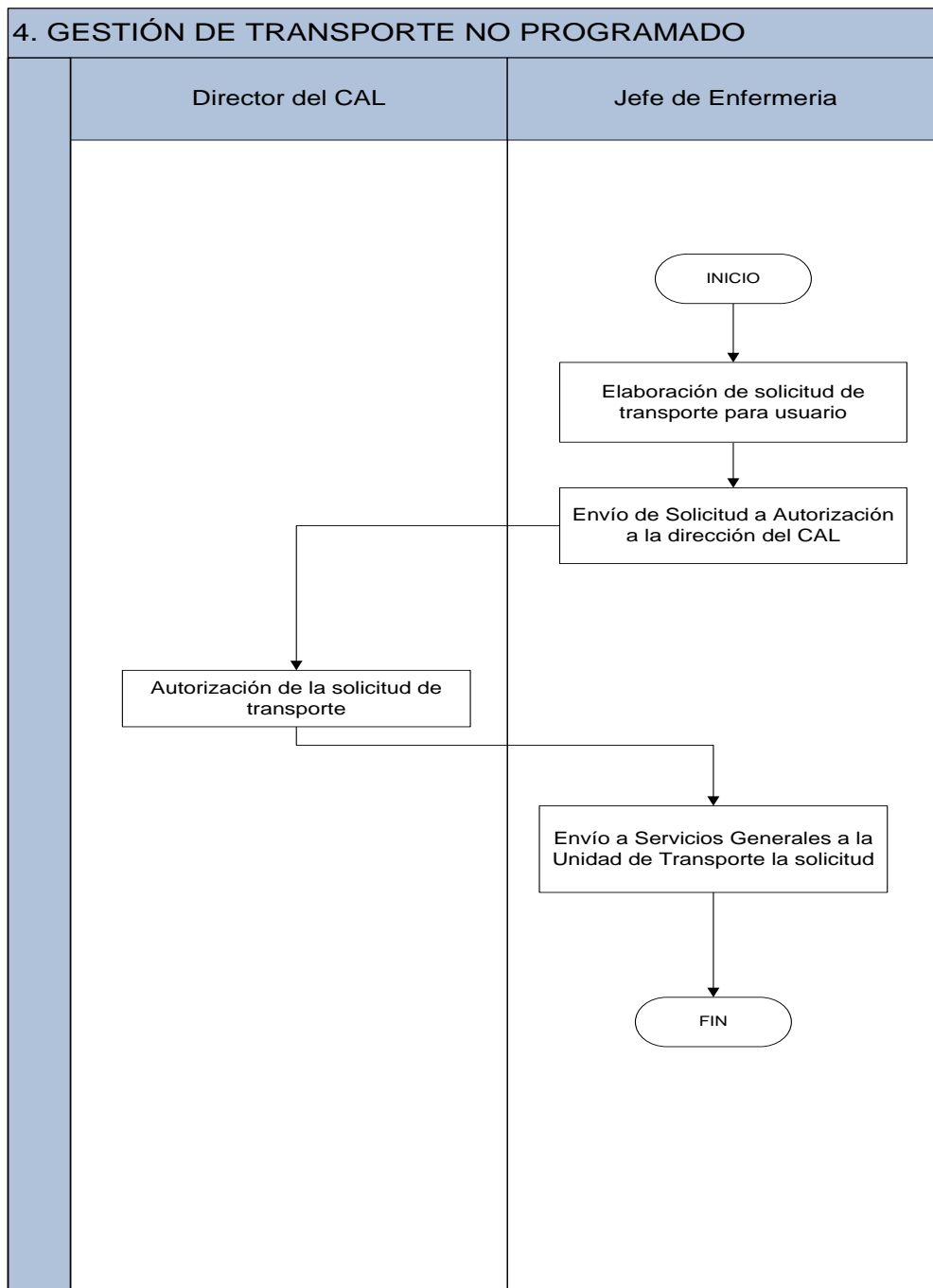
ENERO 2012

FEBRERO 2012

354 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

355 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Citas o Control de Usuario
Solicitud de Transporte

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

356 de 404



5. GESTION DE ALIMENTACION Y DIETAS.P-13-005

1. OBJETIVO

Gestionar los requerimientos de alimentación y dietas de los usuarios de la ULAM.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad Lesiones y Afecciones Medulares ULAM del CAL.

3. RESPONSABLES

La Auxiliar de servicios, la Jefe de Enfermería y el Director del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para facilitar la alimentación requerida por los usuarios de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en gestionar los requerimientos de alimentación y dietas de los usuarios que se encuentran internos en la ULAM. Para realizar este procedimiento se llevan a cabo las siguientes actividades: se elabora la hoja de solicitud de control de alimentación y dietas, esta se envía para su autorización a la dirección del CAL, autorizada la solicitud se envían las solicitudes al Departamento de Alimentación y dietas, se procede a elaborar el informe de control de alimentación y dietas finalizando con el envío del informe a la Administración del CAL.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

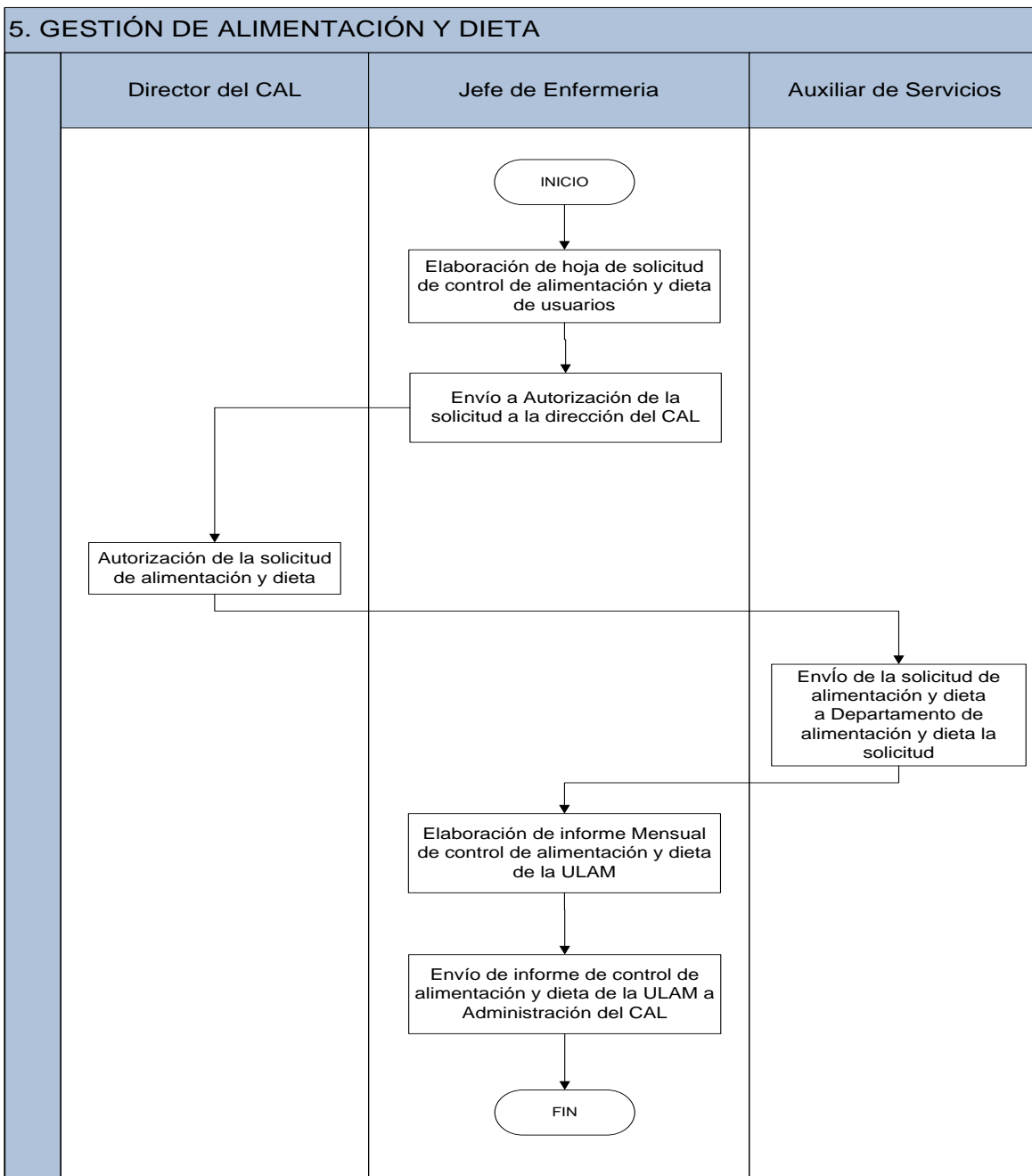
ENERO 2012

FEBRERO 2012

357 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

358 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Hoja de Solicitud de Control de Alimentación
Solicitud de Alimentación y Dietas

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

359 de 404



6. GESTION DE MEDICAMENTOS.P-13-006

1. OBJETIVO

Realizar los requerimientos de medicamentos necesarios para los usuarios de la ULAM.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad Lesiones y Afecciones Medulares ULAM del CAL.

