



GUÍA PRÁCTICA

# Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación

Evaluar y Planificar  
Servicios de Rehabilitación

Proyecto: “Hacia una Mejor Rehabilitación  
y Salud de los Niños, las Niñas y  
Adolescentes en Bolivia” 2022 – 2024.

[www.hi.org](http://www.hi.org)

Con el apoyo de:



La presente guía fue adaptada del documento “The Rehabilitation Management System: Evaluating and planning physical rehabilitation services”.

#### **Autores**

Wesley Pryor.  
Fleur Smith.

#### **Colaboradores**

Chiara Retis  
Isabelle Urseau

#### **Traducción y Adaptación:**

Yarmila Franco Hinojosa  
Técnico en Calidad de Servicios y Comunidad /  
Humanity & Inclusion.

#### **Revisión:**

Kimberly Damian.  
Jefe Proyecto Rehabilitación /  
Humanity & Inclusion.

Luciana Fuentes Nattes.

Técnico de Inclusión y Formación /  
Humanity & Inclusion.

#### **Derechos y permisos**

PRYOR Wesley; SMITH Fleur. EL Sistema de Gestión de la Rehabilitación: Evaluación y Planificación de Servicios de Rehabilitación Física. Lyon: Handicap International, 2017. Licencia Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin obra derivada 4.0 Internacional (CC BY – NC – ND 4.0).

NO comercial:  
NO puede utilizar esta obra con fines comerciales.

- Esta Guía fue
- realizada con
- el apoyo de la
- Cooperación Belga
- al Desarrollo.
- Las opiniones
- expresadas por
- nuestra organización
- no representan
- necesariamente las
- del Estado Belga y
- no son vinculantes
- para este.



# Índice



## Principios

1. Algunos elementos de Terminología.....06
2. Introducción al Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación.....07



## Guía Práctica

3. Visión general del SGCR .....10
4. Administración y puntuación .....14
5. Análisis de resultados y formulación de respuestas.....19
6. El Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación para el desarrollo estratégico.....22
7. Formación paso a paso sobre el sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR).....25



## Anexos

- Anexo 1.**  
Resumen de aplicación del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación 2022 - 2024 .....26
- Anexo 2.**  
Imágenes fotográficas durante la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR).....28
- Anexo 3.**  
Norma 1.1.4. Oportunidad para la retroalimentación y aporte al diseño del servicio (Apertura buzón de sugerencias).....32
- Anexo 4.**  
Norma 1.3.2 Acceso físico al edificio .....34
- Anexo 5.**  
Norma 1.3.3 Disponibilidad en el nivel comunitario.....35
- Anexo 6.**  
Normas 2.1.1 Procedimientos de registro de los usuarios/clientes y 2.1.2 Manejo Documentación .....36
- Anexo 7.**  
Norma 3.1.1. Descripción de puestos .....37
- Anexo 8.**  
Norma 3.2.2 Programas de Desarrollo Continuo .....37
- Anexo 9.**  
Seguimiento a Planificación Operativa Anual ....38

## Prólogo

Federation Handicap International considera que los servicios de rehabilitación son un elemento clave para lograr una salud inclusiva; son un componente esencial de la Cobertura Sanitaria Universal, reflejando un creciente reconocimiento a nivel mundial para garantizar la salud, incluso en entornos donde los recursos son limitados.

El Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR) se desarrolló para permitir un análisis más eficaz y fiable de la calidad de los servicios de rehabilitación. Se basa en normas, consensos y pruebas internacionales y está compuesto por un conjunto de tarjetas de puntuación que se utilizan para supervisar los componentes clave de la gestión y apoyar la planificación de servicios.

Aunque abarca ámbitos que son específicos de los servicios de rehabilitación, está alineado con el marco más amplio de fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Actualmente se utiliza en más de 15 países en los que los entornos y los sistemas de gobernanza varían considerablemente, lo que refleja las distintas fases de desarrollo de los servicios de rehabilitación física en todo el mundo.

Mencionar que en el presente proyecto, se aplica en 12 Centros / Servicios de Rehabilitación en los Departamentos de La Paz y Santa Cruz del Estado Plurinacional de Bolivia. Así mismo dar a conocer que durante el proceso de elaboración del documento se realizaron adaptaciones a los textos por lo cual, se espera que la guía “Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación: Evaluar y Planificar Servicios de Rehabilitación” ayude aún más a los socios que aplican este sistema, en la gestión eficaz y estratégica de sus servicios, con el fin de proporcionar una atención de la más alta calidad y de la manera más sostenible.

El equipo del proyecto: “Hacia una Mejor Rehabilitación y Salud de los Niños, las Niñas y Adolescentes en Bolivia 2022 – 2024” de Humanity & Inclusión quiere dar las gracias, especialmente a los socios y Centros / Servicios de Rehabilitación que han puesto en marcha el Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación y a su vez trabajaron arduamente para lograr avances significativos

# Principios y Puntos de Referencia

## 1. Algunos elementos de Terminología

- **Principios de tecnología apropiada:** Suministro de tecnología de asistencia que garantice un ajuste y una alineación adecuada, basados en principios biomecánicos sólidos que se adaptan a las necesidades de la persona.
- **Programas de Desarrollo Continuo (PDC):** Los PDC, ayudan a los profesionales sanitarios a mantener, mejorar y ampliar sus conocimientos, experiencia y competencia. El PDC se refiere al proceso de seguimiento y documentación de las habilidades, los conocimientos y la experiencia que se adquieren tanto formal como informalmente a medida que se trabaja, más allá de la formación inicial.
- **Estándar medioambiental:** Una norma medioambiental, es una directriz política que regula el efecto de la actividad humana sobre el medio ambiente.
- **Práctica basada en la evidencia:** Integración de la experiencia clínica, la evidencia científica externa y las perspectivas de los clientes / pacientes / usuarios / cuidadores, para prestar servicios de alta calidad que reflejen los intereses, valores, necesidades y elección de las personas que se benefician de un servicio.
- **Equidad de género:** Medidas específicas para eliminar: las desigualdades entre mujeres y hombres, la discriminación y para garantizar la igualdad de oportunidades, sin dejar de lado las particularidades de cada uno de ellos.
- **Salud Ocupacional y seguridad en el trabajo (SOyS):** La salud Ocupacional y la seguridad en el trabajo se ocupan de proteger la seguridad, la salud y el bienestar de las personas que trabajan o están empleadas.
- **Medidas de resultado:** Una medida de resultado es el resultado de una prueba que se utiliza para determinar objetivamente la función basal de un paciente al inicio del tratamiento. Una vez iniciado el tratamiento, puede utilizarse el mismo instrumento para determinar los progresos y la eficacia del tratamiento.
- **Equipos de protección personal (EPP):** Ropa o equipos especializados que llevan el personal de la institución para protegerse de los riesgos para la salud y la seguridad.



## 2. Introducción al Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación

### 2.1. La rehabilitación física de calidad es un derecho de todos

Numerosos instrumentos internacionales reafirman la importancia de contar con servicios accesibles y de alta calidad, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), insta a los Estados Parte a promover el acceso de las personas con discapacidad a la asistencia sanitaria, así como a fomentar la movilidad personal y la vida independiente, esto implica que incluyan servicios de rehabilitación de calidad.

“El uso de enfoques de gestión de la calidad puede ayudar a que los servicios de rehabilitación sean más eficaces y eficientes, esto puede contribuir a garantizar que se disponga de servicios de alta calidad de forma constante y sostenible”.



### 2.2. Finalidad del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación

El objetivo general del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR) es ayudar a los proveedores de servicios de rehabilitación en la gestión eficaz y estratégica de sus servicios, con el fin de proporcionar una atención de la más alta calidad y de la manera más sostenible posible, para lograrlo el SGCR:

1. Resume la bibliografía relativa a las buenas prácticas, los requisitos legales y las normas y directrices acordadas.
2. Facilita el examen interno del cumplimiento de esas directrices.
3. Ayuda a sistematizar la mejora de las áreas en las que se detectó alguna debilidad.