3. RESPONSABLES

La Auxiliar de enfermería, la Jefe de Enfermería y la Administradora del CAL son los responsables de realizar las actividades necesarias para facilitar los medicamentos requeridos por los usuarios de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en gestionar los medicamentos a utilizar por los usuarios de la ULAM, las requisiciones se hacen al Almacén Central. Para cumplir con este objetivo se desarrollan las siguientes actividades: se unen todas las recetas medicas de los usuarios de la ULAM, se elabora el conglomerado de recetas medicas diarias además de elaborar la solicitud de medicamentos, esta solicitud de medicamentos se envía al Almacén Central, los medicamentos se reciben finalizando con el registro de lo recibido en el control de medicamentos.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

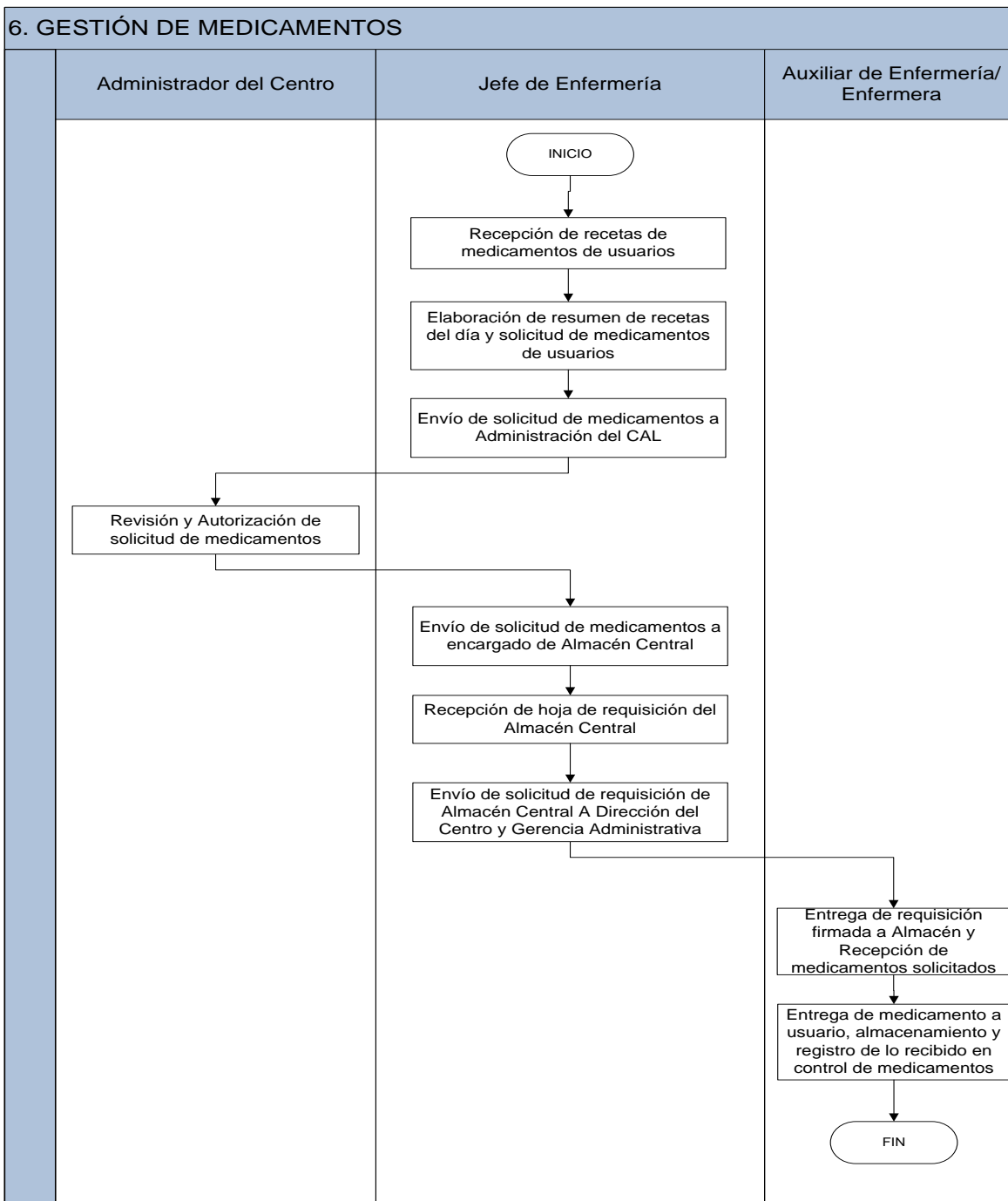
ENERO 2012

FEBRERO 2012

360 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

361 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Recetas de Medicamentos de Usuarios
Requisición de Medicamentos
Registro de Control de Medicamentos

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

362 de 404



7. GESTION DE INSUMOS.P-13-007

1. OBJETIVO

Obtener los insumos necesarios para el funcionamiento de la ULAM.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad Lesiones y Afecciones Medulares ULAM del CAL.

3. RESPONSABLES

La Enfermera Jefe de Enfermería es la responsable de realizar las actividades necesarias para obtener todos los insumos necesarios para el funcionamiento de la ULAM.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en obtener todos los Insumos necesarios para el funcionamiento de la ULAM. Para obtener los Insumos, se realizan las siguientes actividades: se elabora el listado de insumos a requerir, esta solicitud de insumos se envía a la Administración del CAL, después se da el seguimiento necesario a la solicitud, finalizando con la recepción de los insumos solicitados por la ULAM.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

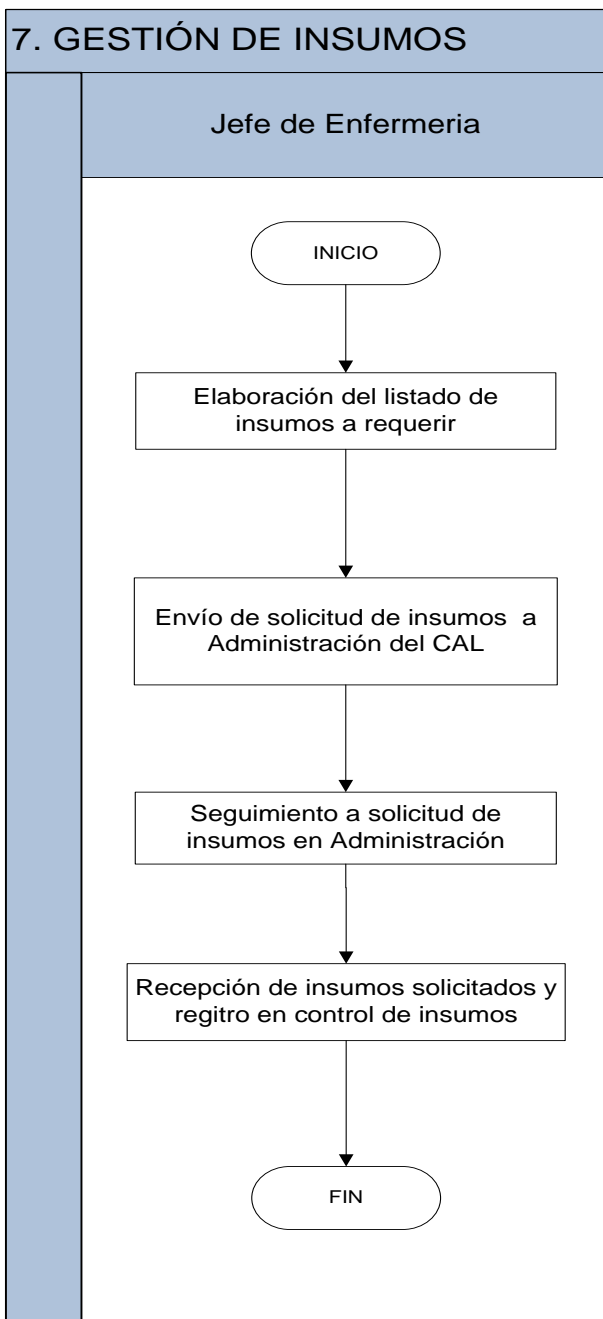
ENERO 2012

FEBRERO 2012

363 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

364 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Control de Insumos de la ULAM
Requisición de Insumos
Registro de Control de Insumos

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 81 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

365 de 404



5. UNIDAD DE ORTOPEDIA TECNICA (UOT)

1. GESTION DE ORTESIS Y/O PROTESIS (UOT). P-15-001

1. OBJETIVO

Controlar las solicitudes para la fabricación de ortésis y/o prótesis de los usuarios de la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Jefe del Taller de Aparatos Ortopédicos, el Técnico en Ortesis Prótesis y la Secretaria son los encargados de realizar las gestiones necesarias para ejercer el Control de las solicitudes para la fabricación de ortésis y/o prótesis de los usuarios de la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

Este procedimiento consiste en el control de las solicitudes para la fabricación de ortésis y/o prótesis de los usuarios, asignando la programación de toma de medidas hasta la entrega de la misma. Esto se logra recibiendo la referencia medica del usuario, evaluando y verificando detalles de referencia. Para luego elaborar la hoja de especificaciones del aparato, asignando el técnico para la fabricación del aparato y se entrega la hoja técnica del usuario. Finalizando con la entrega y evaluación del funcionamiento del aparato.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

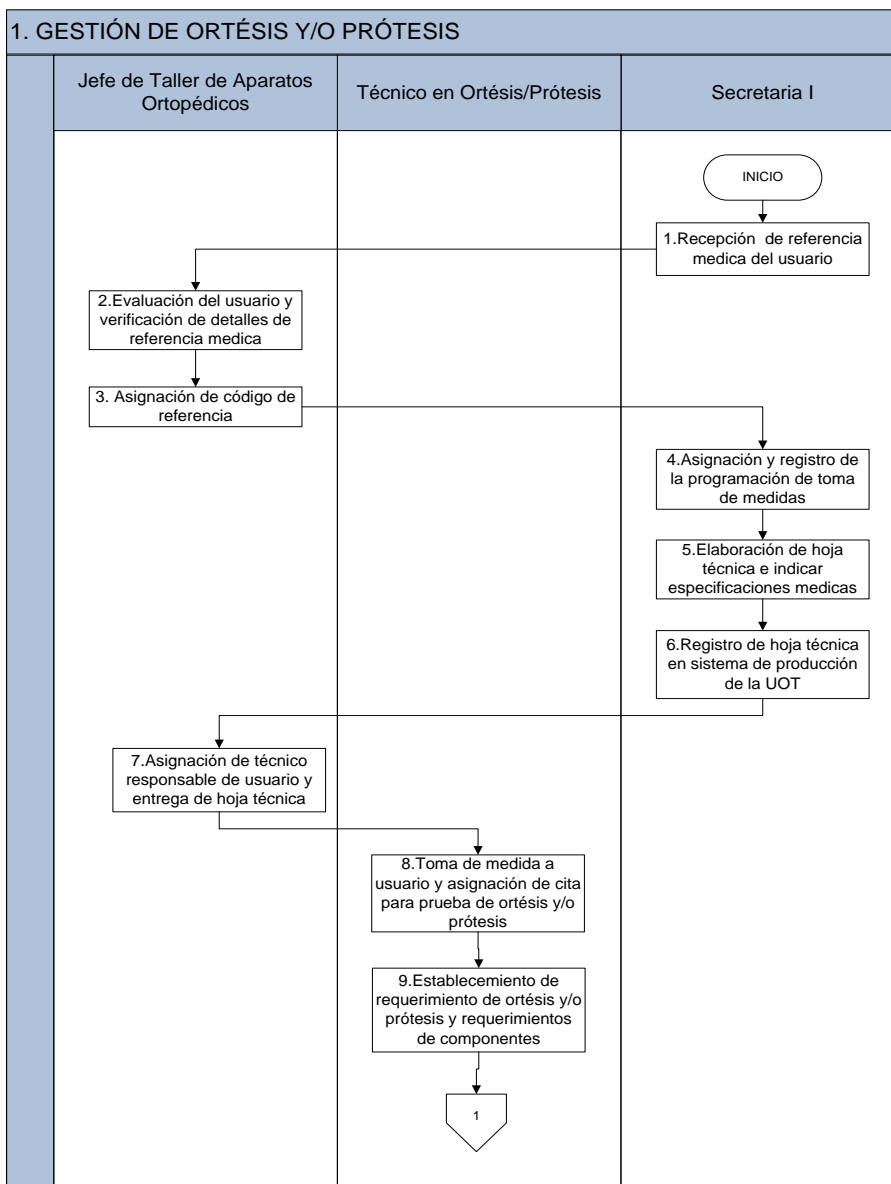
ENERO 2012

FEBRERO 2012

366 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

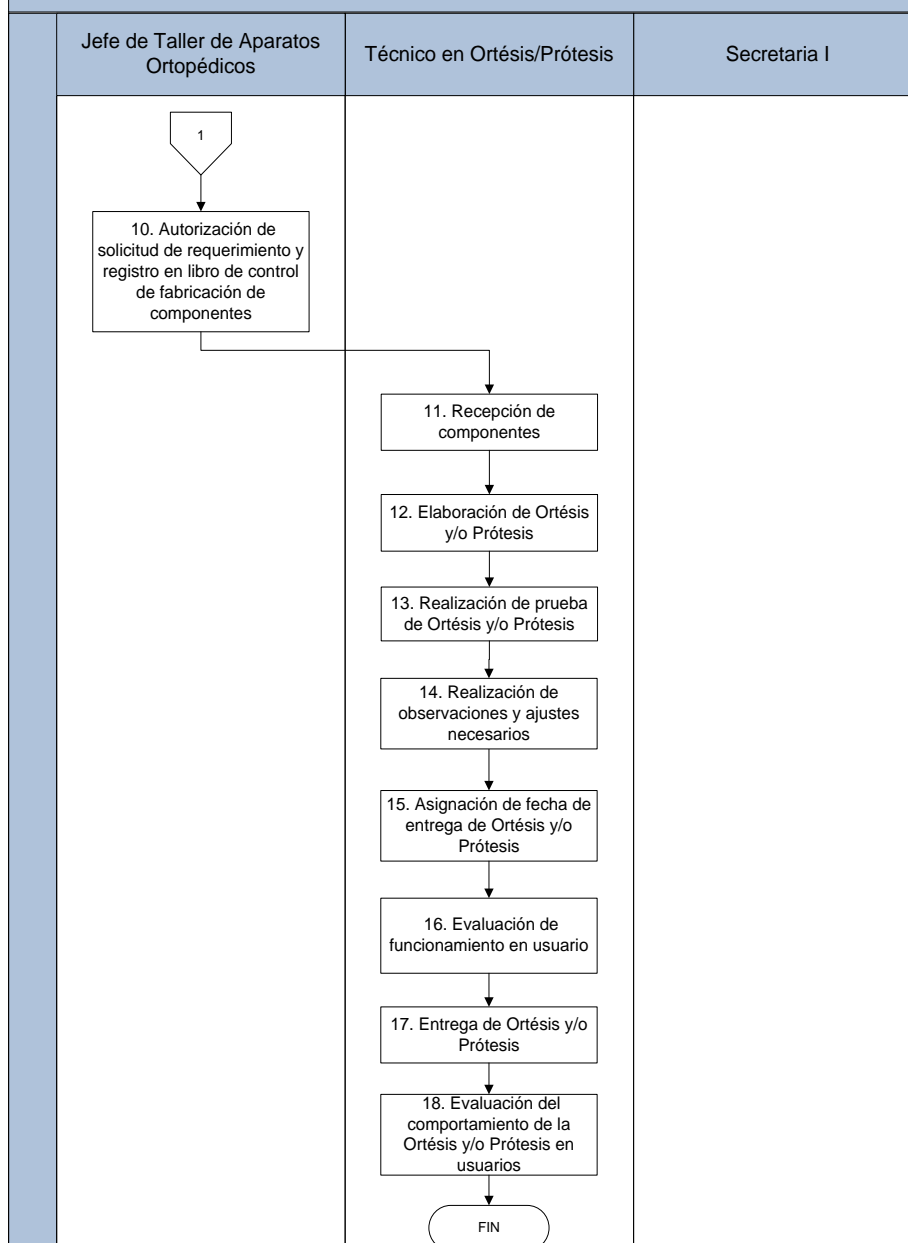
ENERO 2012

FEBRERO 2012

367 de 404



1. GESTIÓN DE ORTÉSIS Y/O PRÓTESIS



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

368 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de Ordenes de fabricación.
Registro de Producción de Ortesis y Prótesis.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 66 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

369 de 404



2. ELABORACION DE ORTESIS Y PROTESIS.P-15-002

1. OBJETIVO

Fabricar las ortésis y/o prótesis de los usuarios de la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Ortesis Prótesis es el encargado de la fabricación de las ortésis y/o prótesis de los usuarios de la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

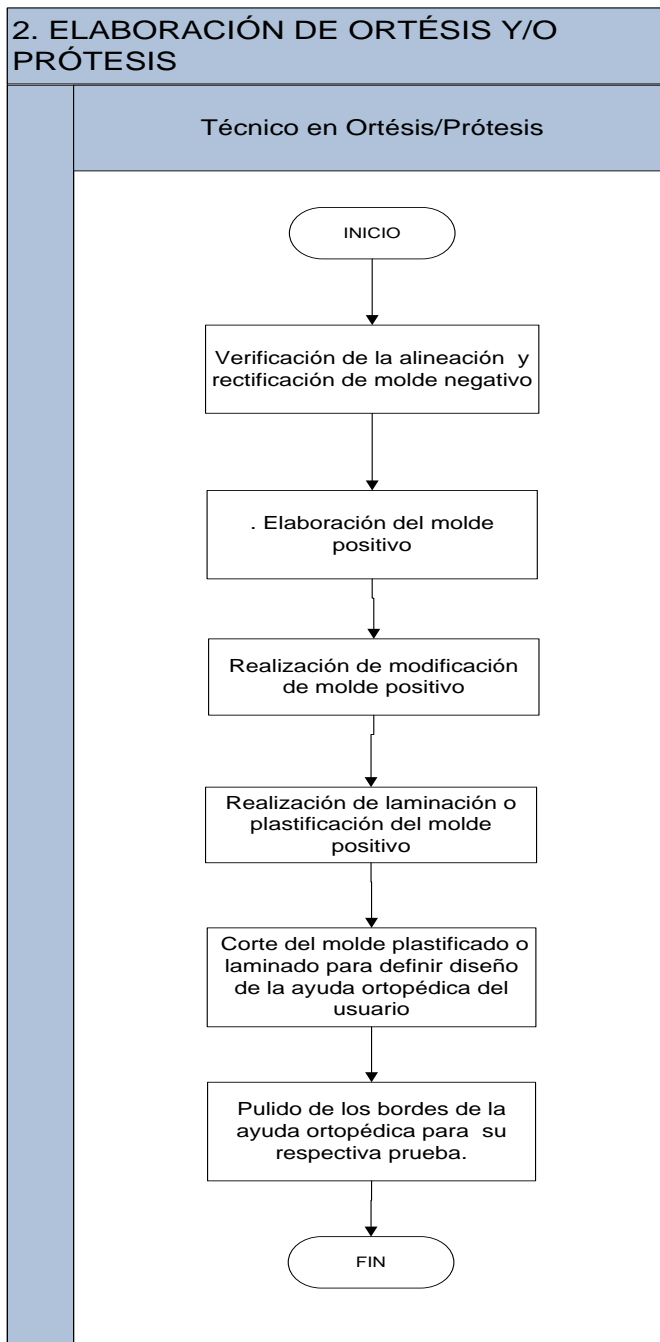
Este procedimiento desarrolla los pasos necesarios para la fabricación de la ortésis o prótesis requeridas por los usuarios de acuerdo a las especificaciones de la misma establecidas en la hoja técnica. Para la fabricación de los aparatos se realizan los siguientes pasos: realizar el molde de acuerdo a especificaciones de la pieza, plastificar o Laminar el molde, Cortar el molde laminado y Pulir los bordes de la pieza

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	370 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

371 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Registro de trabajo realizado en el Sistema de Producción de la UOT.