### 2.3. Ámbito de aplicación del SGCR

El Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR) no pretende ser una receta paso a paso para todas las actividades de un servicio de rehabilitación, en su lugar combina: elementos de un manual, un sistema de medición y un proceso de planificación estratégica; por ello permite que se adapte a muchas situaciones y contextos; y ayuda a organizar el uso de otras herramientas y sistemas.

Los estándares son prácticos y relevantes para la mayoría de los tipos de instalaciones, sin embargo, puede que se necesite reflexionar sobre algunos de ellos y considerar cómo son relevantes en sus contextos de trabajo particular.



Utilizar un cuadro de mandos es un conjunto de números que:

- Están muy agregados, es decir, cada indicador reúne muchas variables diferentes en un gran cuadro de mando.
- No se habla de las causas de las limitaciones en las puntuaciones finales.
- Indica sólo “instantáneas” en el tiempo y no cómo pueden fluctuar las variables y los indicadores a lo largo del tiempo.

El objetivo del SGCR es crear una lista significativa de indicadores individuales que puedan utilizarse para evaluar la calidad de un servicio de rehabilitación en relación con las normas básicas, por ello, este sistema de gestión:

- Describe detalladamente las normas esperadas
- Fomenta el seguimiento a largo plazo de importantes indicadores de calidad y servicio que no forman parte del sistema de gestión.
- Está destinado a modificarse en función del entorno particular del servicio

De este modo, el sistema es un andamio en el que pueden fijarse muchas otras mediciones, procesos e indicadores, procedentes de enfoques de gestión preexistentes.

¿Por qué no hay protocolos exhaustivos sobre procesos específicos dentro de un servicio de rehabilitación?



Los responsables de la gestión de servicios o procesos clínicos pueden buscar protocolos específicos paso a paso o buscar un “conjunto de herramientas” completo, que incluya plantillas para todos o la mayoría de los procesos que intervienen en la gestión eficaz de un servicio de rehabilitación. Sin embargo, un análisis de la mayoría de los servicios de rehabilitación revela que:

- Aunque la mayoría de los servicios de rehabilitación contienen elementos comunes, hay muy pocos que sean exactamente iguales, incluso dentro de un mismo país.
- Muchos servicios de rehabilitación existen dentro de una organización que presta otros servicios (servicios sociales, por ejemplo).
- Hay literalmente cientos de procesos en un servicio de rehabilitación promedio.

Por estas razones, un paquete completo de instrucciones paso a paso, complementado con “herramientas” para supervisar esos pasos, sería un documento muy extenso y complejo. Y lo que es más importante, es muy poco probable que se utilizara, porque:

- Sería abrumador incorporar todos los procesos a los sistemas preexistentes en un periodo de tiempo razonable.
- A menudo no hay recursos humanos suficientes para llevar a cabo los cambios necesarios para incorporar todas esas herramientas.
- Algunos procesos, especialmente los relativos a los aspectos financieros y de gobernanza, varían mucho en función de los requisitos jurídicos y del tipo de entorno local.





El SGCR fomenta el análisis de si existen estos sistemas, la introducción y la mejora continua de los mismos. Pretende aprovechar ese trabajo previo con un sistema de medición y análisis de los servicios existentes y de priorización y planificación de respuestas para mejorar la calidad.

## 2.4. Uso sugerido del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación

El Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR) debe utilizarse de forma sistemática y rutinaria; el sistema condensa varios indicadores en un pequeño número de áreas centrales, cada una con tarjetas de puntuación. La puntuación le orientará sobre las áreas fuertes y débiles y a su vez esta información se utilizará para desarrollar una planificación estratégica de mejoras, dirigidas a aquellas áreas débiles detectadas.

El propósito principal de este sistema es permitir a los directores de los centros y al personal, evaluar su propio rendimiento y realizar cambios de forma sistemática. Algunos elementos necesarios para lograr puntuaciones de alta calidad requieren un seguimiento continuo.

El SGCR también podría utilizarse para:

- Acordar objetivos en colaboración con organismos técnicos o donantes para centrarse en las áreas que es más importante desarrollar.
- Como instrumento de autoestudio antes de una evaluación externa.
- Como marco para la evaluación externa, de modo que los evaluadores externos y el servicio puedan acordar qué aspectos deben evaluarse.
- Priorizar y acordar las normas a las que dirigirse.

Cualquier sistema de gestión o proceso de garantía de calidad debe realizarse de forma rutinaria, a intervalos predeterminados. El sistema aquí propuesto proporciona opciones para examinar distintos elementos de un servicio global, por lo que sería posible escalonar el análisis a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Bien utilizado, el sistema de gestión no debe aumentar el tiempo dedicado a la calidad, por el contrario, debería centrar a los gestores en indicadores y áreas de servicio clave. Esto redundaría en una mayor eficacia y fiabilidad, ya que los indicadores son coherentes de un periodo a otro y el examen de esos indicadores se racionaliza con ajustes estratégicos de los procesos para mejorarlos.

El SGCR no está diseñado para sustituir a los indicadores o procesos de seguimiento y evaluación existentes en un centro, sino simplemente para proporcionar una visión general del rendimiento de este en relación con los estándares clave que contribuyen a la prestación de un servicio de rehabilitación de calidad.

## 2.5. Planificación de la implementación de nuevos servicios

Utilizar el Sistema de Gestión de Calidad justo al principio de la implantación de nuevos servicios en Rehabilitación puede ayudar a conocer todos los diferentes elementos para planificar la implementación. Por otra parte, puede resultar abrumador, por ello se sugiere utilizar la puntuación ligera al principio, pero remitiéndose a las tarjetas de puntuación completas durante la planificación y la puesta en marcha.

# Guía Práctica

## 3. Visión general del SGCR

### 3.1. Estructura del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR)

El SGCR evalúa el rendimiento de un servicio de rehabilitación en 6 áreas fundamentales: Usuarios de servicios; Resultados; Recursos humanos; Equipamiento y suministros; Finanzas; Procesos de gestión.

Cada una de estas 6 áreas es denominada “Tarjetas de puntuación”, que se dividen en subsecciones (véase la figura 1), cada una de estas subsecciones contienen una descripción general de las normas contenidas en él y el nivel de rendimiento esperado, conocido como un “indicador de resumen” con el cual se evalúa el servicio y se le otorga una puntuación en consecuencia.

| Tarjetas de puntuación |                            | Subsecciones |                                       |
|------------------------|----------------------------|--------------|---------------------------------------|
| 1                      | Usuarios de servicios      | 1.1          | Enfoque centrado en el usuario        |
|                        |                            | 1.2          | Experiencia del usuario               |
|                        |                            | 1.3          | Accesibilidad                         |
| 2                      | Resultados                 | 2.1          | Ruta del usuario                      |
|                        |                            | 2.2          | Planificación del servicio            |
|                        |                            | 2.3          | Monitoreo y evaluación                |
| 3                      | Recursos humanos           | 3.1          | Gestión del personal                  |
|                        |                            | 3.2          | Rendimiento, reconocimiento y Salario |
| 4                      | Equipamiento & suministros | 4.1          | Tecnología                            |
|                        |                            | 4.2          | Procesos                              |
| 5                      | Finanzas                   | 5.1          | Procedimientos financieros generales  |
|                        |                            | 5.2          | Cálculo del costo                     |
|                        |                            | 5.3          | Recuperación del costo                |
| 6                      | Procesos de gestión        | 6.1          | Salud ocupacional y seguridad         |
|                        |                            | 6.2          | Políticas inclusivas y prácticas      |
|                        |                            | 6.3          | Gobernanza                            |
|                        |                            | 6.4          | Medio ambiente                        |
|                        |                            | 6.5          | Preparación para desastres            |

Figura 1. Estructura del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación



## 3.2. Los cuadros de mando

Completar los cuadros de mando requiere reflexión sobre cada uno de los documentos, prácticas, procesos e instrumentos que definen, impulsan y miden el servicio de rehabilitación. Va más allá de un sistema de evaluación y pasa a formar parte de un proceso más amplio destinado a medir, supervisar y mejorar la calidad del servicio en general y en particular de los servicios que presta.