Hoja Técnica de Elaboración de Ortesis y Prótesis

7. INDICADORES

- **Indicador:** Cumplimiento de la Producción

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Produccion Mensual Obtenida}}{\text{Produccion Mensual Planificada}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

- **Indicador:** Productos Defectuosos

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos Defectuosos al año}}{\text{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 3 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

- **Indicador:** Producto No Conforme

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos No Conformes al año}}{\text{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 10 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

372 de 404



3. REPARACION DE ORTESIS Y PROTESIS.P-15-003

1. OBJETIVO

Reparar las ortésis y/o prótesis de los usuarios de la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Ortesis Prótesis y la Secretaria I son los encargados de gestionar las actividades de reparación de las ortésis y/o prótesis de los usuarios de la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en reparar la ortésis o prótesis solicitado por el usuario. Todo esto inicia desde la recepción de la solicitud de requerimiento de reparación, después se evalúa la reparación y se asigna el código de reparación. Asignando el técnico que realizara el trabajo de reparación. Se Realiza el trabajo de reparación para luego efectuar la prueba y acabado final del aparato, terminando con las actividades administrativas de registrar en la hoja de trabajo y sistema de producción de la UOT la reparación realizada.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

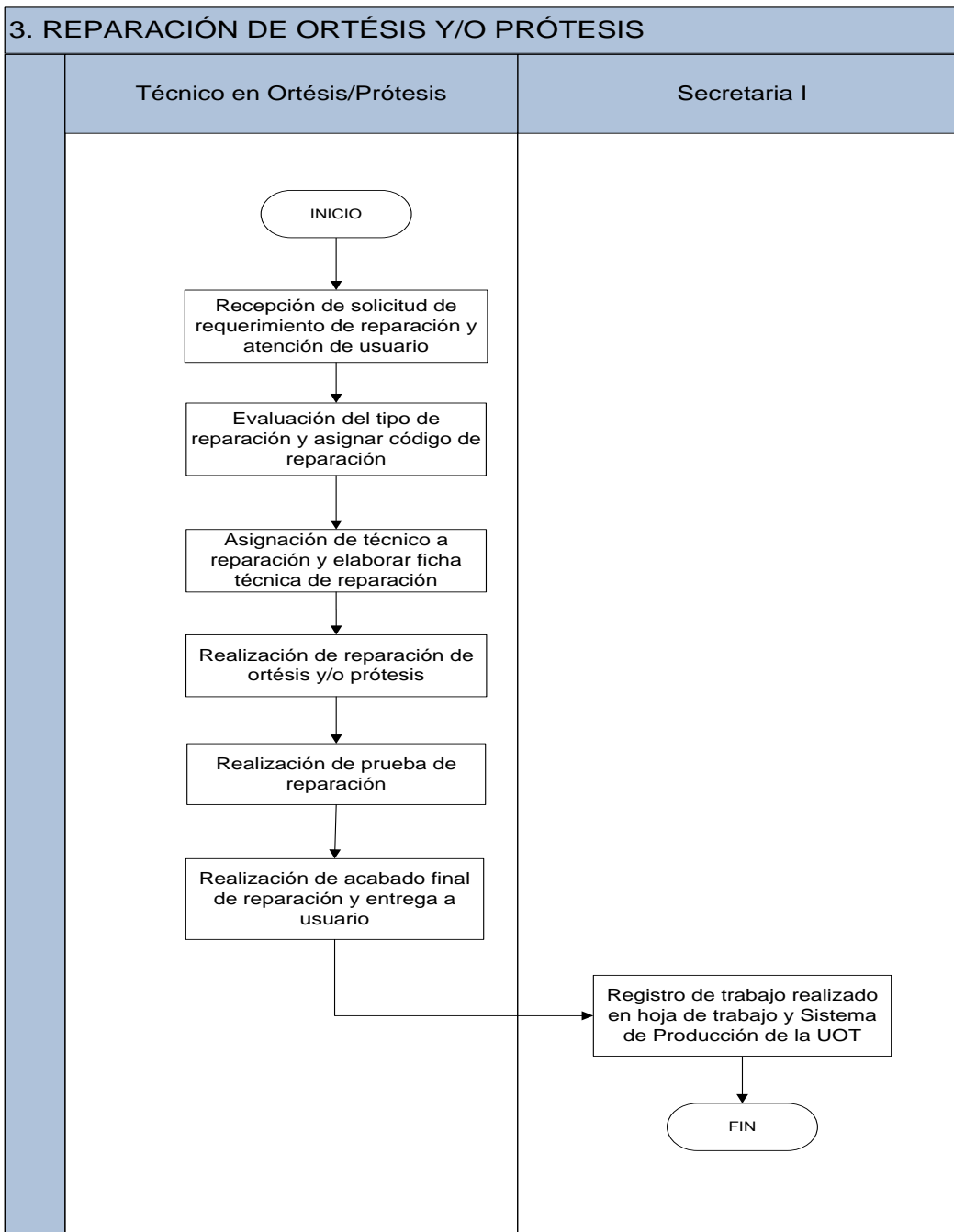
ENERO 2012

FEBRERO 2012

373 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

374 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Solicitud de requerimiento de reparación.
Registro de trabajo realizado en el Sistema de Producción de la UOT.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

375 de 404



4. ELABORACION DE SILLAS DE RUEDA DE MADERA. P-15-004

1. OBJETIVO

Fabricar Sillas de Rueda de Madera para los usuarios con facultades especiales en el área motora de la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Ortesis Prótesis y la Secretaria I son los encargados de gestionar las actividades para la fabricación de las Sillas de Rueda de Madera de los usuarios con facultades especiales en el área motora de la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en la fabricación de sillas de ruedas para los usuarios que poseen facultades especiales en el área motora. Para realizar la fabricación de las Sillas de Rueda de Madera inicia con la Recepción de la hoja de referencia con las especificaciones técnicas, se procede a la Fabricación de las piezas componentes de la Silla de Rueda según el diseño especificado. Continúa con el Ensamble de las piezas que componen la silla, para luego rellenar de espuma el asiento del usuario/a de la Silla de Madera.

Los últimos dos pasos es la adaptación de los elementos complementarios, Realizando el acabado final terminando con la elaboración del reporte de producción y registro de la fecha de entrega.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

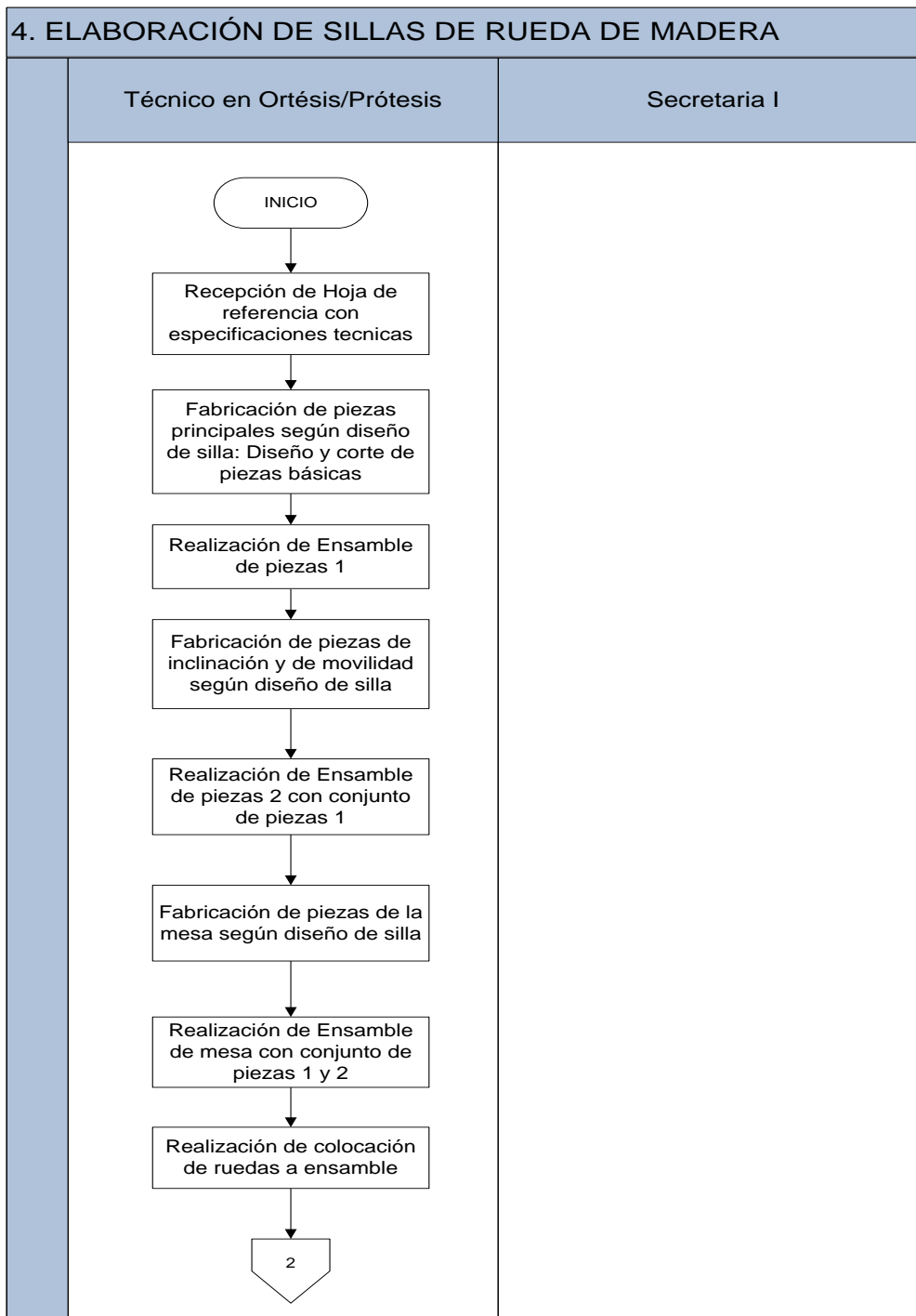
ENERO 2012

FEBRERO 2012

376 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

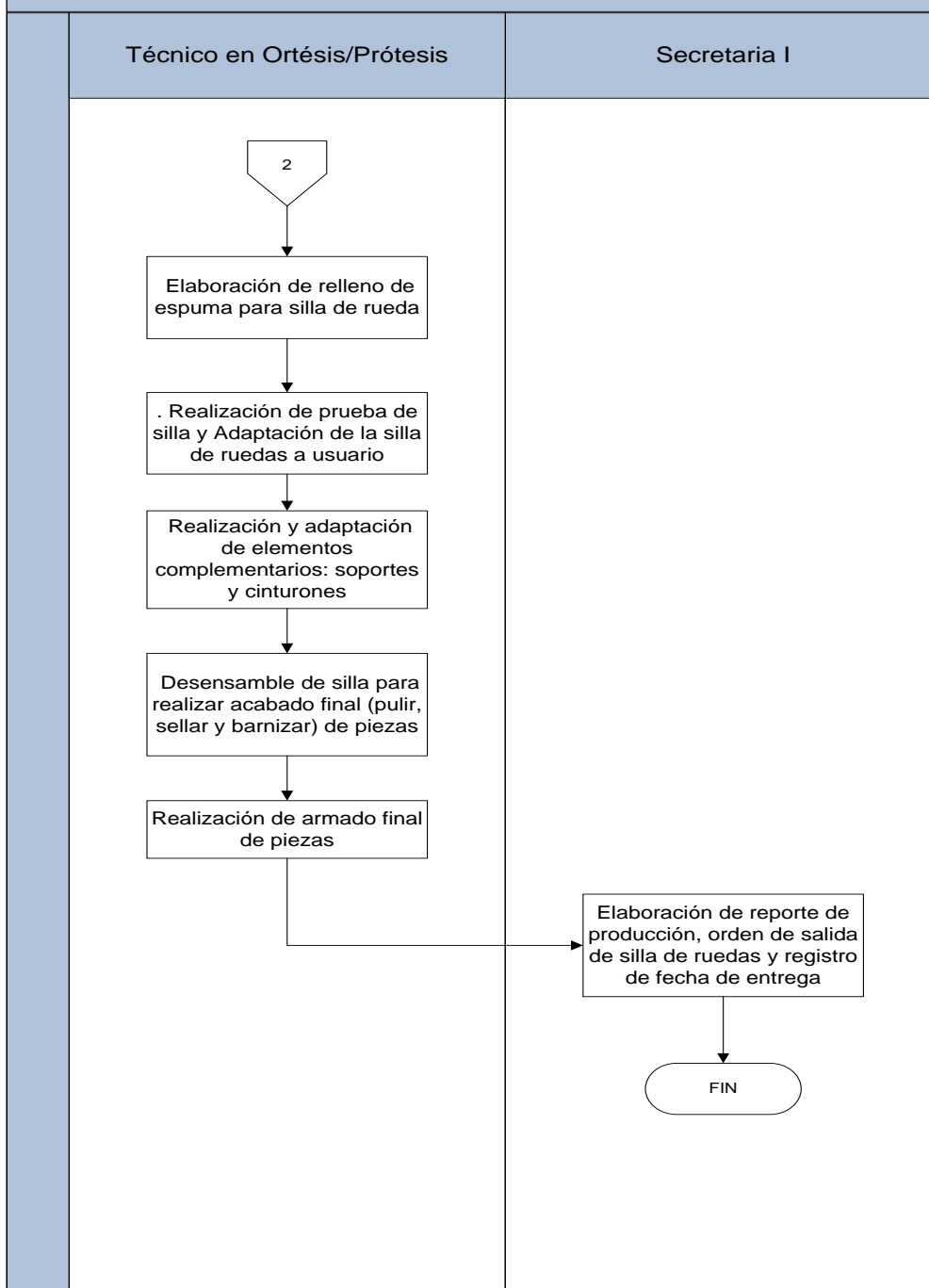
ENERO 2012

FEBRERO 2012

377 de 404



4. ELABORACIÓN DE SILLAS DE RUEDA DE MADERA



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

378 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Hoja de Referencia Medica del usuario.
Registro de trabajo realizado en el Sistema de Producción de la UOT.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 94 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de la Producción

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Produccion Mensual Obtenida}}{\text{Produccion Mensual Planificada}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

379 de 404



➤ **Indicador:** Productos Defectuosos

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos Defectuosos al año}}{\text{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 3 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

➤ **Indicador:** Producto No Conforme

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos No Conformes al año}}{\text{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 10 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

380 de 404



5. ELABORACION DE CALZADO ORTOPEDICO.P-15-005

1. OBJETIVO

Fabricar calzado ortopédico solicitado por los usuarios de la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Técnico en Ortesis Prótesis y la Secretaria I son los encargados de gestionar las actividades para la fabricación de los zapatos ortopédicos de los usuarios de la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en la fabricación de los calzados ortopédicos de los usuarios. Para llevar cabo esa tarea se realizan las siguientes actividades: Realizar la toma de medidas del calzado, después se elaborara el molde de calzado, se preparar la horma con detalles de pie del usuario. Se Realiza el corte de piezas para luego ejecutar el armado del calzado y ensuelado. Finalizando con las siguientes actividades que son: realizar las pruebas y el pulido final del calzado terminando con las actividades administrativas de la Elaboración del reporte de producción y el registro de la fecha de entrega del calzado ortopédico.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

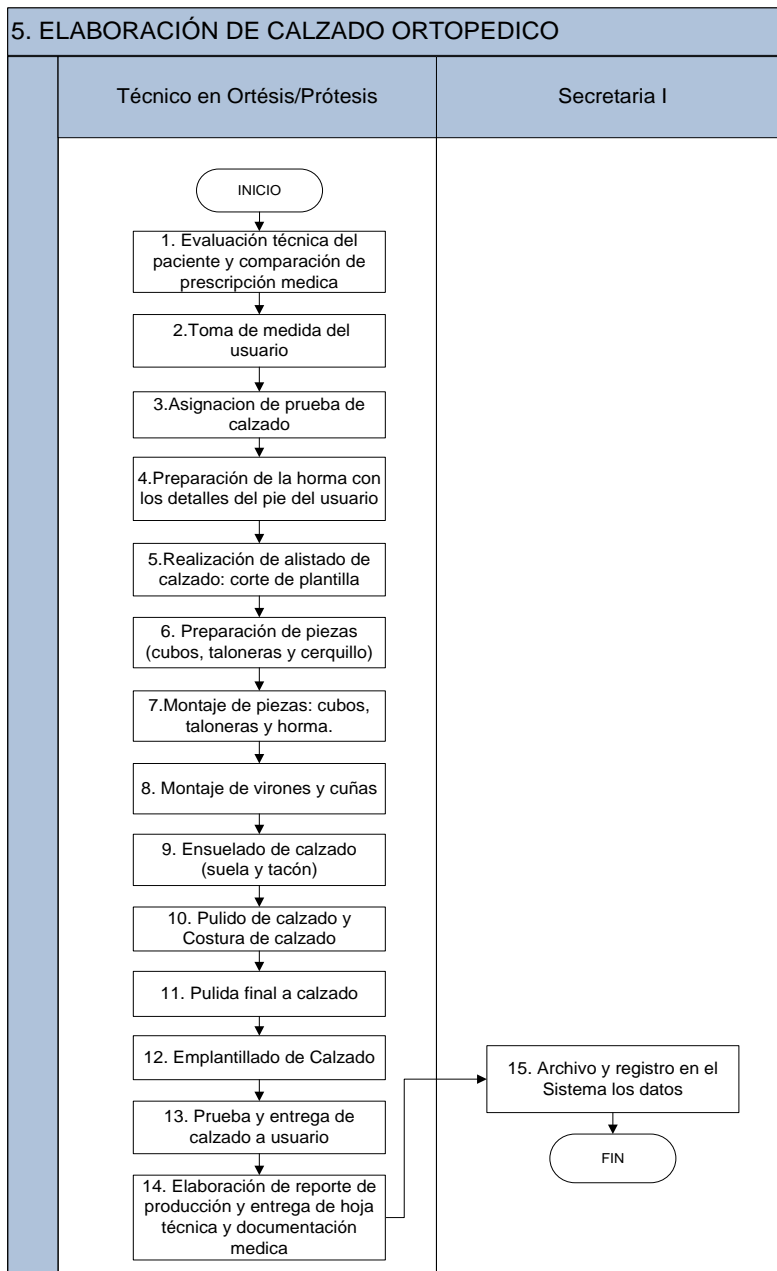
ENERO 2012

FEBRERO 2012

381 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

382 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Hoja de Referencia Medica del usuario.
Hoja Técnica de Elaboración del Calzado Ortopédico.
Registro de trabajo realizado en el Sistema de Producción de la UOT.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 87 %

➤ **Indicador:** Cumplimiento de la Producción

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Produccion Mensual Obtenida}}{\text{Produccion Mensual Planificada}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 59 %

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

383 de 404



➤ **Indicador:** Productos Defectuosos

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos Defectuosos al año}}{\text{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 3 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

➤ **Indicador:** Producto No Conforme

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Productos No Conformes al año}}{\text{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 10 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

384 de 404



6. ELABORACION DE COMPONENTES.P-15-006

1. OBJETIVO

Fabricar los componentes que se utilizan en los diferentes aparatos que se fabrican en la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Jefe del Taller de Aparatos Ortopédicos, el Técnico en Ortesis Prótesis y la Secretaria son los encargados de realizar las gestiones necesarias para la fabricación de los diversos componentes de los aparatos que se fabrican en la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