### 3.2.1. Tarjeta de puntuación 1 Usuarios del servicio

Este cuadro de mando contiene indicadores relacionados a los aspectos de los servicios de rehabilitación que impactan directamente en los usuarios / clientes del servicio. Está dividido a su vez en tres subsecciones:

- **Enfoque centrado en el usuario.** Cuatro normas (Atención oportuna - Carácter integral del servicio - Participación en el propio plan de rehabilitación - Oportunidad para retroalimentación y aporte al diseño de servicio) que tienen en cuenta el tiempo de espera para recibir los servicios, que tan completos son los servicios recibidos y si se realiza un seguimiento. Esta sección también examina la participación de los usuarios en su propia vida, planificación del tratamiento y la oportunidad de que den su opinión.
- **Experiencia del usuario.** Dos normas (Dignidad - Equidad), relativas a la experiencia de los usuarios/clientes en términos de actitudes y comportamiento del personal de salud.
- **Accesibilidad.** Tres normas (Asequibilidad - Acceso físico al edificio - Disponibilidad en el nivel comunitario), evalúan si los servicios son asequibles, físicamente accesibles para todas las personas, así como su disponibilidad dentro de la comunidad.

### 3.2.2. Tarjeta de puntuación 2 Resultados del servicio

Este cuadro de mando considera aspectos del funcionamiento diario y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad. Está dividido a su vez en cuatro subsecciones:

- **Ruta del usuario.** Tres normas (Procedimientos de registro del usuarios/clientes - Documentación - Procesos de referencia internos), que evalúan los procedimientos y la comunicación necesarios para ofrecer un itinerario fluido a los usuarios / clientes a través del servicio, desde el registro hasta el alta.
- **Planificación del servicio.** Dos normas (Evaluación de necesidades - Estrategia), determinan la necesidad del servicio y la existencia de una planificación estratégica adecuada.
- **Monitoreo y evaluación.** Tres normas (Resultados clínicos - Calidad - Cantidad), observan los procesos implementados para monitorear y evaluar resultados clínicos, calidad del servicio y el rendimiento.

### 3.2.3. Tarjeta de puntuación 3 Recursos humanos

Este cuadro de mando contiene indicadores que se relacionan con los procesos de recursos humanos y gestión de personal. Se divide en dos subsecciones:

- **Gestión del personal.** Una norma (Descripción del puesto), que contempla el cumplimiento de estándares profesionales.
- **Rendimiento, reconocimiento y salario.** Tres normas (Escala salarial - Programas de Desarrollo Continuo (PDC) - Incentivos), que observan la gestión de salarios, desarrollo del personal e incentivos disponibles y que son de conocimiento del personal.

### 3.2.4. Tarjeta de puntuación 4 Equipamiento y suministros

Examina la disposición y gestión de tecnología de asistencia y los suministros consumibles necesarios para proporcionar un servicio de rehabilitación. Está dividido en dos subsecciones:

- **Tecnología.** Una norma (Principios de tecnología apropiados), que se aplica en la práctica clínica y están descritos en las políticas de asistencia institucionales.
- **Procesos.** Una norma (Adquisición), que se refiere a la gestión de existencias tanto de tecnologías como de suministros consumibles, utilizados en la prestación del servicio.

### 3.2.5. Tarjeta de puntuación 5 Finanzas

Este cuadro de mando analiza los aspectos de la ejecución del servicio en lo que se refiere a la gestión financiera. Está dividido a su vez en tres subsecciones:

- **Procedimientos financieros generales.** Tres normas (Gestión del efectivo - Procedimientos contables - Procedimientos financieros), que examinan los procedimientos establecidos para garantizar una gestión financiera eficaz y transparente, incluida la teneduría de cuentas y la gestión de tesorería.
- **Cálculo del costo.** Una norma (Costos de servicios), relativa a la gestión de la cartera en salud por ej.: listas de servicios, precios y cálculos de costos actualizados.
- **Recuperación del costo.** Una norma (Financiamiento), que considera los mecanismos de financiación existentes para asegurar servicios de calidad permanentes.



### 3.2.6. Tarjeta de puntuación 6 Procesos de gestión

El cuadro de mando seis contiene procesos que permiten que el servicio se ejecute de forma segura, equitativa y transparente, de manera que reduzca el impacto sobre el medio ambiente y esté preparado en caso de desastres. Está dividido en cinco subsecciones:

- **Salud y seguridad ocupacional.** Seis normas (Tamaño - Limpieza - Equipamiento - Salud ocupacional y seguridad - Prevención de riesgo - Reporte de incidentes y seguimiento), centradas a proporcionar un entorno de trabajo limpio y seguro, adecuado a las necesidades del servicio y procesos para la gestión de riesgos.
- **Políticas y prácticas inclusivas.** Dos normas (Edad - Género), relativas a políticas y procedimientos para garantizar la prestación equitativa de servicios a usuarios de todas las edades y sexos, sin discriminación.
- **Gobernanza.** Dos normas (Organigrama - Proceso de gobernanza), que evalúan que los roles y responsabilidades dentro de la organización sean claros, equitativos y transparentes y representen a todas las partes interesadas.
- **Medio ambiente.** Una norma (Impacto sobre el medio ambiente), que considera el impacto del servicio en el medio ambiente y esfuerzos de este para minimizarlo.
- **Preparación para desastres.** Una norma (Plan de contingencia), que evalúa los planes de contingencia con respuesta inclusiva, en caso de desastres a pequeña y gran escala.

### 3.3. Normas opcionales

|                            |                                 |  |  |  |  |
|----------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
|                            |                                 | Intervención interna.  | ...coordinar el cuidado de los clientes.   | ...un proceso formal para esta (por ejemplo, reuniones multilateral).  | ...que la atención al cliente está coordinada y se consideran las accesibilidades.   |
| Planificación del servicio | Resumen 2.2                     | La necesidad de los servicios que la instalación realiza, se evalúa y monitorea a lo largo del tiempo. La visión y el plan estratégico para el servicio está claramente definido y documentado.  |  |  |  |
|                            | 2.2.1 Evaluación de necesidades | No se ha realizado ninguna evaluación de las necesidades y no se monitorea si el servicio proporciona lo que necesita la comunidad.  | Los procesos informales se usan para evaluar y monitorear las necesidades de la comunidad, pero es posible que no se realicen ajustes en el servicio para satisfacer las necesidades cambiantes. | Los indicadores para las necesidades del servicio están definidos, se monitorean rutinariamente y se usan en la planificación.   | Mediante la supervisión de los cambios en los datos demográficos, la presentación de las condiciones / diagnósticos, la capacidad del servicio, el rendimiento y los comentarios de la comunidad, se comprenden las necesidades de la comunidad y se planifican los servicios en consecuencia. |
|                            | 2.2.2 Estrategia                | No hay un plan estratégico documentado para el servicio.   | Existe un documento de descripción general del servicio básico disponible, pero los objetivos e indicadores clave no están definidos ni monitoreados.  | El servicio tiene un documento de planificación estratégica que describe los objetivos centrales del servicio, los objetivos clave y los indicadores de logro de estos objetivos y dirección futura. | Como en 2, pero con un sistema establecido para revisiones periódicas.   |
|                            | Resumen 2.3                     | Utilizamos el monitoreo para evaluar sistemáticamente y mejorar nuestro servicio. Tenemos indicadores para medir los resultados clínicos, la calidad del servicio y el rendimiento. Esta información nos permite planificar y brindar un servicio de calidad que satisfaga las necesidades de nuestra comunidad. |  |  |  |
|                            |                                 | ...los resultados medidos de actividades críticas.   | ...Los instrumentos de determinación de  |  | ...Los entornos / herramientas están en su lugar y son usables.  |

Figura 2. Normas opcionales (resaltadas en rojo)

Aunque se anima a todos los centros a puntuar todas las normas, algunas son opcionales, estas aparecen resaltadas en rojo en las tarjetas de puntuación de la herramienta Excel (véase el ejemplo de la figura 2). Todas las demás normas se consideran básicas y deben puntuarse en consecuencia.