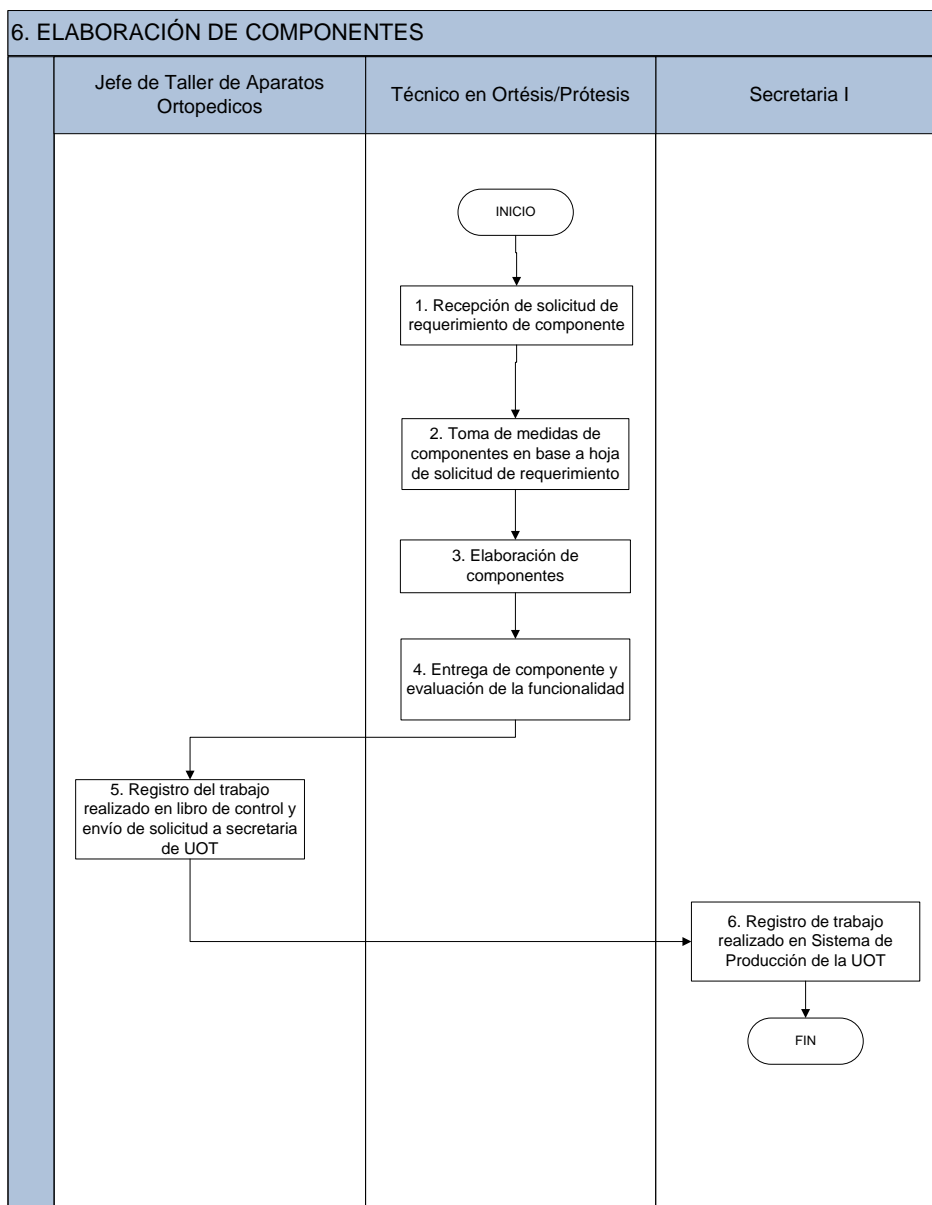
El procedimiento consiste en la elaboración de los componentes a utilizar en los diferentes aparatos que se fabrican en la UOT. Para llevar a cabo esta tarea se realizan las siguientes actividades: se recibe la requisición del componente, se toman las medidas de los componentes en base a hoja de requerimiento, se fabrican los componentes, finalizando con las dos últimas actividades que es la entrega del componentes y evaluación de su funcionalidad terminando con la actividad administrativa que es el registro del trabajo realizado en sistema de producción de la UOT.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	385 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

386 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Hoja de Requerimiento del Componente.

Registro de trabajo realizado en el Sistema de Producción de la UOT.

7. INDICADORES

- **Indicador:** Cumplimiento de la Producción

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Produccion Mesual Obtenida}}{\textit{Produccion Mensual Planificada}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 90 %

- **Indicador:** Productos Defectuosos

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Productos Defectuosos al año}}{\textit{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 3 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

- **Indicador:** Producto No Conforme

✓ **Formula:**

$$\frac{\textit{Cantidad de Productos No Conformes al año}}{\textit{Cantidad de productos Elaborados al año}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 10 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

387 de 404



7. VERIFICACION DE LA FUNCIONALIDAD DEL APARATO ORTOPEDICO O PROTESICO. P-15-007

1. OBJETIVO

Evaluar la funcionalidad de los aparatos que se fabrican en la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Médico Especialista y el Técnico en Ortesis Prótesis son los encargados de realizar las gestiones necesarias para la evaluación de la funcionalidad de los diversos aparatos que se fabrican en la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en evaluar la funcionalidad de los aparatos fabricados en la UOT de acuerdo a las especificaciones del usuario. Para evaluar la funcionalidad se ejecutan las siguientes actividades: Se Gestiona en Estadística y Documentos Médicos del CAL, el expediente del usuario, se evalúa la funcionalidad del aparato en el usuario junto con el Técnico en Ortesis y Prótesis y el Médico Especialista finalizando con la Asignación del seguimiento del control del usuario en UOT o en Consulta Externa.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

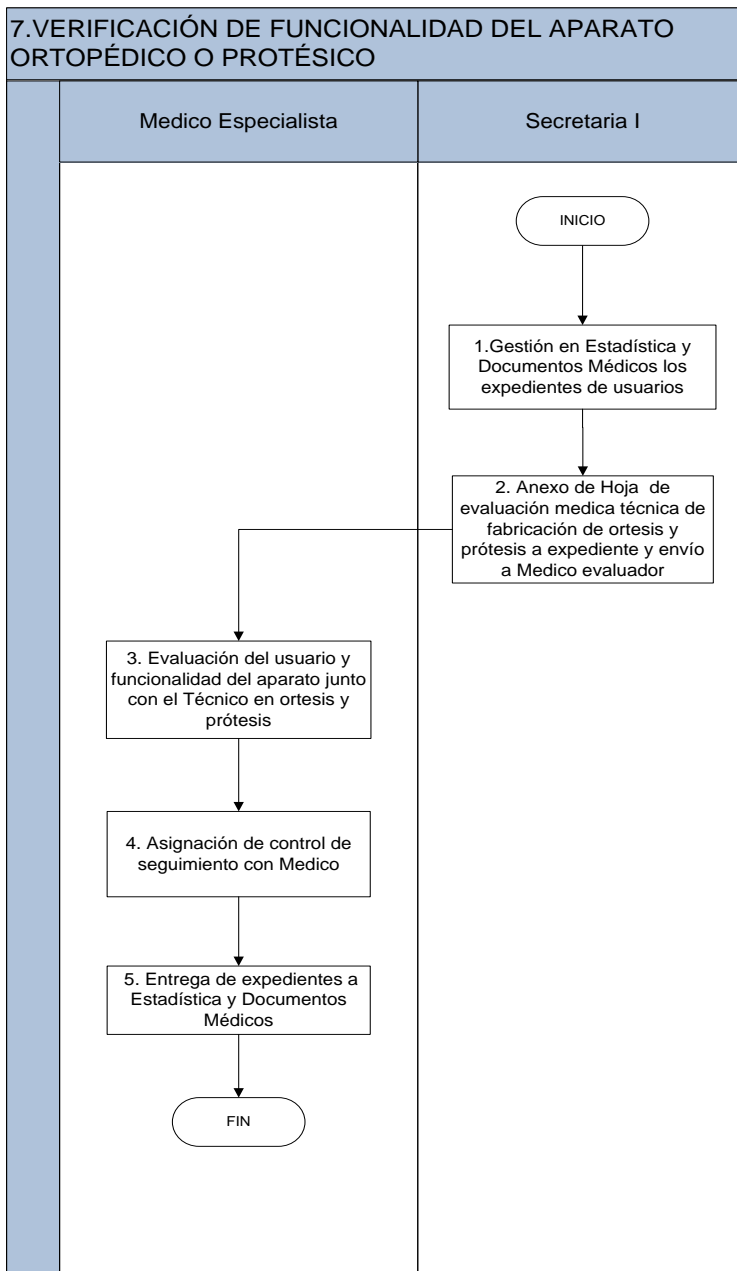
ENERO 2012

FEBRERO 2012

388 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

389 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Expediente del Usuario.
Hoja Técnica de Control
Control de Verificación de Funcionalidad del Aparato Ortopédico o Protésico.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

390 de 404



8. CONTROL ESTADISTICO DE LA PRODUCCION.P-15-008

1. OBJETIVO

Registrar el trabajo realizado en la fabricación de aparatos ortopédicos desarrollados en la UOT.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT) del CAL.

3. RESPONSABLES

El Jefe del Taller de Aparatos Ortopédicos y la Secretaria I, son los encargados de llevar el control de los trabajos realizados en la fabricación de aparatos ortopédicos de la UOT.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

El procedimiento consiste en llevar el registro de todos los trabajos realizados de fabricación de aparatos ortopédicos en la Unidad de Ortopedia Técnica. Este procedimiento contiene las siguientes actividades: se recibe la referencia médica, se elabora la ficha Técnica de registro en el Sistema de Producción de la UOT, se reciben las hojas de trabajo, se ingresan los datos de todas las hojas de trabajo, finalizando con la elaboración del reporte estadístico de trabajos realizados mensualmente.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