Las razones aceptables para no puntuar las normas opcionales son:

- Cuando la función evaluada por una norma la realiza un departamento distinto y no tiene acceso a la información necesaria para puntuar esa norma.
- La norma no es pertinente en su contexto particular (por ejemplo, debido al tamaño de sus instalaciones, fuentes de financiación, etc.).
- El servicio de rehabilitación no tiene capacidad para influir en los resultados de una norma.

## 4. Administración y puntuación

En este apartado se describen los pasos necesarios para utilizar el Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR), recordando que uno de los objetivos del sistema es actuar como lista de comprobación sobre los procesos y otros requisitos de gestión, será normal que algunos procesos no sean los exactamente descritos en las normas.

El SGCR se puntúa utilizando una hoja de cálculo Excel con 3 partes principales:



- Un cuadro de mando, para orientar a los usuarios en el proceso del SGCR (véase la figura 3).
- Indicadores sintéticos y hoja de trabajo “Resumen de planificación”, utilizados en la puntuación Ligera. (descritos en la pagina 16)
- Tarjetas de puntuación detalladas y hoja de trabajo “Detalle de planificación”: utilizadas para la puntuación completa. (descritos en la pagina 18)



Figura 3. El cuadro de mando



## 4.1. Preparación para administrar el SGCR

Antes de puntuar, ya sea utilizando todo el sistema de puntuación o sus subelementos, es importante estar preparado; la puntuación no tiene por qué hacerse rápidamente, ni en una sola ocasión, puede desglosarse por elementos, de modo que los responsables pueden centrarse en sus principales áreas de trabajo. Algunas secciones pueden realizarse con más frecuencia que otras; esto dependerá de las prioridades de su servicio en concreto, de las necesidades de personal y de la necesidad percibida de cambio estratégico.

Hay que seguir varios pasos antes de empezar a puntuar, será normal si los procesos no se siguen exactamente a como se describen:

- Leer la guía y los cuadros de mando del SGCR para familiarizarse con su contenido.
- Organizar una fecha, hora, lugar y participantes del encuentro para completar el proceso de puntuación.
- Decidir quién será el responsable de puntuar cada una de las tarjetas de puntuación.
- Preparar documentación relevante de soporte (examinar una gama de apoyo de documentación) que se utilizara para medir elementos descritos en las tarjetas de puntuación.
- Considerar cómo se llevará a cabo la posterior planificación estratégica tras la puntuación. Este paso es la razón por la que se realiza la puntuación y es más importante que las propias puntuaciones.

## 4.2. Puntuación

Es importante tener claro cuál es el objetivo principal de utilizar el SGCR, esto le ayudará a decidir si desea completar la puntuación ligera para obtener una visión general de su servicio, o la puntuación completa para un análisis más exhaustivo del rendimiento de su servicio.

Tener claro por qué se está realizando el SGCR, le ayudará a decidir quién debe participar en la puntuación. Por ejemplo, si es con fines de auditoría externa o elaboración de informes, puede que sólo participe la dirección; Si es para fines de revisión y planificación internas, puede ser útil incluir a personal de todos los niveles de la organización.

### 4.2.1. Quién realiza la puntuación

Por lo general esta función corresponde a la dirección, puede resultar beneficioso delegar la responsabilidad de puntuar determinados cuadros de mando o subsecciones en diferentes personas de la organización que tengan un mayor conocimiento de las áreas en cuestión. En este sentido podría tratarse de directivos, personal de rehabilitación, personal administrativo, representantes de los usuarios de los servicios, responsables de RRHH, etc.



Cumplimentar los cuadros de mando en equipo, con representantes de los distintos niveles de la organización (por ejemplo, gestor, personal clínico y personal administrativo), en lugar de dividir la puntuación, puede ser un proceso útil para aumentar el conocimiento de las políticas y procedimientos en toda la organización y aumentar la responsabilidad de todo el personal a la hora de prestar un servicio de calidad.

Cuando se reparte la puntuación entre diferentes personas o grupos, es importante que las organizaciones de personas con discapacidad puedan estar presentes y que exista una persona responsable de supervisar el proceso de puntuación del SGCR, esta persona por lo general pertenece al nivel sub - nacional de salud (Servicios Departamentales de Salud). Añadir que es importante la participación de las Organizaciones de Personas con Discapacidad y un grupo de Usuarios del servicio, que podrían brindar información importante durante el proceso de análisis.

#### 4.2.2. Recopilación de información

Para completar los cuadros de mando; los jefes de servicio, los directores, el personal y las partes interesadas, tendrán que recopilar y examinar una serie de documentos de apoyo. Entre ellos figuran:

- Políticas locales, documentos de afiliación, documentos jurídicos.
- Documentos de procesos y procedimientos que describan las prácticas del centro (Manual de organización y funciones, organigramas, flujogramas etc.)
- Documentos de seguimiento y evaluación (Instrumentos de evaluación, evolución, Consentimiento informado, etc.)
- Otros instrumentos específicos que se utilizan para medir los elementos descritos en los cuadros de mando.

### 4.3. Puntuación ligera

La puntuación ligera proporciona una visión general del rendimiento de un servicio a través del empleo de la tarjeta de resumen de planificación, esta es trabajada a partir de los “Indicadores de resumen” de las 6 tarjetas de puntuación del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación. Esta puntuación puede ser un buen punto de partida para realizar un análisis rápido de los elementos clave de un servicio en función de las necesidades detectadas y del tiempo disponible.

En la figura 4 se observa el “Resumen 1.1” de “Enfoque centrado en el usuario”. Que dice así: “Los usuarios de los servicios son el centro de todo lo que hacemos. Nos aseguramos de que su experiencia sea lo mejor posible garantizando servicios eficientes y completos en el lugar adecuado y en el momento oportuno. Intentamos controlar y medir la experiencia del cliente, actuar en función de los resultados y escuchar a nuestros usuarios”.

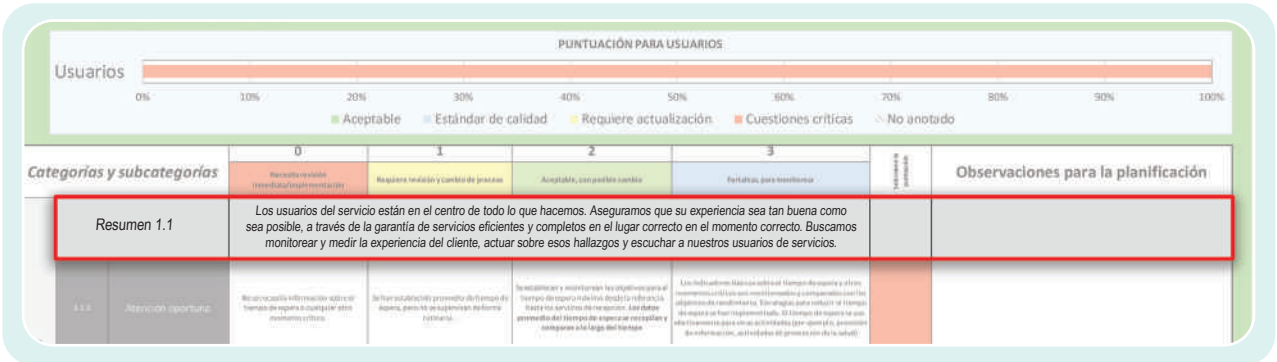


Figura 4. Indicador sintético 1.1 para la puntuación Ligera

El estándar resumen (Resumen 1.1) es el “estándar esperado del servicio” en cada subapartado el responsable del servicio procede a leer el resumen, el personal analiza y describe cómo es su servicio; estas observaciones se anotan en la zona de “Observaciones para planificar”. Este análisis aparecerá automáticamente en la pestaña “Resumen de planificación”, ahora empieza a tomar forma un análisis global, pero sencillo.

En la tarjeta “Resumen de Planificación” existe un apartado de “Planes futuros” en este espacio se anotarán planes de futuras mejoras del servicio (véase la figura 5). Esta hoja de trabajo “Resumen de la planificación” puede imprimirse y utilizarse como resumen general de la situación actual y la planificación inicial.

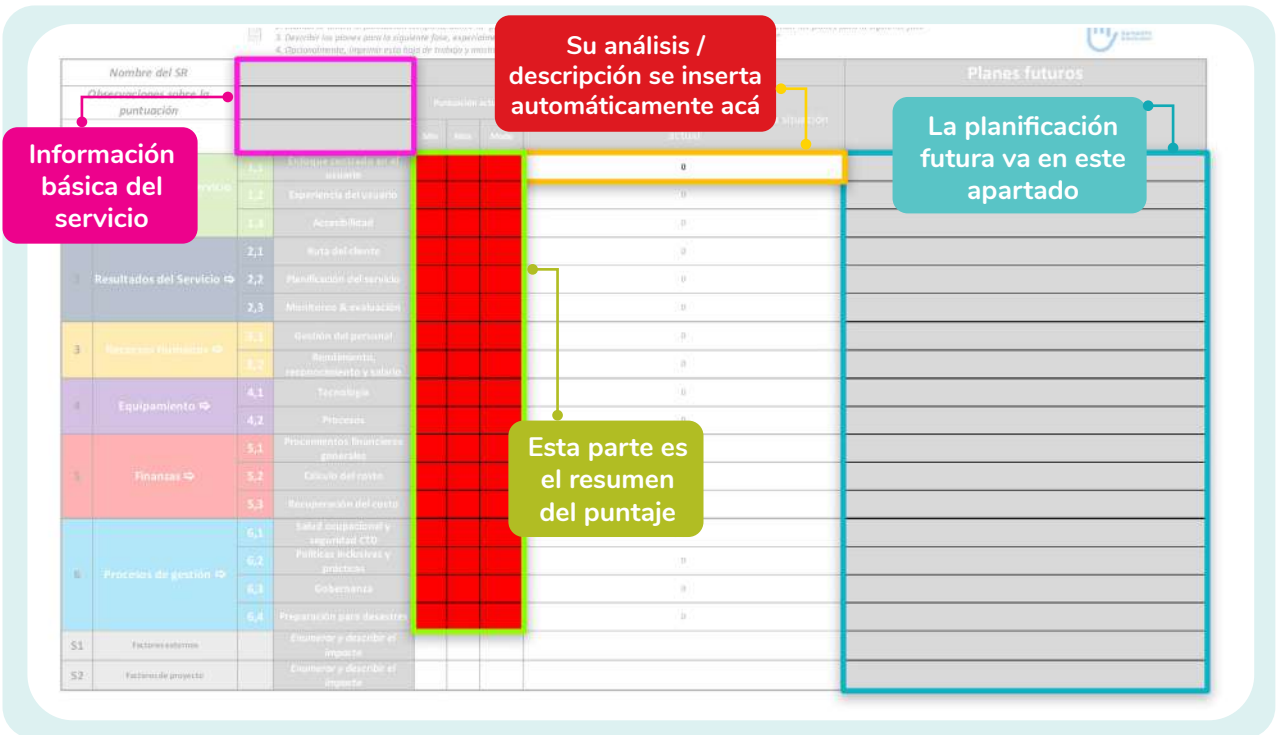


Figura 5. Hoja de Resumen de Planificación

### 4.4. Puntuación completa

La puntuación completa brinda una visión de cómo están todas las diferentes partes del servicio, su funcionamiento, en que áreas se pueden destinar recursos para mejorarlas.

Para cada norma, se da una puntuación entre 0 – 3, en función del nivel de rendimiento actual del servicio, los indicadores se ofrecen como guía para cada puntuación dentro de una norma; para este análisis se emplea los “Criterios de puntuación” detallados en la figura 6.

| Puntaje | Criterio                     |
|---------|------------------------------|
| 3       | Estándar de calidad          |
| 2       | Aceptable con posible cambio |
| 1       | Requiere actualización       |
| 0       | Cuestiones críticas          |

Figura 6. Criterios de Puntuación.

Se sugiere empezar primero por la puntuación 2 que es la norma aceptada, si esta correcta y documentada puede que su servicio supere la norma; si es así, usted decide si su puntuación permanece en 2 o sube a 3.

Si la declaración no es correcta y su servicio requiere alguna mejora; en primer lugar, compruebe la puntuación 1; Si es correcta, puntúe 1. Si no su puntuación puede ser cero, en ambos casos esto significa que se requiere alguna acción (figura 7).

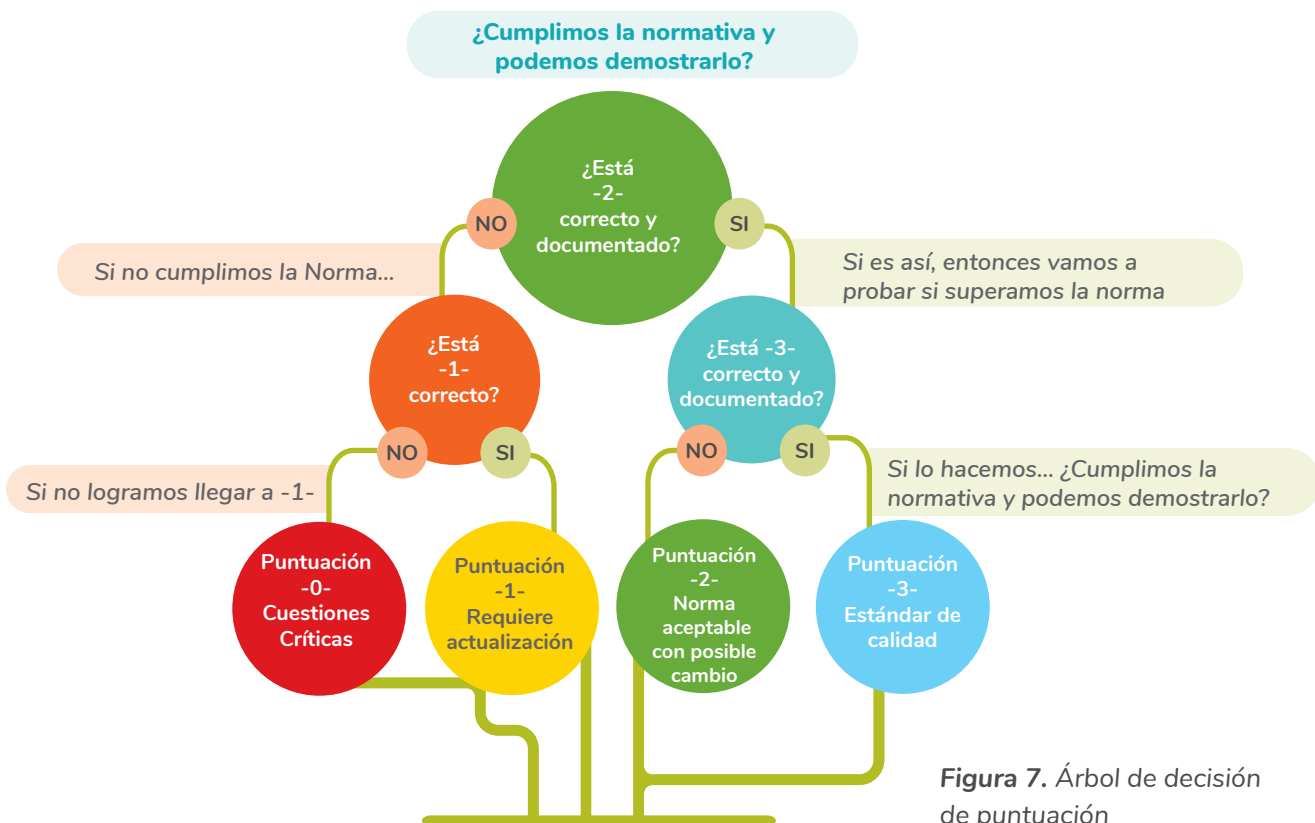


Figura 7. Árbol de decisión de puntuación



Hay que mencionar que tener una baja puntuación no es un signo de alarma, el propósito de la puntuación es identificar y centrarse en las prioridades, así que ahora que se reconoce el problema, se puede hacer algo al respecto.

Una vez que se ingresan las puntuaciones en la tarjeta de puntuación, se completan automáticamente en el “Resumen de Planificación” o en el “Detalle de planificación” de las hojas de trabajo, para proporcionar una descripción general del rendimiento de su servicio.