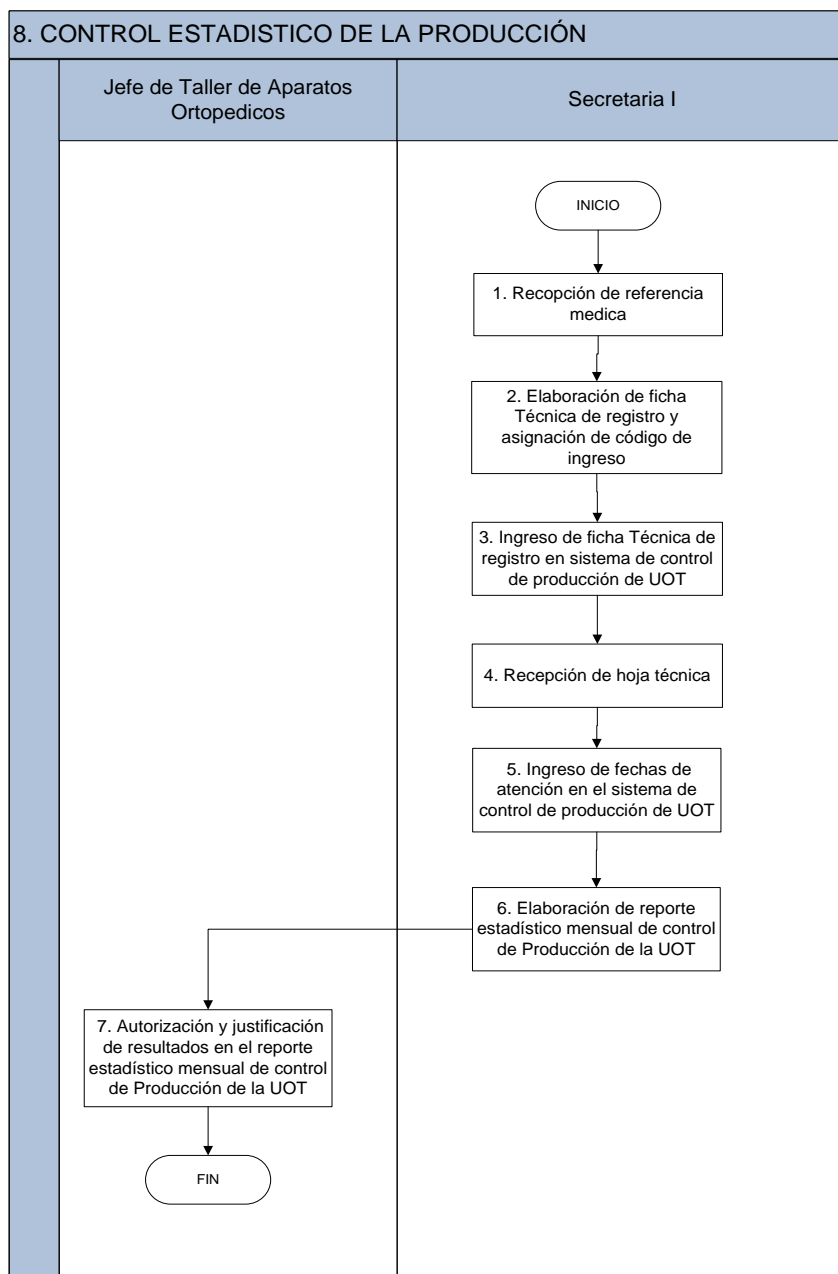
ENERO 2012

FEBRERO 2012

391 de 404



4.2 Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

392 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Adultos y Adultos Mayores con Facultades Especiales.
Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

Control de Producción de cada área de la UOT.
Registro del Trabajo realizado en el Sistema de Producción de la UOT
Informe de Control de Metas de la UOT.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 76 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguna

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

393 de 404



6. CAL Y COMITÉ DE CALIDAD

1. CONTROL Y REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN, P-20-004

1. OBJETIVO

Actualizar los instrumentos de medición para obtener resultados más confiables y acertados en la medición del centro.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables de la realización del procedimiento es el Director, Coordinaciones y Jefaturas del CAL y Técnico en Estadística.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

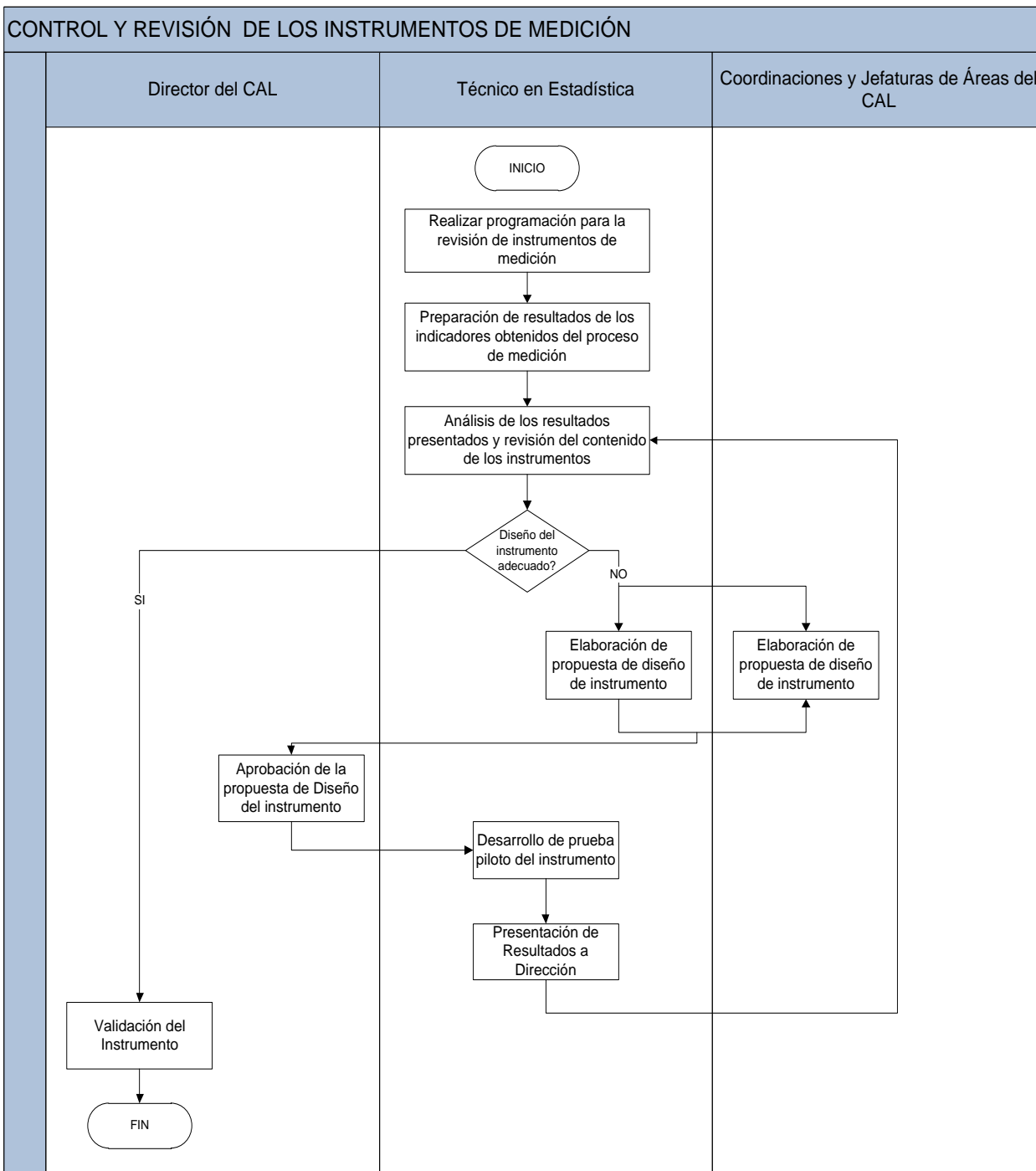
Este procedimiento consiste en actualizar los instrumentos de medición adecuándolos a las necesidades de medición de cada una de las áreas del centro, se realizara mediante una programación de las revisiones por área en la cual se analizaran los resultados de los instrumentos y el contenido de los mismos para identificar si su estructura es la adecuada para las necesidades de medición, caso contrario se elaboraran propuestas de los nuevos instrumentos para someterlos a su respectiva revisión y aprobación por parte del director y posteriormente el desarrollo de una prueba piloto para identificar si los resultados son los esperados y realizar así la validación de dicho instrumento.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:	PÁGINA:
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	ENERO 2012	FEBRERO 2012	394 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

395 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

396 de 404



2. MONITOREO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, P-20-005

1. OBJETIVO

Controlar el cumplimiento de las metas establecidas por el Centro del Aparato Locomotor en la prestación de los servicios de rehabilitación.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los miembros que conforman el Comité Epidemiológico (Director del Centro, y Jefaturas de las diferentes Áreas).

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

El presente procedimiento se aplicara a fin de verificar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Anual de Trabajo para los servicios de rehabilitación que presta el Centro del Aparato Locomotor, y definiendo lineamientos estratégicos para el no cumplimiento de las mismas, elaborando un reporte mensual de los resultados los cuales deberán tomarse en cuenta para el mes subsiguiente a fin de superar las posibles dificultades que se presenten.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

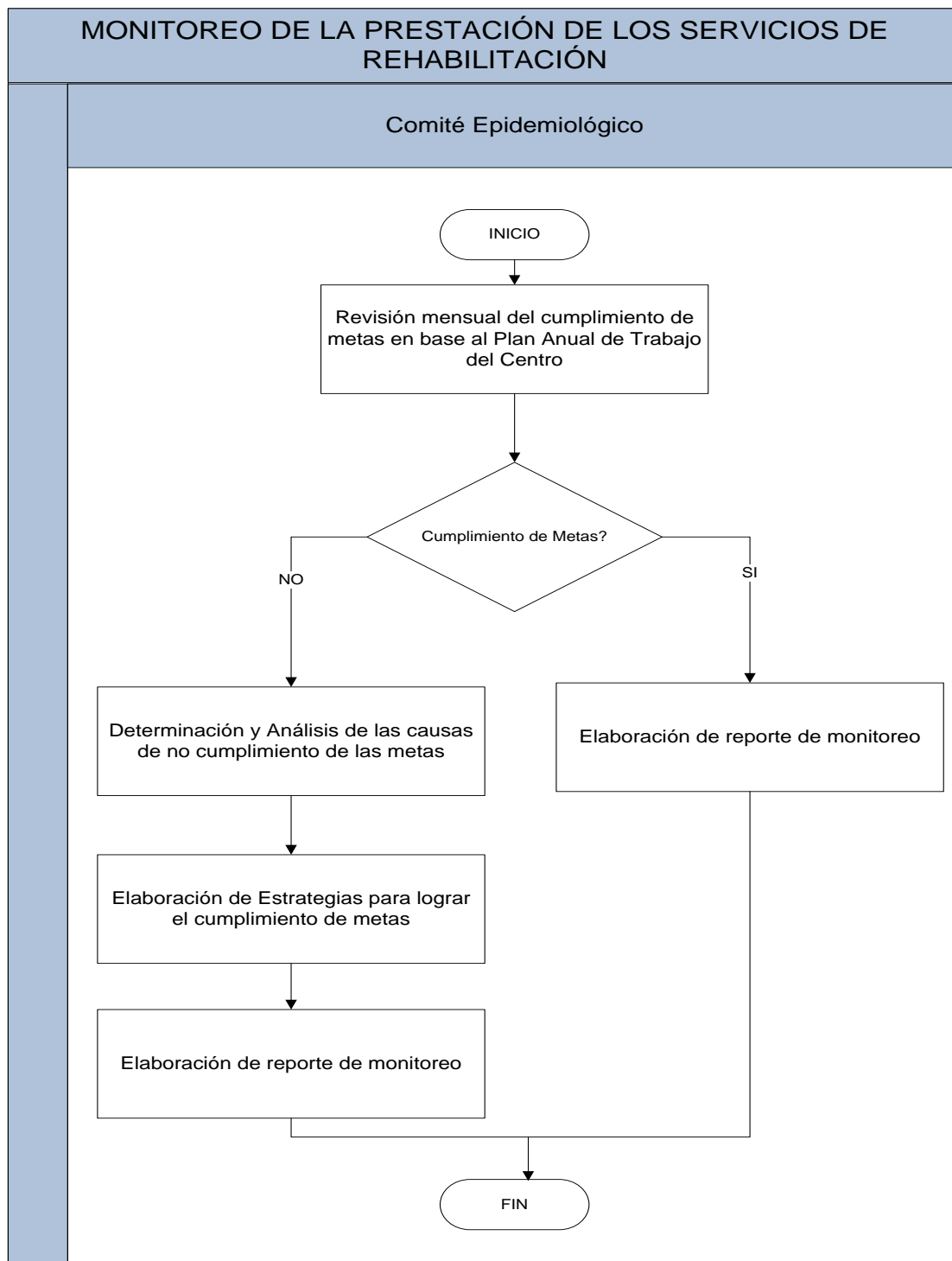
ENERO 2012

FEBRERO 2012

397 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

398 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 80 %

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

399 de 404



3. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS, P-20-006

1. OBJETIVO

Realizar un monitoreo constante de la satisfacción alcanzada por los usuarios que hacen uso de los servicios de rehabilitación del centro.

2. ALCANCE

El procedimiento abarca a todas las áreas del Centro del Aparato Locomotor: Consulta Externa, Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares y Unidad de Ortopedia Técnica.

3. RESPONSABLES

Los responsables de la realización del procedimiento es el Director del Centro y Técnico en Estadística.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. Descripción

Este procedimiento consiste en el establecimiento de la programación de la medición de la satisfacción de los usuarios para cada área que conforma el centro, que se desarrollara mediante la aplicación de una serie de instrumentos (Encuestas) diseñados con el objeto de obtener información de parte de los usuarios e identificar el nivel de satisfacción logrado al recibir los servicios de atención, posteriormente aplicados dichos instrumentos se analiza la información para determinar la situación de cada área y poder así elaborar el reporte con dichos resultados los cuales son revisados por el Director del Centro quien evaluara si los niveles de satisfacción son aceptables, de lo contrario se diseñaran estrategias a implementarse en las áreas afectadas y superar así los bajos niveles de satisfacción.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

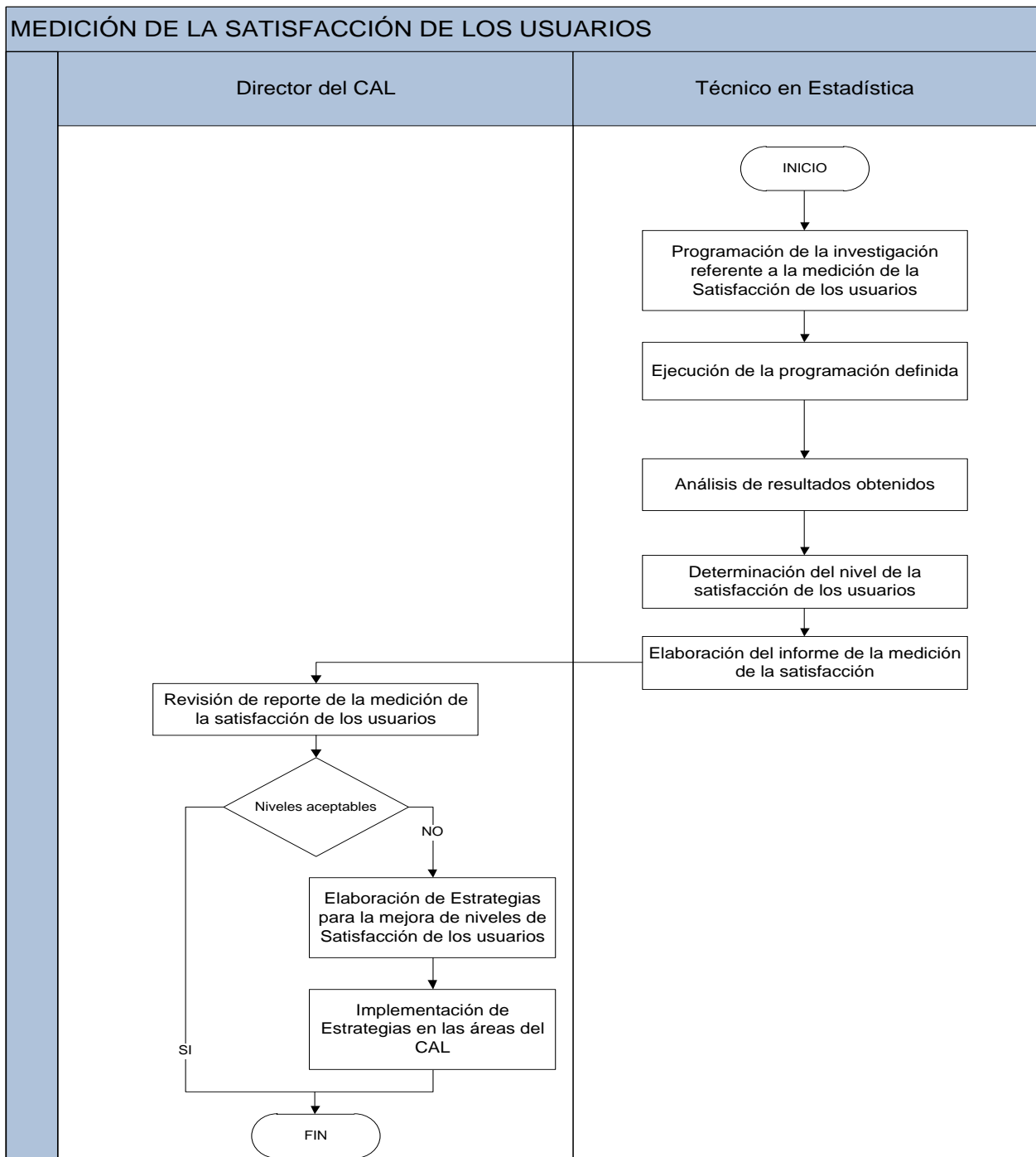
ENERO 2012

FEBRERO 2012

400 de 404



4.2. Diagrama de flujo del procedimiento



CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

401 de 404



5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

No aplica.

7. INDICADORES

➤ **Indicador:** Eficiencia

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real Utilizado}} \times 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:** 75 %

➤ **Indicador:** Número de Quejas

✓ **Formula:**

$$\frac{\text{Cantidad de Quejas recibidas al año}}{\text{Cantidad de atenciones al año}} * 100\%$$

✓ **Valor Máximo:** 10 %

✓ **Valor Mínimo:** 0 %

➤ **Indicador:** Satisfacción del Cliente

✓ **Formula:**

$$\text{Satisfacción del usuario / Trimestre}$$

✓ **Valor Máximo:** 100 %

✓ **Valor Mínimo:**

Consulta Externa (Servicios médicos, de apoyo y de rehabilitación): 75%

Unidad de Ortopedia Técnica: 50%

Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares: 70%

8. NOTA DE CAMBIO

No contiene cambios realizados

9. ANEXOS

Ninguno

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

402 de 404



6. GLOSARIO TECNICO

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de no conformidad potencial u otra situación potencialmente deseable.

Alta Dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización

Ambiente de Trabajo: conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.

Auditor: persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos

Cliente: organización o persona que recibe un producto.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

Diseño y Desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.

Documento: Información y su medio de soporte.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Experto técnico: Persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se va a ayudar.

Gestión Estratégica de la Calidad: conjunto de actividades llevadas a cabo por la Alta Dirección de la Institución, con el fin de definir la Misión, visión, Política de la Calidad y Objetivos de la Calidad

Información: Datos que poseen significado.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

403 de 404



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ISRI

CÓDIGO:M-02-004

VERSIÓN:01

Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipo y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Inspección: Evaluación de la conformidad por medio de la observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo, prueba o comparación con patrones.

Insumo: Materiales o elementos de entrada que inician la ejecución de un proceso

Manual de la Calidad: documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización

Mejora continua: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades.

Objetivo de Calidad: algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

Plan de Calidad: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso o contrato específico.

Planificación de la Calidad: Parte de la Gestión de Calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.

Política de la Calidad: orientaciones y objetivos generales de un organismo concerniente a la calidad, expresados formalmente por el más alto nivel de la organización

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas en salidas

Proceso de medición: Conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.

CONTROL DE LA EMISIÓN

ELABORADO POR:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN:

PÁGINA:

UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL

ENERO 2012

FEBRERO 2012

404 de 404