**Observaciones.** Cuando no se puede decidir entre dos puntuaciones se utiliza la puntuación más baja. Cuando no se está seguro o no se puede actuar sobre alguna norma, no se puntúa y se marca con una “X”.



## 5. Análisis de resultados y formulación de respuestas

### 5.1. Evaluación de las áreas susceptibles de mejora

Tras la puntuación, los directivos deben dedicar tiempo a examinar en detalle los resultados y las causas de esas puntuaciones. Los cuadros de mando con grandes áreas en rojo (cuestiones críticas) o amarillo (requiere actualización), en particular, deben examinarse detenidamente.

- A veces, las puntuaciones bajas pueden deberse a factores que normalmente escapan al control del servicio de rehabilitación y su gestión. En ocasiones será difícil comprender las causas precisas de los problemas.
- Otras veces puede estar relacionado con la financiación.
- En otras ocasiones existen respuestas obvias tales como implantar un sistema o actividad que no existe actualmente. De este modo, el siguiente paso, la creación de objetivos, debería quedar claro.

La profundidad que quieran alcanzar los usuarios de este sistema depende en gran medida de ellos, sin embargo, es importante dedicarle tiempo (aunque pueda parecer pesado), debería complementar (o introducir) los actuales procesos de desarrollo estratégico, por ejemplo:

Para algunos elementos de puntuación, está claro que no es necesario cambiar el proceso, pero sí documentarlo para mejorar la transparencia y la coherencia; la formalidad de esa tarea dependerá de su importancia y complejidad.



**Recuerda:** Corresponde a los usuarios de este sistema definir qué mejoras pueden introducirse dentro de su presupuesto y a la luz de los requisitos legales o de otro tipo que estén en juego, en cualquier ciclo de evaluación.



A partir de las puntuaciones y de una revisión de los criterios de acuerdo con la situación local, deben identificarse las áreas susceptibles de mejora y desarrollarse nuevos **objetivos**, **medidas** y **respuestas** para lograrlo.

### 5.1.1. Evolución futura del SGCR

En esta fase es importante recordar que el sistema de puntuación se basa en normas comúnmente aceptadas. Las puntuaciones bajas reflejan violaciones de las normas básicas que deben seguirse en cualquier situación, independientemente de la situación económica de ese servicio. Por ejemplo:

Nunca está bien someter a los usuarios del servicio a entornos inseguros. Nunca está bien compartir información sanitaria personal sin el consentimiento informado y una muy buena razón para hacerlo.



Las puntuaciones bajas, por tanto, deben ser abordadas con urgencia por cualquier proveedor de servicios interesado en cumplir las buenas prácticas. En otras situaciones, será difícil para muchos servicios alcanzar puntuaciones universalmente altas, sin embargo, un examen minucioso de los requisitos revelará casi siempre que con planificación y ajustes reiterativos de la práctica son alcanzables a lo largo de un periodo de tiempo.

## 5.2. Formular respuestas

Una vez las áreas prioritarias de mejora han sido determinadas, se deben tomar decisiones acerca de las respuestas que serán dadas.

### 5.2.1. Definición de nuevas metas.

El primer paso es definir metas, debe incluir un objetivo claro y su resultado. El objetivo es el cambio real que se quiere ver según las puntuaciones. El resultado refleja ese objetivo. Este objetivo debe perseguirse para mejorar las puntuaciones de una manera coherente con su visión y misión.

### 5.2.2. Definición de nuevas medidas.

Una vez que el objetivo y resultado está claro, hay que definir cómo se lograra la consecución de estos; el primero es el **indicador**, a veces puede ser referido como una variable, un indicador objetivamente verificable. Por ejemplo:

Podría ser un porcentaje, un número bruto, un número en un formulario de encuesta estándar o una respuesta cualitativa. La **fuentes de la verificación** es la herramienta, el instrumento, proceso o cualquier otra cosa que derive del indicador, ver cuadro 1.





### 5.2.3. Definición de nuevas respuestas.

Seleccionar las actividades realistas dentro de la capacidad organizacional es el próximo paso, es importante destacar que puede haber muchas actividades para cada objetivo y muchos objetivos para cada cuadro de mando y subsección. En consecuencia, puede resultar en una larga lista de actividades para el ciclo del desarrollo estratégico.

Esto puede parecer un problema, pero recuerde que es necesario un sistema de enfoque más proactivo para mejorar, tal como lo promueve la utilización del sistema de gestión de la calidad. Una vez definida una lista de acciones estratégicas, hay que ponerlas en práctica. (ejemplo Cuadro 1)

| Meta                                   |  | Medición   |  | Respuestas   |                            |
|--|--|--|--|--|----------------------------|
| Objetivo                               | Resultado  | Indicadores  | Fuentes de verificación                                  | Actividades  | Responsables               |
| Mejorar la limpieza en la instalación. | Una rutina de limpieza es desarrollada e implementada. | Procedimiento de limpieza está documentado.<br><br>Designar persona/s responsable de limpieza.<br><br>Productos de limpieza disponibles. | Documentos de Procedimiento.<br><br>Toma de existencias. | Escribir un procedimiento de limpieza.<br><br>Designar responsables.<br><br>Cálculo de costos para incluir la limpieza y los productos.<br><br>Adquirir suministros de limpieza. | Gerente.<br>Administrador. |

**Cuadro 1.** Ejemplo de respuestas a un problema identificado.

**Ejemplo de caso.** El problema observable era una puntuación baja en “Limpieza”; en la tarjeta de puntuación 6.

- La evaluación ha puesto de manifiesto que se han observado problemas de limpieza general en el centro, pueden haber sido observados por el personal o por el usuario a través de sus comentarios (o puede tratarse simplemente de un problema evidente).
- Dado que se trata de una cuestión importante, los responsables han decidido dar prioridad a este problema, han descrito objetivos, un indicador y una verificación, así como actividades específicas y las personas responsables.
- Todo ello se describe en el “Detalle de planificación”.

## 6. El Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación para el desarrollo estratégico

Ahora que entendemos las causas subyacentes de los problemas identificados en la puntuación y definimos nuevos objetivos, cómo medir la consecución de estos objetivos y se definieron respuestas para alcanzar los objetivos, tenemos que decidir cuáles de estas respuestas son las más prioritarias, las más apropiadas, realistas y que se ajustan a la misión y visión de su organización.

### 6.1. Un proceso de gestión de la calidad simplificado

Además del sistema de puntuación para orientar a los gestores de servicios sobre los indicadores de calidad reconocidos para los servicios de rehabilitación, junto con descripciones detalladas y narrativas sobre lo que significan y cómo interpretarlos, este sistema ofrece un enfoque paso a paso para el desarrollo estratégico.

No es el propósito del SGCR, ni de ninguna otra presión externa, dictar la visión o la misión de una organización. El propósito de esta sección es describir cómo la visión y la misión de una organización influyen en la forma en que debe utilizarse e interpretarse este sistema de gestión.

### 6.2. Visión organizativa.

Aunque la visión global de un servicio de rehabilitación no debe cambiar su cumplimiento de los indicadores básicos definidos por las políticas pertinentes, las directrices y los ejemplos de buenas prácticas, son esenciales durante una revisión estratégica de la puntuación actual.

Tener una visión claramente definida puede ayudar a orientar y priorizar las acciones para abordar las limitaciones observadas durante el proceso de puntuación.

### 6.3. Misión de la organización

Su misión debe describir las cosas que pueden y van a hacer, para alcanzar la visión que se ha fijado. La definición de una misión debe orientar el tipo de actividades que son relevantes para su organización y puede requerir modificaciones de los indicadores de calidad. Por ejemplo:

Un servicio destinado a los niños no debe verse obligado a prestar servicios para adultos.



Dependiendo de la misión del proveedor de servicios y de los requisitos locales, la legislación u otros requisitos legales y los requisitos particulares asociados a los flujos de financiación, la misión influirá en la importancia de algunas normas para su servicio y, por tanto, en el proceso de desarrollo estratégico.





## 6.4. La relación entre el SGCR y otros marcos analíticos en los servicios de rehabilitación

La calidad de los servicios de rehabilitación depende de factores de rendimiento en todos los niveles: sectorial, de servicios y clínico. Existen indicadores y medidas para evaluar el rendimiento a nivel sectorial y clínico. El SGCR proporciona un vínculo entre ambos.

Dado que el SGCR no pretende medir el rendimiento clínico, puede ser utilizado con otros marcos tales como herramientas de resultados clínicos, procesos de auditoría de garantía de calidad, etc. El sistema permite estructurar y vincular el uso de distintas herramientas, por ejemplo: puede haber herramientas para la adquisición o el cálculo de costes que se reconocería como buenas prácticas que mejoren las puntuaciones en el SGCR y cuya relación con otras normas dejaría claros los procesos.

## 6.5. Comprender el uso del SGCR en un gran programa de rehabilitación

Cuando se examina todo un programa de rehabilitación, el SGCR puede utilizarse para priorizar actividades en distintos centros, examinar puntos débiles comunes o disponer de una evaluación de referencia. El uso del SGCR dependerá del seguimiento y la evaluación de cualquier proyecto que se ponga en marcha para desarrollar los servicios y el programa general de rehabilitación.

### 6.5.1. Plan de implementación sugerido para el SGCR

Una implementación sugerida podría consistir en:

- **Una breve sensibilización** de las partes interesadas. Puede consistir en mostrar durante unas horas los resultados de otros servicios en el SGCR, mostrar las mejoras y escuchar los testimonios de otros usuarios.
- **Visita de exposición.** Una vez que existe un conocimiento general del SGCR y un acuerdo de que podría ser útil para las partes interesadas, exponer a otros servicios el uso del SGCR podría ser útil. Esto puede ocurrir a veces dentro de un mismo país o región. Obviamente, esto depende en gran medida de los recursos disponibles y es opcional. Podría combinarse con algún tipo de formación u otra actividad, para aprovechar al máximo la inversión.
- **Un taller previo a la puntuación.** Consistiría en examinar otros procesos de gestión, reunir la documentación y organizar el calendario y la logística de la puntuación. Puede durar medio día o un día.
- **Puntuación Ligera.** Se recomienda comenzar con la puntuación Ligera, para orientar rápidamente a los usuarios sobre el sistema, los problemas y puntos fuertes generales del servicio. La puntuación ligera suele durar aproximadamente un día.

- **Puntuación Completa.** Después de la puntuación ligera, será fácil pasar a la puntuación completa. Combinado con la formación paso a paso, un puntaje completo puede llevar 3 días (1 día de formación y 2 días de aplicación de SGCR). Pero puede dividirse en diferentes actividades, repartirse entre grupos o realizarse después de varias semanas, un día cada vez.
- Una vez realizada la puntuación (ya sea ligera o completa o una versión parcial) puede organizarse **un taller de planificación** de varios días, posiblemente dividido en secciones. En él se establecerá el orden de prioridad de las áreas que deben ser objeto de cambio.

Se puede determinar el calendario, asignar recursos y encontrar enlaces a recursos y expertos. Puede durar entre un día y varios días, pero debe planificarse de forma rutinaria para revisar los progresos, actualizar las puntuaciones, etc.

- **Implantar el cambio:** Paso a paso, aprovechando los recursos disponibles, la aplicación del cambio puede llevar meses. Lo importante es demostrar una mejora constante, dirigida a las principales áreas de los puntos débiles y aprovechar los puntos fuertes. Es imposible definir un plazo para ello, pero lo ideal es que, varias veces al mes, los directivos y el personal (y otras partes interesadas) revisen las puntuaciones y elaboren un plan para las próximas semanas o meses para mejorar los sistemas, prácticas y documentarlos.
- **Revisión:** Después de un tiempo acordado entre 4 a 6 meses, el proceso debe repetirse y revisarse.



## 7. Formación paso a paso sobre el sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR).

### 7.1. Primera puntuación y planificación

Antes de introducir por primera vez el proceso SGCR y las tarjetas de puntuación, se recomienda abordar los siguientes puntos con las partes interesadas pertinentes:

- Alineación y liderazgo
  - o ¿Por qué implantamos normas? y ¿Cuáles son las expectativas?
  - o ¿Qué prioridades quiere atender el equipo y con qué recursos?
  - o ¿Cómo pueden ayudar los socios técnicos?

Además, podría ser necesaria una formación específica de los directivos para reforzar las competencias esenciales en materia de liderazgo, a fin de garantizar una aplicación óptima del SGCR.

- Establecer prioridades, desafiar objetivos y planificar.
- Habilidades de comunicación y cómo crear motivación en el equipo.

Por último, una formación paso a paso sobre los cuadros de mando y el proceso del SGCR:

- Modificación y adaptación de las normas en caso necesario
- Puntuación y definición de planes de acción.

### 7.2. Seguimiento y aplicación de los planes de acción

El apoyo al proceso de planificación estratégica continua y la realización de actividades para el cambio puede prestarse de varias maneras, como ya se ha mencionado:

- Orientación y supervisión directas en el momento de la Re – puntuación y revisión de la planificación a nivel de servicio; esto podría incluir el apoyo en la planificación presupuestaria y la recaudación de fondos para la asignación de recursos para la mejora de la calidad cuando sea necesario.
- Creación de comités técnicos en el país para una supervisión y un apoyo continuos, involucrar a los representantes gubernamentales pertinentes, a los proveedores de servicios y a los usuarios.

## Anexo 1

Resumen de resultados obtenidos durante el ciclo de aplicación del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación en los Centros/Servicios de Rehabilitación de los Departamentos de La Paz y Santa Cruz.

| N°             | Municipio             | Nombre de Centro de Rehabilitación   | Línea de Base |    |    |   |   |     | Medición 2 |    |    |    |   |     | %Dif |            |           |
|----------------|-----------------------|--|---------------|----|----|---|---|-----|------------|----|----|----|---|-----|------|------------|-----------|
|                |                       |  | 0             | 1  | 2  | 3 | X | %   | 0          | 1  | 2  | 3  | X | %   |      |            |           |
| 1              | Achacachi             | Centro Integral de Rehabilitación Achacachi (CIREA)                                      | 16            | 7  | 13 | 0 | 3 | 33% | 9          | 11 | 13 | 3  | 4 | 40% | 7%   |            |           |
| 2              | Calamarca             | Centro de Rehabilitación San Antonio de Calamarca (CRESAC)                               | 9             | 15 | 12 | 2 | 1 | 36% | 3          | 12 | 17 | 4  | 4 | 53% | 17%  |            |           |
| 3              | Caranavi              | Centro Integral de Rehabilitación Caranavi (CIRECA)                                      | 18            | 5  | 11 | 3 | 2 | 36% | 11         | 9  | 10 | 5  | 5 | 38% | 2%   |            |           |
| 4              | Viacha                | Servicio Integral de Rehabilitación Viacha (SIREVI)                                      | 17            | 10 | 9  | 0 | 3 | 23% | 4          | 14 | 16 | 1  | 5 | 43% | 19%  |            |           |
| 5              | El Alto               | Servicio de Rehabilitación del Hospital del Norte  | 16            | 6  | 8  | 2 | 7 | 26% | 14         | 11 | 5  | 2  | 8 | 18% | -8%  |            |           |
| 6              | Ascensión de Guarayos | Centro de Rehabilitación de Ascensión de Guarayos  | 4             | 13 | 19 | 0 | 4 | 48% | 2          | 15 | 18 | 1  | 4 | 48% | 0%   |            |           |
| 7              | Buena Vista           | Centro de Rehabilitación de Buena Vista  | 25            | 6  | 4  | 0 | 5 | 10% | 11         | 15 | 9  | 0  | 5 | 23% | 13%  |            |           |
| 8              | Cotoca                | Centro de Rehabilitación para Personas con Discapacidad y población en general de Cotoca | 4             | 5  | 19 | 9 | 3 | 70% | 2          | 14 | 15 | 6  | 3 | 53% | -18% |            |           |
| 9              | Mineros               | Centro Integral de Rehabilitación de Mineros   | 9             | 6  | 20 | 1 | 4 | 53% | 4          | 10 | 14 | 8  | 4 | 55% | 3%   |            |           |
| 10             | Montero               | Centro Integral de Rehabilitación de Montero   | 7             | 6  | 18 | 5 | 4 | 58% | 2          | 7  | 13 | 14 | 4 | 68% | 10%  |            |           |
| 11             | San Ramón             | Centro de Rehabilitación de San Ramón / Servicio de Fisioterapia                         | 11            | 14 | 12 | 0 | 3 | 30% | 5          | 22 | 9  | 0  | 4 | 23% | -8%  |            |           |
| 12             | Santa Cruz            | Centro Terapeutico Municipal de Santa Cruz   | 11            | 13 | 10 | 4 | 2 | 35% | 1          | 10 | 15 | 11 | 3 | 65% | 30%  |            |           |
| <b>% Final</b> |                       |  |               |    |    |   |   |     | <b>38%</b> |    |    |    |   |     |      | <b>44%</b> | <b>6%</b> |



**Proyecto:** Hacia una Mejor Rehabilitación y Salud de los Niños, Niñas y Adolescentes en Bolivia / Proyecto DGD 2022 - 2024

| Medición 3 |    |    |    |   |     |      | Medición 4 |    |    |    |   |     |      |     |
|------------|----|----|----|---|-----|------|------------|----|----|----|---|-----|------|-----|
| 0          | 1  | 2  | 3  | X | %   | %Dif | 0          | 1  | 2  | 3  | X | %   | %Dif |     |
| 3          | 8  | 21 | 3  | 5 | 60% | 27%  | 1          | 4  | 14 | 17 | 4 | 78% | 44%  |     |
| 4          | 2  | 6  | 24 | 4 | 75% | 39%  | 1          | 3  | 18 | 14 | 4 | 80% | 44%  |     |
| 1          | 10 | 19 | 5  | 5 | 60% | 24%  | 0          | 8  | 18 | 9  | 5 | 68% | 32%  |     |
| 3          | 9  | 18 | 4  | 6 | 55% | 32%  | 2          | 10 | 15 | 7  | 6 | 55% | 32%  |     |
| 9          | 16 | 5  | 2  | 8 | 18% | -8%  | 5          | 16 | 11 | 2  | 6 | 33% | 7%   |     |
| 1          | 8  | 18 | 9  | 4 | 68% | 20%  | 1          | 5  | 11 | 19 | 4 | 75% | 28%  |     |
| 8          | 17 | 10 | 1  | 4 | 28% | 18%  | 3          | 15 | 18 | 1  | 3 | 48% | 38%  |     |
| 1          | 11 | 17 | 8  | 3 | 63% | -8%  | 0          | 6  | 21 | 10 | 3 | 78% | 8%   |     |
| 2          | 3  | 20 | 11 | 4 | 78% | 25%  | 0          | 3  | 17 | 16 | 4 | 83% | 30%  |     |
| 1          | 3  | 14 | 18 | 4 | 80% | 23%  | 0          | 0  | 12 | 24 | 4 | 90% | 33%  |     |
| 5          | 10 | 18 | 3  | 4 | 53% | 23%  | 3          | 6  | 16 | 11 | 4 | 68% | 38%  |     |
| 2          | 3  | 12 | 20 | 3 | 80% | 45%  | 0          | 4  | 12 | 21 | 3 | 83% | 48%  |     |
|            |    |    |    |   |     | 60%  |            |    |    |    |   |     | 70%  | 32% |

**Referencias**

- 0** Críticas
- 1** Requiere actualización
- 2** Aceptable
- 3** Estandar Calidad
- X** No anotado

**R2.I2:**

% de criterios de calidad que muestran una evolución positiva en los centros que cuentan con el sistema de monitoreo de la calidad.



<https://hi-lac.org/wp-content/uploads/2024/10/herramientadelsistemadegestiondecalidad.zip>





## Anexo 2

### Imágenes fotográficas durante la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad en Rehabilitación (SGCR)



Calamarca



Mineros



Cotoca



Santa Cruz





Montero



Buena Vista



Ascensión de Guarayos



San Ramón



## Anexo 3

### Norma 1.1.4. Oportunidad para la retroalimentación y aporte al diseño del servicio (Apertura buzón de sugerencias)



Caranavi



Viacha



Montero



Cotoca



## Anexo 4

### Norma 1.3.2 Acceso físico al edificio



Mineros



Calamarca



## Anexo 5

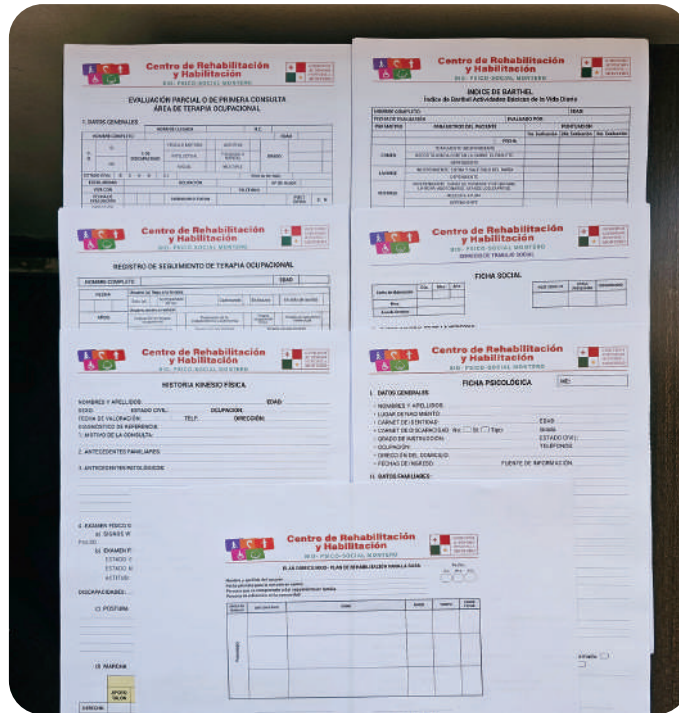
### Norma 1.3.3 Disponibilidad en el nivel comunitario





## Anexo 6

### Normas 2.1.1 Procedimientos de registro de los usuarios/clientes y 2.1.2 Manejo Documentación

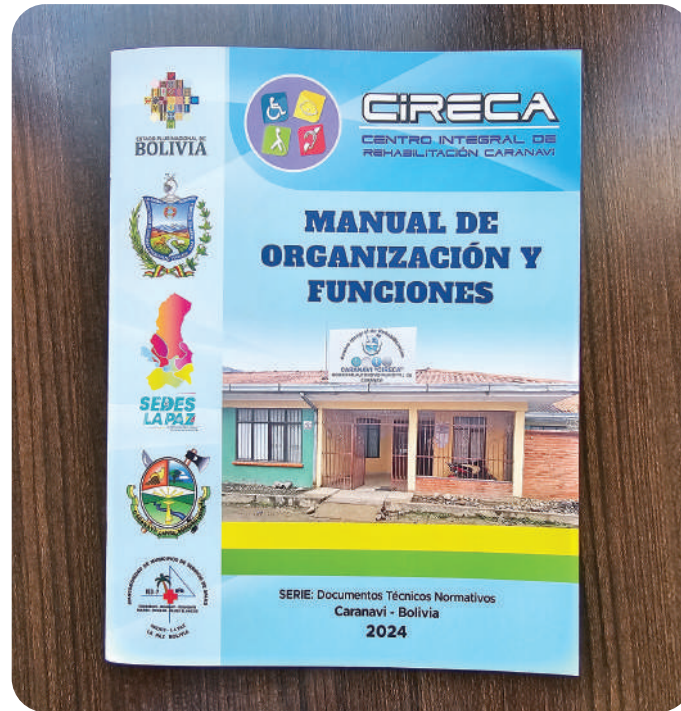






## Anexo 7

### Norma 3.1.1. Descripción de puestos



## Anexo 8

### Norma 3.2.2 Programas de Desarrollo Continuo



## Anexo 9

### Seguimiento a Planificación Operativa Anual



Departamento de Santa Cruz



Departamento de Santa Cruz





Con el apoyo de:

