

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
DIRECCIÓN GENERAL	1
1. PROGRAMA DE TRABAJO	1
1.1 Acciones relativas a la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria	3
1.2 Avances y logros por Estrategia y línea de acción del Programa Institucional 2015-2020	15
ASPECTOS CUALITATIVOS	23
INVESTIGACIÓN	23
1. Número de artículos	23
2. Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII)	24
3. Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII	25
4. Artículos de los grupos (III-IV-V-VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII	25
5. Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII	25
6. Sistema Nacional de Investigadores	25
7. Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII....	26
8. Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI	26
9. Producción editorial	26
10. Número de tesis concluidas	26
11. Número de proyectos con financiamiento externo	26
12. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos	26
13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución	27
14. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa.....	28
Otros Aspectos.....	30
Estado de las Investigaciones.....	30
Impacto de los Proyectos de Investigación.....	30
Cursos de Investigación	30
Convenios de Colaboración	31
Informe sobre Sesiones de Comités Internos	31
Logros de la Dirección de Investigación	31
Debilidades de la Dirección de Investigación	31
Avances del Programa de Trabajo 2016	32
Reporte de avances del Programa Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018	34
Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”	46
ENSEÑANZA	48
1. Total de Médicos Residentes.....	48
Número de Residentes Extranjeros.....	49
Médicos Residentes por cama.....	49
2. Residencias de Especialidad.....	49
3. Cursos de Alta Especialidad.....	50

4. Cursos de Pregrado.....	51
5. Número de Estudiantes en Servicio Social.....	53
6. Número de Alumnos de Posgrado.....	54
7. Cursos de Posgrado.....	54
8. Número de Autopsias.....	54
9. Participación Extramuros.....	54
10. Porcentaje de Eficiencia Terminal.....	55
11. Enseñanza en Enfermería.....	55
12. Cursos de Actualización (Educación Médica Continua).....	56
13. Cursos de Capacitación.....	58
14. Sesiones Interinstitucionales.....	60
15. Sesiones por Teleconferencia.....	60
16. Congresos Organizados.....	61
17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.....	61
Otros Aspectos.....	61
Sesiones Académicas.....	61
Convenios.....	62
Unidad de Investigación Quirúrgica.....	63
Logros de la Unidad de Enseñanza.....	63
Debilidades de la Unidad de Enseñanza.....	63
Avances del Programa de Trabajo 2016.....	64
Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016 del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”.....	66
ATENCIÓN MÉDICA	68
1. Información estadística hospitalaria.....	68
2. Información estadística epidemiológica.....	82
3. Cirugías extramuros.....	86
4. Indicadores de desempeño de medicina de alta especialidad.....	87
Otros Aspectos.....	100
Estudios de Medicina Nuclear.....	100
Departamento de Toxicología.....	101
Convenios.....	102
Programa de Salud Pública.....	102
Clínicas Multidisciplinarias.....	103
Informe sobre sesiones de Comités internos.....	103
Logros y debilidades en la Atención Médica.....	104
Avance del Programa de Trabajo 2016.....	110
Reporte de avances del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.....	113
Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016 del Programa Presupuestal E023 “Atención a la salud”.....	143
ADMINISTRACIÓN	147
Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos).....	147
Comportamiento presupuestal.....	147
Estados Financieros comparativos.....	149
Balance General.....	150

Estado de Actividades.....	152
Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.....	153
Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.....	157
Cumplimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.....	158
Transparencia Focalizada	158
Cadenas Productivas.....	159
Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto (Programa de Ahorro).....	160
Informe de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.....	161
Programa de Mejora de la Gestión.....	161
Informe sobre Sesiones de Comités Internos.....	161
Control Interno Institucional.....	163
Avance físico y financiero de los proyectos de inversión, en su caso.....	166
Otros Aspectos.....	167
Informe de la situación de infraestructura del Hospital.....	167
Recursos Humanos.....	170
Abasto	171
Logros de la Dirección de Administración.....	171
Debilidades de la Dirección de Administración	171
Avances del Programa de Trabajo 2016.....	171
Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).....	174
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	186
1. Calidad.....	186
2. Comunicación Social.....	187
3. Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT).....	188
4. Archivo Clínico.....	189
5. Trabajo Social.....	190
6. Admisión.....	190
7. Departamento de Organización y Gestión de Procesos.....	191
8. Unidad de Planeación y Evaluación.....	192
Otros Aspectos.....	193
Informe sobre Sesiones de Comités Internos.....	193
Logros de la Dirección de Planeación Estratégica.....	193
Debilidades de la Dirección de Planeación Estratégica.....	193
Avances del Programa de Trabajo 2016.....	194

PRESENTACIÓN

Dr. José Ramón Narro Robles, Secretario de Salud y Presidente de la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México (HJM), Honorables representantes de Dependencias Oficiales y Vocales de este Órgano de Gobierno, se somete a su consideración el Informe de Autoevaluación de las actividades realizadas del 1 de enero al 30 de junio de 2016.

Respecto a las actividades del Hospital Juárez de México, están alineadas con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, a los Programas de Acción Específicos de Medicina de Alta Especialidad e Investigación para la Salud (PAE's) 2013-2018, al Programa Institucional 2015-2020 y al Modelo de Gestión Hospitalaria, contribuyendo al logro de las metas nacionales de "México Incluyente y México con Educación de Calidad"; para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, asegurar el acceso a los servicios de salud, favorecer la protección, promoción y prevención como eje prioritario; garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y contribuir a la formación y fortalecimiento del capital humano de alto nivel, a la generación y transferencia del conocimiento y a mejorar la infraestructura científica y tecnológica en salud.

En este sentido, el Hospital otorga atención médica, para solucionar problemas de salud orientados a la alta especialidad, contemplados en su cartera de servicios médico-quirúrgicos, dirigida principalmente a la población sin seguridad social o con afiliación al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, también colabora a la formación de recursos humanos en salud principalmente en las fases de posgrado en Medicina y en la Especialización en 36 especialidades médicas, así como con la investigación médica básica y clínica.

La estructura de este informe, responde a la necesidad de hacer una rendición de cuentas transparente del desempeño de las metas y objetivos institucionales y de las actividades realizadas por la atención brindada a los usuarios, para dar cumplimiento a la misión "Ofrecer asistencia médico-quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional", y su visión "Ser un hospital modelo y líder nacional en la gestión y aplicación del conocimiento médico, integrando la enseñanza y la investigación científica, a la atención médica de vanguardia con reconocimiento internacional".

DIRECCIÓN GENERAL

1 PROGRAMA DE TRABAJO

Por lo antes expuesto, en este documento se muestran, en primer lugar las acciones y logros alcanzados por cada estrategia del Programa de Trabajo Institucional 2015-2020.

Además, con el objetivo de fortalecer la instrumentación de la Política Pública de Medicina de Alta Especialidad y el desarrollo de un modelo integral de Evaluación del Desempeño de Medicina de Alta Especialidad, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en coordinación con el Hospital, implementó un proyecto de nuevos indicadores que revelan la complejidad de las actividades realizadas en

las unidades coordinadas en los siguientes rubros: Calidad y seguridad en la atención médica, Eficiencia de los procesos sustantivos, Acceso y oportunidad de los servicios de medicina de alta especialidad y Complejidad de la atención médica de alta especialidad.

Por lo anterior, se presenta el informe de los nuevos indicadores y los formatos “Información Estadística Hospitalaria”, “Información Estadística Epidemiológica”; “Cirugías Extramuros” e “Indicadores de Desempeño de Medicina de Alta Especialidad”. Así como los aspectos cualitativos y cuantitativos de los avances y logros obtenidos en el área de investigación, enseñanza y aspectos administrativos; de acuerdo al Programa Anual de Trabajo 2016 de la Dirección General.

1.1 Acciones relativas a la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria.

	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
1	Hospital eficiente, autosustentable y autosuficiente.	El 22 de enero de 2016, se envió mediante oficio a la CCINSHAE, el último proyecto de actualización del Tabulador de cuotas de recuperación del Hospital, solicitando la tramitación-autorización ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Dicho proyecto contempla la actualización de los 1,436 servicios del Tabulador. Por otra parte, se ha ejercido al 100% el presupuesto autorizado para el Hospital, sin generar subejercicios.	Dirección de Administración.	
2	Modernización de equipo.	Al periodo que se informa, se encuentran registrados en cartera de inversión de la SHCP cinco proyectos (Equipamiento y Mobiliario para el área de Hospitalización del Hospital Juárez de México, Adquisición de equipo médico para la Unidad de Quirófanos, Adquisición de una Bomba de circulación extracorpórea para el servicio de Cirugía Cardiovascular, Equipamiento para el servicio de Endoscopia y Adquisición de equipo médico para la Unidad de Banco de Leche), de los cuales, el primero de ellos ha concluido.	Dirección de Administración.	
3	Planeación estratégica.	Durante el primer semestre de 2016, se revisó, analizó e integró la información cuantitativa y cualitativa de las Direcciones de Área, para la elaboración de los informes que se presentaron ante la H. Junta de Gobierno del Hospital (Informe de Autoevaluación y Reporte de Gestión). Se apoyó en la elaboración del Programa Anual de Trabajo de la Dirección	Dirección de Planeación Estratégica.	

		General y Direcciones de Área. Se realizó la evaluación del cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, a través de la evaluación del Modelo Sintético de Información de Desempeño, correspondiente al primer semestre de 2016.		
4	Sistema de Costos.	Al periodo que se informa, se continúa trabajando en la actualización de las claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital, debido a que no se cuenta con un HRP.	Dirección de Administración.	
5	Manuales de Organización.	Durante el primer semestre de 2016, se revisaron un total de 44 Manuales de Organización Específico y de Procedimientos, de los cuales 29 corresponden a la Dirección Médica, cinco a la Dirección de Planeación Estratégica, cinco a la Dirección de Investigación y Enseñanza, tres son del Órgano Interno de Control y dos de la Unidad de Enseñanza.	Dirección de Planeación Estratégica.	
6	Efectiva selección de personal.	Con fecha 26 de febrero de 2016, el Hospital envió a la Dirección Adjunta de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación de la Secretaría de Salud, el reporte de la Evaluación del Desempeño de los servidores públicos de Estructura, correspondiente al ejercicio 2015.	Dirección de Administración.	
7	Distribución de los RRHH.	Se continúa con el proceso de distribución del personal de acuerdo a su plaza, así como a las necesidades de las áreas, respetando la normatividad laboral.	Dirección de Administración.	
8	Capacitación continua.	En el primer semestre de 2016, se impartieron un total de 44 cursos de educación continua, contando con una asistencia de 2,877 profesionales de la salud; de los cuales 2,079 son mujeres.	Unidad de Enseñanza.	

		Asimismo, se realizaron 24 cursos en materia administrativa y gerencial con una participación de 489 servidores públicos.																		
9	Reconocimiento al desempeño.	Al periodo de reporte, se concluyó con la primera etapa del programa (inscripción de los participantes), y la segunda etapa (evaluación de los participantes) se encuentra en proceso.	Unidad de Enseñanza.	de Personal participante en la promoción 2016: <table border="1" data-bbox="1047 436 1453 829"> <thead> <tr> <th>Disciplina</th> <th>Personal en proceso de evaluación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medicina</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Odontología</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Enfermería</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Químicos</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Otras disciplinas</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>157</td> </tr> </tbody> </table>	Disciplina	Personal en proceso de evaluación	Medicina	33	Odontología	0	Enfermería	85	Químicos	26	Trabajo Social	4	Otras disciplinas	9	Total	157
Disciplina	Personal en proceso de evaluación																			
Medicina	33																			
Odontología	0																			
Enfermería	85																			
Químicos	26																			
Trabajo Social	4																			
Otras disciplinas	9																			
Total	157																			
10	Preparación de futuros directivos.	<p>Durante el primer semestre de 2016, se implementaron e impartieron los siguientes cursos:</p> <p>Un curso sobre Capacitación en el desarrollo de habilidades gerenciales, con una participación de 9 personas.</p> <p>Dos cursos sobre Mejora de los procesos, con una participación de 61 servidores públicos.</p> <p>Un curso enfocado a la Auditoría médica, capacitando a 14 personas (seis jefes de división, dos directores de área, dos médicos residentes, la jefa de enfermeras, el jefe de calidad en enfermería, el jefe de departamento y la jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica).</p> <p>Un curso taller de Capacitación en la Metodología para la evaluación de riesgos de integridad, con la participación de 41 personas (15 personas del área administrativa, 13 jefes del servicio de enfermería, ocho jefes de servicio y cinco personas del área de investigación).</p> <p>Dos cursos taller sobre la Determinación de riesgos a la integridad institucional, con una participación de 37</p>	Dirección de Planeación Estratégica.	de																

		personas (14 jefes de servicio, 14 personas del área administrativa, dos jefes de enfermería, dos directores de área y cinco jefes de división).		
11	Nuevas modalidades de captación de recursos.	Se establecieron mecanismos para la captación de recursos como: la celebración del Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo al periodo que se informa 114 intervenciones que se atienden en el Hospital. Por otra parte, se llevaron a cabo reuniones entre la Delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital, para la celebración del contrato "Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico"; quedando en proceso de formalización.	Dirección de Administración.	
12	Consulta externa todo el día.	Se continúa proporcionando consulta vespertina en el servicio de Oncología, ya que cuenta con médicos especialistas en este turno.	Dirección Médica.	La falta de recursos humanos, como médicos, y personal de enfermería y recepción, hacen poco factible ampliar la cobertura al turno vespertino de la consulta externa.
13	Hospital vespertino.		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa por falta de recursos humanos.
14	Cirugía ambulatoria.		Dirección Médica.	Debido a que el Hospital no cuenta con un área diseñada para este fin, sólo algunos servicios de la consulta externa como Oftalmología, Dermatología, Cirugía Plástica y Ginecología, tienen implementado este programa.
15	Auditoría médica cruzada.	Se realizaron dos ejercicios de auditoría en el servicio de Oncología adultos enfocados a la colocación de catéter venoso central, con la finalidad de determinar áreas de oportunidad e implementar acciones de mejora dirigidas al cumplimiento de la normativa del consentimiento bajo información, la nota médica y ubicación e instalación del catéter venoso central.	Dirección de Planeación Estratégica.	

16	Aplicación de guías de práctica clínica.	Se reinstaló el equipo de trabajo de Guías de Práctica Clínica (GPC), sesionando en tres ocasiones de manera ordinaria. Se realizó la supervisión de 31 servicios y la revisión de 60 expedientes clínicos, teniendo un apego a las GPC del 89.8%.	Dirección de Planeación Estratégica.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cumplimiento del apego de las GPC por División</th> </tr> <tr> <th>División</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medicina</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Cirugía</td> <td>84%</td> </tr> <tr> <td>Ginecología y Obstetricia</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Medicina Crítica</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Servicio de Toxicología</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>89.8%</td> </tr> </tbody> </table>	Cumplimiento del apego de las GPC por División		División	Porcentaje	Medicina	90%	Cirugía	84%	Ginecología y Obstetricia	100%	Medicina Crítica	75%	Servicio de Toxicología	100%	Total	89.8%
Cumplimiento del apego de las GPC por División																				
División	Porcentaje																			
Medicina	90%																			
Cirugía	84%																			
Ginecología y Obstetricia	100%																			
Medicina Crítica	75%																			
Servicio de Toxicología	100%																			
Total	89.8%																			
17	Farmacia intrahospitalaria.	La Farmacia Hospitalaria continúa proporcionando el abasto de medicamentos y material de curación de forma continua. Se concluyó la implementación del proceso de dotación a los quirófanos por sala, así como de los medicamentos controlados de los grupos I, II y III, y se dio inicio a la fase de dotación de unidosis.	Dirección Médica.																	
18	Comités intrahospitalarios.	El Hospital cuenta con Comités hospitalarios funcionales bajo la gestión de las Direcciones de Administración, Investigación, Médica y Planeación Estratégica. Por otra parte, la División de Calidad y Apoyo a la Atención realizó una reunión de trabajo con el Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia, con la finalidad de establecer los lineamientos de organización y funcionamiento de los Comités coordinados por la Dirección de Planeación Estratégica. Asimismo, se diseñó un procedimiento para llevar un control y seguimiento de los Comités, y los acuerdos generados.	Dirección de Planeación Estratégica.																	
19	Modelo de Trabajo de Enfermería.	Durante el primer semestre de 2016, la Jefatura de Enfermería impartió los siguientes cursos: <ul style="list-style-type: none"> • Un curso de capacitación de barreras en la seguridad de sistemas de medicación, contando con una participación de 	Jefatura de Enfermería.																	

		<p>17 profesionales de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos cursos sobre seguridad en la terapia intravenosa, con una asistencia de 38 personas. • Dos cursos- taller para la implementación de los PLACES aplicados a los cuidados de los pacientes en el Plan Integral de Enfermería, con una participación de 54 personas. <p>Asimismo, se dio seguimiento a: 69 eventos adversos relacionados con errores de medicación y para la consolidación de la clínica de catéteres enfocada hacia el paciente hospitalizado. Además, se realizaron 7,041 intervenciones para el manejo de úlceras por presión, heridas y estomas, en hospitalización y consulta externa.</p>		
20	Casos estrella.	<p>Se presentó ante los medios de comunicación un caso relevante del servicio de Cirugía Plástica, el cual consistió en la realización de una técnica de microcirugía a una paciente con secuelas de quemaduras en cuello, que impedía la movilización del mismo, beneficiando a la paciente en la recuperación de la movilidad.</p>	Dirección Médica.	
21	Enlace con la gente y la comunidad.	<p>Interacción con los pacientes, familiares, personal del HJM y seguidores de las cuentas oficiales en las redes sociales (Twitter y Facebook).</p> <p>En coordinación con la Secretaría de Salud, las actividades institucionales relacionadas con la atención médica se proyectan a través de entrevistas con médicos especialistas en medios masivos de comunicación tales como: radio, TV, medios impresos y electrónicos con el objetivo de enviar mensajes de salud de manera masiva.</p>	Dirección de Planeación Estratégica.	

22	Banco de leches.	Se realizó el registro del proyecto de inversión "Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México 2016", en la Cartera de la Unidad de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público".	Dirección Médica. Dirección de Planeación	Además, se están tramitando, a través del Patronato del Hospital, los fondos para poder establecer un lactario.
23	Modelo de intervención en periodos críticos del embarazo.	A través de la aplicación del Código Mater se atendió puntual y eficazmente las emergencias obstétricas de 41 pacientes.	Dirección Médica.	
24	Programa de vigilancia de la menopausia (PROVIME).		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
25	Referencia y contrarreferencia concertada		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa; sin embargo, se encuentra en desarrollo un programa de referencia de pacientes quirúrgicos con el Hospital Juárez Centro. Por otra parte, la CCINSHAE solicitó un catálogo de los servicios con los padecimientos que se pueden atender y los requerimientos de dicha atención.
26	Centro toxicológico.	Durante el primer semestre de 2016, el Centro Toxicológico otorgó atención a: <ul style="list-style-type: none"> • 100 pacientes en el servicio de Urgencias • 63 pacientes hospitalizados • 459 asesorías telefónicas • Aplicación de 43 antídotos, antivenenos y faboterápicos • Seis traslados en helicóptero 	Dirección Médica.	
27	Visita a domicilio.		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
28	Médico de familia.		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
29	Programa de cuidados paliativos	Se integró a la Clínica de Dolor una anestesióloga especialista en Cuidados Paliativos, para iniciar los trabajos, principalmente de pacientes oncológicos terminales.	Dirección Médica.	

30	Comité permanente de certificación.	El 3 de mayo de 2016, se presentó en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente la alineación del modelo de calidad con enfoque hacia la certificación, bajo los estándares del Consejo de Salubridad General 2015.	Dirección de Planeación Estratégica.	
31	Fomentar el autocuidado y la medicina preventiva.	El servicio de Medicina Preventiva es la que se encarga de prevenir las enfermedades, mediante la aplicación de biológicos. El personal pasante de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud con sede en el Hospital, efectuaron pláticas a pacientes y familiares para fomentar el autocuidado.	Dirección Médica.	
32	Programas enfocados hacia el empleado y su familia.	Se cuenta con el convenio con la Federación de América Latina y el Caribe de Clubes, Centros y Asociaciones UNESCO (LACFUCA), para becas a los hijos de los trabajadores del Hospital para participar en el programa de responsabilidad infantil. Evento del día de las madres que con la plática sobre "El papel de la Madre en la historia de México" y concierto de boleros.	Dirección de Planeación Estratégica.	
33	Alianza médica para la salud.		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
34	Hospital Seguro.	Durante abril de 2016, se realizó la aplicación de la cédula de evaluación "Capacidad Funcional de Hospital Seguro", a las instalaciones del Hospital Asimismo, se solicitó a la Secretaría de Gobernación, una visita para la promoción y seguimiento de los cinco programas internos: 1. Programa de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Disposiciones de normas de seguridad y programas especiales. 3. Programas de capacitación. 4. Plan de alertamiento de emergencia. 5. Plan de capacitación.	Dirección de Planeación Estratégica.	

		Derivado de ello, se realizó una evaluación el 28 de junio de 2016, quedando como evidencia el acta DCS-001-16. Además, se solicitó a la Dirección General y Coordinación Nacional de Protección Civil, realizar una visita de diagnóstico para la evaluación de Hospital Seguro.		
35	Hospital Verde.	Se continúa a la espera de recibir los lineamientos para su implementación.	Dirección de Administración.	
36	Simulacro de robo de infante.	Durante el periodo de reporte, no se realizaron simulacros de robo de infante.	Dirección de Planeación Estratégica.	
37	CECADET-UNAM.	Durante el primer semestre de 2016, no se realizaron prácticas quirúrgicas con especímenes humanos, debido a que la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional no los ha proporcionado por modificaciones en la reglamentación.	Unidad de Enseñanza y Dirección de Investigación.	
38	Promoción de la investigación científica	Como actividad primordial de la Dirección de Investigación, se encuentra la promoción de la investigación clínica hacia los servicios Hospitalarios, por lo que al primer semestre de 2016, se realizó el Curso de Metodología de la investigación científica, con la finalidad de colaborar en la realización de las diferentes tesis de especialidad de los médicos residentes.	Dirección de Investigación.	
39	Protocolos y proyectos Interinstitucionales (incluye Universidades y Escuelas de Educación Superior)	Al primer semestre de 2016, se contó con 61 protocolos de investigación vigentes, de los cuales 19 son proyectos de investigación vinculados con otras instituciones.	Dirección de Investigación.	
40	Protocolos internacionales	Durante el primer semestre de 2016, se contó con un protocolo de investigación vigente en colaboración con la Universidad "Queen Mary" de Londres.	Dirección de Investigación.	

41	Aplicar la Ética Médica	<p>El Hospital mantiene un compromiso permanente con la Ética y la Bioética.</p> <p>Se cuenta con tres Comités: Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioética Clínica y Comité de Ética para los trabajadores, dependiente de la Secretaría de la Función Pública, mismos que funcionan normalmente bajo sus respectivos estatutos autorizados.</p>	Dirección de Investigación y Dirección Médica.	
42	Revista periódica	<p>El Hospital no cuenta con una revista propia para la difusión de resultados de sus investigaciones. No obstante, la Sociedad Médico-Quirúrgica cuenta con su revista con más de 100 años de existencia, indexada en Imbiomed, en la cual se publica gran parte de las investigaciones clínicas realizadas en la Institución. El complemento de las publicaciones, se envían a revistas internacionales de las diferentes especialidades.</p>	Dirección de Investigación y Dirección de Planeación Estratégica.	
43	Área de Comunicación Social	<p>En cuanto a la difusión y salida a medios de comunicación, se efectuaron 116 entrevistas de las cuales: 51 de televisión, 26 de radio, nueve para medios impresos y 30 para boletines y portales Web, a diferentes medios de comunicación y electrónicos como: (Noticieros Televisa, TV Azteca, El Universal, Efekto TV, Radio IMER, Periódicos, Revistas, Boletín Informativo y Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud).</p> <p>Se realizaron dos ruedas de prensa sobre Trasplante Renal Cruzado y Reconstrucción plástica y maxilofacial de una paciente con quemaduras.</p> <p>Con respecto a campañas institucionales, se realizaron seis sobre eventos y servicios específicos: Día de la enfermera, Súper Día del Niño, Día de las madres, Día</p>	Dirección de Planeación Estratégica.	

		<p>naranja a favor de la no violencia contra las mujeres, Ceremonia de clausura de actividades de residentes, Día del donante.</p> <p>En cuanto a relaciones públicas, mediante la gestión con el Voluntariado de la Secretaría de Salud, se establecieron los círculos de apoyo con las fundaciones: "Iluminando con amor", "Risaterapia", "Vida nueva para tu salud", "Con ganas de vivir" y "Contigo Leo".</p> <p>El Patronato del Hospital Juárez de México, Grupos voluntarios y personal del Hospital, realizaron el evento del "Súper Día del niño" el 29 de abril en las instalaciones del Hospital.</p> <p>Se apoyó a las áreas y servicios de Hospital en el diseño e impresión de soportes gráficos: carteles, identificadores, banners, trípticos y dípticos para eventos internos; así como en la gestión del voceo para la difusión de las actividades. Se cubrieron mediante fotografía y video 23 sesiones médicas del Hospital.</p>		
44	Hospital 100% libre de humo de tabaco	<p>Se realizó la campaña de salud, para la realización de espirometrías por parte del Servicio de Inhaloterapia del Hospital Juárez de México.</p> <p>Se elaboró un Banner, nota para redes, boletín informativo y reportaje para agencia de Notimex y su difusión en pantallas del Sistema de Transporte: Metrobus con motivo del Día Mundial de No Fumar.</p>	Dirección de Administración y Dirección de Planeación Estratégica.	
45	Página Web	<p>Se realizó la actualización y homologación de la Sección de Transparencia en lo referente a Transparencia, Normatividad, Comité de Información, Transparencia Focalizada, Indicadores de Programas Presupuestarios, Recomendaciones dirigidas al Hospital Juárez de México, Estudios y Opiniones,</p>	Dirección de Planeación Estratégica.	Al primer semestre de 2016, se cumplió con el 69.2% de las Actividades de la Guía de Transparencia 2016, emitida por la Secretaría de la Función Pública.

		<p>Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana. Se desarrolló y validó el buzón electrónico de quejas, sugerencias y reconocimientos. Se llevó a cabo la publicación de ocho licitaciones, tres en la sección del Comité de Mejora Regulatoria Interna y ocho encuestas (gastos catastróficos, donación de sangre, cita para elaboración de estudio socioeconómico, tabulador de cuotas, contratos, estadísticas, solicitudes de información y calidad). Actualización de información del COMERI y POBALINES.</p>		
46	Universidad del paciente		Unidad de Enseñanza.	No aplica para la institución.
47	Aval ciudadano	<p>Se realizó la evaluación de ocho indicadores aplicables al Trato Digno, donde la Institución se declaró avalada con un 77.7% de índice de satisfacción. Asimismo, el Cuerpo de Gobierno firmó la primera carta compromiso correspondiente al primer cuatrimestre de 2016, en la cual se establecieron cuatro acuerdos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el tiempo de espera en consulta. 2. Supervisión de la limpieza de los sanitarios de urgencias y entrada principal. 3. Señalizaciones visibles para trámites y servicios. 4. Mejorar el trato digno a pacientes y familiares. 	Dirección de Planeación Estratégica.	
48	Programa KARDIAS		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
49	Programa AIDE		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
50	Programa PREMIO		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
51	Programa PROTÉGEME		Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
52	Programa PROTÉGETE		Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica.	El Hospital no tiene implementado este programa.

1.2 Avances y logros por Estrategia y línea de acción del Programa Institucional 2015-2020.

En la siguiente tabla, se muestra el avance de cumplimiento de las líneas de acción que fueron comprometidas para el primer semestre de 2016.

Estrategia 1 Calidad y Seguridad	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
1.1.1 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores.	<p>Se cuenta con un grupo definido para dar atención a los incidentes de violencia hacia los trabajadores y su seguimiento respectivo. Dentro del plan de abordaje a la violencia, se realizó un taller impartido por la Unidad de Salud Mental como prototipo de los que se realizarán con personal de enfermería. Se aplicaron cuestionarios para evaluar en el personal del Hospital la incidencia de violencia contra los trabajadores.</p> <p>Se cuenta con módulos de vigilancia en las principales entradas del Hospital que garantizan el control de ingreso de familiares y visitantes.</p> <p>Se cuenta con el formato para el reporte de agresiones al personal identificado con el número T-200-01. En cuanto a la capacitación para prevenir la violencia entre y hacia los trabajadores, ésta iniciará en el segundo semestre de 2016 con el área de enfermería.</p>
1.1.11 Disminución de los Incidentes Infecciosos Asociados a la Atención de la Salud (IAAS).	<p>Con el propósito de continuar con el abatimiento de los Incidentes Infecciosos Asociados a la Atención de la Salud, se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se difundió para su conocimiento y aplicación la NOM-045-SSA2-2005 de manera impresa y por correo electrónico, a las Divisiones médicas y la Jefatura de Enfermería. • Difusión a través del voceo de la frase "Cumpla con precauciones estándar desde el primer contacto con el paciente independientemente de su diagnóstico" durante los tres turnos. • Se continúa con el programa permanente de lavado de manos. Se capacitó a médicos residentes de nuevo ingreso, médicos internos de pregrado, al personal de los servicios de Hematología, Trabajo Social y Farmacia Hospitalaria; y a pacientes y familiares. • En el marco de la Celebración del Día Mundial del Lavado de Manos, se dio capacitación a un total de 1,525 trabajadores. • Se continúa presentando un video promocional al inicio de cada una de las sesiones generales del Hospital. • Se supervisa el adecuado aislamiento de pacientes, para contribuir a abatir las infecciones asociadas a la salud. • Se realizaron dos reuniones para la revisión del Procedimiento para aislar pacientes. • Se elabora el reporte diario de los pacientes aislados y el monitoreo de las PVT. • En el laboratorio de Microbiología se detectan las cepas hospitalarias de gérmenes multirresistentes productores de Carbapenemasas, para establecer medidas de control estricto de aislamiento y seguimiento de éstas. • Se refuerza diariamente el uso de la solicitud de antimicrobianos controlados para notificar las IAAS. • Se continúa impulsando el reporte por parte de los médicos, de los Incidentes Infecciosos Asociados a la Atención de la Salud. • Se realiza un análisis de riesgos, por cada una de las infecciones, identificando un manejo inadecuado de la ropa en Lavandería. • Se continúa supervisando la correcta aplicación de los paquetes de medidas preventivas, a través del llenado de los formatos de registro de medidas para prevenir neumonías asociadas a ventilador. • Se detectó que el lavado de la cavidad oral con clorhexidina es irregular en algunos servicios, por lo que se están implementando acciones de mejora. • Se autorizó la adquisición de tubos endotraqueales para la aspiración de secreciones subglóticas en las Unidades de Cuidados Intensivos. • Se monitorean los paquetes de medidas preventivas para bacteremias, infecciones de vías urinarias y de sitio quirúrgico, específicamente prótesis.

Estrategia 1 Calidad y Seguridad	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
	<ul style="list-style-type: none"> • Por parte del COCASEP y a través del área de Calidad y Seguridad se llevó a cabo la primera detección de riesgos en las áreas de Comedor y de Central de Esterilización y Equipos (CEYE). • Los indicadores se determinaron de acuerdo a la colaboración iniciada con la Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales INICC.
1.1.15 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	<p>Durante el primer semestre del año, se llevó a cabo una revisión de los cursos impartidos en 2015, en materia de trato digno. De la evaluación del contenido, se desprendió la reestructuración de temas, dando prioridad a la incorporación de herramientas prácticas aplicables en la atención al público.</p> <p>Del análisis de la población que asistió a los cursos durante 2015, se determinó que no había un público objetivo definido y que el personal de atención de primer contacto con el paciente no había asistido a dichas capacitaciones.</p> <p>Para el segundo trimestre de 2016, se impartió el primer curso con el nuevo contenido temático y una plantilla modificada de profesores, acorde a los objetivos definidos.</p> <p>Además, se continuó con la medición de los indicadores de trato digno del programa "Aval Ciudadano", donde se avalaron los rubros en relación al trato recibido, el tiempo de espera, la interacción médico paciente y la información recibida sobre su padecimiento y tratamiento; permitiendo la medición y mejora continua de los niveles de satisfacción del usuario.</p>
1.1.16 Consolidar y evaluar la Farmacia Hospitalaria.	<p>Con la finalidad de consolidar a la Farmacia Hospitalaria en el Hospital y garantizar el abasto mínimo del 99% en material de curación y medicamento, se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se supervisa la dispensación en unidosis de medicamentos y material de curación en los carros rojos, y en los servicios de Quirófano y Tococirugía. • Se cumple con la normatividad vigente en la entrega de medicamentos controlados. • Se está trabajando para iniciar el uso de dispensadores en áreas críticas. • El Quirófano cuenta con un sub-almacén para el abasto de medicamentos, el cual funciona adecuadamente 24/7. • El grupo multidisciplinario de evaluación de insumos y medicamentos de la farmacia hospitalaria subrogada del Hospital, verifica la calidad de los insumos suministrados con la finalidad de que cumplan con la eficacia esperada para la seguridad del paciente. • El personal de la Coordinación de Farmacia Hospitalaria, valida diariamente las solicitudes de consumo de material de curación y medicamentos por servicio, con la finalidad de pagar correctamente al proveedor. • Conjuntamente con el servicio de Farmacovigilancia del Hospital, se revisan los casos de reacciones adversas por medicamentos. • Se otorga capacitación continua a profesionales de la salud del Hospital en el funcionamiento de la Farmacia Hospitalaria subrogada. • Se realizó una auditoría por parte del Órgano Interno de Control a la Farmacia Hospitalaria subrogada, resultando únicamente una observación relacionada al Manual de Organización del área.
1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo.	<p>Como parte del proyecto para Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo en el Hospital, se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se reforzó el trabajo del servicio de Obstetricia con los médicos de Medicina Materno-fetal, mediante la impartición de los temas "Control Prenatal con Enfoque de Riesgo", "Reducción de la Frecuencia de la Operación Cesárea" y "Detección y Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo", en las cuales asistieron médicos adscritos a los servicios de Ginecología y Obstetricia. • Se da seguimiento a pacientes del Hospital con embarazo de alto riesgo, con la finalidad de lograr una resolución del embarazo satisfactoria
1.1.18 Reestructura de auditorías internas.	<p>Durante febrero y marzo de 2016 se capacitaron a 43 trabajadores de áreas clínicas y administrativas sobre la metodología de auditoría clínica. Se estructuró el equipo de trabajo con personal de diferentes disciplinas y se consolidó el primer ejercicio de auditoría clínica con la metodología que estableció la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, con el tópico de "Instalación de catéter venoso central en pacientes oncológicos adultos"; mismo que se encuentra en su primera fase de auditoría clínica.</p>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
1.2.1 Desarrollo del tablero gerencial de indicadores de calidad y seguridad.	<p>Se cuenta con un tablero de indicadores hospitalarios en red, en el cual se agrupan los indicadores de la Numeralia, Presupuestales y de Gestión. Esta herramienta se encuentra en la Intranet del Hospital, compartida con usuarios del área Médica, Investigación, Enseñanza, Administración y Planeación Estratégica; quienes alimentan mensualmente el tablero con la finalidad de analizar los resultados y de ser necesario se implementen oportunamente acciones correctivas.</p> <p>Se solicitó al Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), mejorar la "Carpeta de indicadores hospitalarios" que se encuentra alojada en la Intranet con la finalidad de contar con seguridad en la información y una mejor gestión de usuarios que accesan a ella.</p>
1.2.2. Sistematización del funcionamiento de los Comités Hospitalarios.	<p>Se realizaron reuniones de trabajo con los Directores de área, con la finalidad de hacer un análisis de los comités hospitalarios existentes y revisar su funcionalidad.</p> <p>Se llevó a cabo la reestructuración de los mismos de acuerdo a las necesidades del Hospital y la normatividad vigente. Asimismo, se elaboraron y establecieron los lineamientos de organización y funcionamiento de los Comités hospitalarios.</p> <p>Durante el segundo semestre se implementará una herramienta para el seguimiento de los comités.</p>
1.2.3. Certificación como Hospital Seguro.	<p>Con la finalidad de iniciar con el proceso para la certificación del Hospital Juárez de México como Hospital Seguro, se solicitó a la Secretaría de Gobernación, una visita de evaluación y seguimiento de los cinco programas internos (Programa de mantenimiento preventivo y correctivo, Disposiciones de normas de seguridad y programas especiales, Programas de capacitación, Plan de alertamiento de emergencia y Plan de capacitación) que coadyuvan a una edificación resistente y habitable para salvaguardar al personal médico, de enfermería, pacientes, familiares, trabajadores y visitantes.</p> <p>Dicha evaluación se realizó el 28 de junio de 2016, quedando como evidencia el acta de visita en la cual señalan los hallazgos del recorrido; misma que permitió elaborar un programa de trabajo, coordinado por la Dirección de Planeación Estratégica, la División de calidad y Apoyo a la Atención, el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente y el Área de Protección Civil.</p> <p>En abril de 2016, se aplicó en el Hospital la cédula de evaluación en el apartado "Capacidad Funcional de Hospital Seguro".</p> <p>Se solicitó a la Dirección General y Coordinación Nacional de Protección Civil, una visita de diagnóstico de Hospital Seguro, la cual está programada para el segundo semestre de 2016.</p>
1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad.	<p>En mayo de 2016 se realizó la primera sesión ordinaria del COCASEP, en la cual se comentó la alineación de los ejes de Calidad y Seguridad del Paciente basados en el Programa de Trabajo de la Dirección General, en el cual se cita la Certificación del Hospital por el Consejo de Salubridad General bajo el modelo de estándares 2015, el cual considera dentro de sus alcances los ejercicios de auditoría, además de valorar la estructura de un equipo multidisciplinario con enfoque estratégico y táctico para asumir el liderazgo de los capítulos que se señalan en el Modelo del Consejo de Salubridad General.</p> <p>Uno de los pilares de mayor impacto para lograr la certificación del CSG es el control de los eventos adversos con enfoque proactivo, por lo que durante el primer semestre de 2016 se identificaron áreas de oportunidad en el mecanismo de reporte. En este sentido, se inició con la reestructura del equipo multidisciplinario para el análisis de los eventos adversos. Además de gestionar la vinculación de las tres fuentes del reporte correspondientes al área de enfermería, área médica y el observatorio; con la finalidad de sistematizar el registro en un solo banco de datos.</p>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
2.1.1. Vinculación en la investigación clínica y básica	<p>Se coordinaron 18 seminarios de investigación con los Investigadores en ciencias médicas, médicos y todo el personal de la salud interesado del Hospital, para diseñar nuevos proyectos de investigación. Asimismo y con la finalidad de elevar la calidad científica y aumentar la probabilidad de aceptación se generaron reuniones de trabajo con los investigadores en ciencias médicas para discutir cinco pre-propuestas de proyectos de investigación, las cuales fueron enviadas a la Convocatoria del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE-CONACY, logrando al primer semestre que dos pre-propuestas fueran aceptadas en la primera etapa, quedando en espera de resultados favorables. Además, se logró financiamiento de un protocolo en la convocatoria del Fondo SEP-CONACyT (CB201401-242506).</p> <p>Dentro de la actividad, impulsar la difusión de los resultados de las investigaciones realizadas dentro y fuera del Hospital, los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores, presentaron sus trabajos de investigación en congresos (Experimental Biology 2016 Meeting, San Diego, CA, EU; 76 th American Diabetes Association, New Orleans, LA, EU; II Congreso Internacional de Promoción de la salud, La Habana, Cuba; Journal of Clinical Rheumatology, PANLAR , Panamá; Annual European Congress of Rheumatology, Londres, Inglaterra).</p>
2.1.4 Priorización de temas estratégicos y publicaciones científicas de alto impacto	<p>Se fomentó el desarrollo de protocolos de investigación con grupos multidisciplinarios, se iniciaron cinco protocolos de investigación multidisciplinarios, alineados a las prioridades nacionales de salud. No obstante, durante el primer semestre de 2016, se tienen 19 protocolos vigentes en colaboración con diferentes instituciones y universidades, entre las que destacan la Facultad de Medicina, UNAM, la Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, el Instituto de Química, UNAM y el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p>
2.2.1. Actualización, Capacitación y Desarrollo. (ACCADE).	<p>Se elaboró un análisis de oferta y demanda de los cursos por parte del Hospital y de Instituciones de salud, tomando en cuenta dos vertientes para la educación continua: al interior propiciar en su personal el desarrollo de competencias y habilidades para una atención acorde a la complejidad de los padecimientos de las personas que se atienden, y por otro, explotar el potencial profesional que le ha situado en un lugar privilegiado en la enseñanza en salud a nivel nacional y contribuir a la actualización de profesionales de salud de otras instituciones.</p> <p>La Unidad de Enseñanza está trabajando en el desarrollo del Programa Académico de Actividades 2017 considerando los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación.</p>
2.2.8 Sesiones académicas interdisciplinarias.	<p>Con la finalidad de conocer experiencias de otras instituciones de salud en las distintas disciplinas, se elaboró un programa académico interinstitucional para 2016 en el que se consideran temas de interés general para los profesionales y técnicos del Hospital; el cual fue aprobado por la Dirección General del Hospital Juárez de México.</p> <p>De las nueve sesiones consideradas en el programa académico, durante el periodo de reporte se efectuaron cinco de ellas: "Obesidad, un reto global", "Epidemiología, prevención y control de las infecciones nosocomiales en países con recursos limitados: Experiencia de INICC", "Mutaciones del gen AIP en acromegálicos mexicanos y el gigante de Tampico", "Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales" y "Avances y retos del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)".</p>
2.2.9 Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación.	<p>Con el propósito de mejorar la detección de necesidades de capacitación acorde a los requerimientos del personal y de la Institución se alojó en la Intranet del Hospital la Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), además de instalar un kiosko dentro del Hospital para ampliar la accesibilidad y facilitar el llenado de la encuesta; y se envió de manera impresa, para fortalecer la participación del personal del Hospital.</p>
2.2.10 Oferta al personal en inglés, habilidades gerenciales, diplomados y maestrías.	<p>Se presentaron tres propuestas de instituciones académicas que imparten cursos de inglés, a la Dirección de Administración, para su autorización; además se realizaron las gestiones correspondientes ante el Patronato del Hospital para la obtención de recursos.</p> <p>En el primer semestre de año iniciaron 11 diplomados y cuatro maestrías que actualmente están en desarrollo.</p> <p>Los diplomados están orientados al desarrollo de competencias y habilidades que permitan mejorar el diagnóstico y el tratamiento de padecimientos complejos, competencias relacionadas con la gestión de los servicios y conocimientos y herramientas para la investigación, lo que tendría un beneficio en la atención de las personas que son atendidas en este Hospital y otras instituciones de salud.</p>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
	<p>Los diplomados son: "Diplomado especializado en gerencia y certificación médica", "Diplomado en docencia. Herramientas indispensables para la enseñanza", "Diplomado en ultrasonografía diagnóstica", "Diplomado de actualización profesional en cirugía especializada en reconstrucción mamaria", "Diplomado en histeroscopia", "Metodología de la investigación, aspectos bioéticos para personal de enfermería", "Diplomado en toxicología clínica de fin de semana", "3er. Diplomado gestión y tecnología para el cuidado de heridas y estomas", "El profesional de enfermería favoreciendo el neurodesarrollo neonatal", "Diplomado de administración y desarrollo gerencial de los servicios de salud" y "Diplomado en histeroscopia".</p> <p>En el periodo que se reporta, continúan las dos maestrías en "Ciencias de la Salud", impartidas por docentes del Instituto Politécnico Nacional y del Hospital Juárez de México, con una asistencia de seis alumnos en cada una de ellas, de las áreas de Oftalmología, Alergología e Investigación; y una más que inició en febrero de 2015, con una asistencia de seis participantes de las áreas de la Unidad de Apoyo Nutricio, Dirección de Investigación y Consulta Externa.</p> <p>Además, la maestría en Administración de Hospitales, con la participación de 13 asistentes de las áreas de Enfermería, Ortopedia, Cirugía Cardiovascular y Anestesiología, impartida por docentes de la Universidad Chapultepec.</p>

Estrategia 3 Administración Eficiente	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	<p>Con la finalidad de fortalecer los procesos de contratación y seguimiento de contratos, el Departamento de Abastecimiento brindó capacitación en el tema de normatividad de contrataciones a 35 servidores públicos de las áreas de Ginecología, Cirugía General, Obstetricia, Dermatología, División de Cirugía, Medicina Nuclear, Medicina Interna, Banco de Sangre, Neurocirugía, Endocrinología, Cardiología, Otorrinolaringología, Laboratorio Clínico, Dirección Médica, Hematología, Biomédica, Urología, Hemodinamia, Terapia Intensiva Pediátrica, Oncología, Patología, Rayos X, Conservación y Mantenimiento y CIIMEIT.</p> <p>Cabe señalar, que al periodo que se informa no se han generado subejercicios, derivado del ejercicio eficiente del presupuesto.</p>
3.1.3 Actualización de tabulador de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias.	<p>Con la finalidad de contar con una eficiente captación de cuotas de recuperación que permita a la Institución cumplir con los compromisos en el suministro de bienes y servicios, se tiene contemplado capacitar a los Jefes de Servicio del área médica en la actualización de sus claves de cobro por los servicios prestados.</p> <p>Asimismo, se está trabajando en la actualización de los costos de las 1,437 claves incluidas en el Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente.</p>
3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas.	<p>Con el propósito de contar con una mayor cantidad de recursos económicos que le permitan a la Institución hacer frente a sus compromisos por la contratación de bienes y servicios, se cuenta con el Convenio de colaboración en materia de prestación de servicios a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica.</p> <p>Actualmente, se tienen registradas 114 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).</p> <p>Se llevó a cabo una reunión de trabajo entre la Delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital, para celebrar un convenio por la "Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico".</p>

Estrategia 3 Administración Eficiente	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización.	Con la finalidad de contar con una torre de especialidades médicas que permita ofrecer una atención moderna e integral a través de clínicas multidisciplinarias que vuelvan eficientes los procesos y prevengan riesgos y eventos adversos en los pacientes; se cuenta con el estudio de mobiliario y equipo), y registrar el proyecto en la cartera de Inversión de la SHCP.
3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.	Se cuenta con la propuesta de reparación por ingeniero estructurista con base en estudio de mecánica de suelos. Se cuenta con catálogos de conceptos. Se envió al Director General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) el Programa de Mantenimiento del Estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016, para su registro en la Cartera de Inversiones de la SHCP. El Director General de Programación, Organización y Presupuesto notificó que el "Programa de mantenimiento del estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016" cuenta con observaciones que se deben atender para continuar con la gestión. (Anexo electrónico RO-01/2016-3). Se envía al Director General de Programación, Organización y Presupuesto, el "Programa de mantenimiento del estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016" corregido y solicita la gestión para el registro en cartera de inversión.
3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	Con el propósito de poner en operación un acelerador lineal que benefició a los pacientes oncológicos que actualmente reciben tratamiento mediante bomba de cobalto 60; se elaboró el proyecto médico- arquitectónico para ser registrado en cartera de Inversión de la SHCP. Asimismo, se envió el proyecto denominado "Adquisición de un Acelerador Lineal para el área de Oncología del HJM" para su revisión por parte de la Comisión Nacional de Protección en Salud. Se continúa trabajando en los requisitos para su inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura con la finalidad de registrarlo en cartera de inversión de la SHCP.

Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
4.1.2 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – culturales.	Se realizaron las gestiones con la escuela de Enfermería y con los residentes para la organización del evento conmemorativo al día de muertos, y que la Escuela de Enfermería tradicionalmente realiza un evento cultural, se tomó la decisión de organizarlo de manera conjunta con la participación de los residentes nacionales y extranjeros, con una particularidad en la que estos últimos pudieran plasmar las tradiciones del día de muertos en su país.
4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – inglés.	Se presentaron tres propuestas de instituciones educativas que ofertan cursos de inglés a la Dirección de Administración, para autorización de presupuesto, además de realizar las gestiones correspondientes ante el patronato del Hospital, para la obtención del recurso.

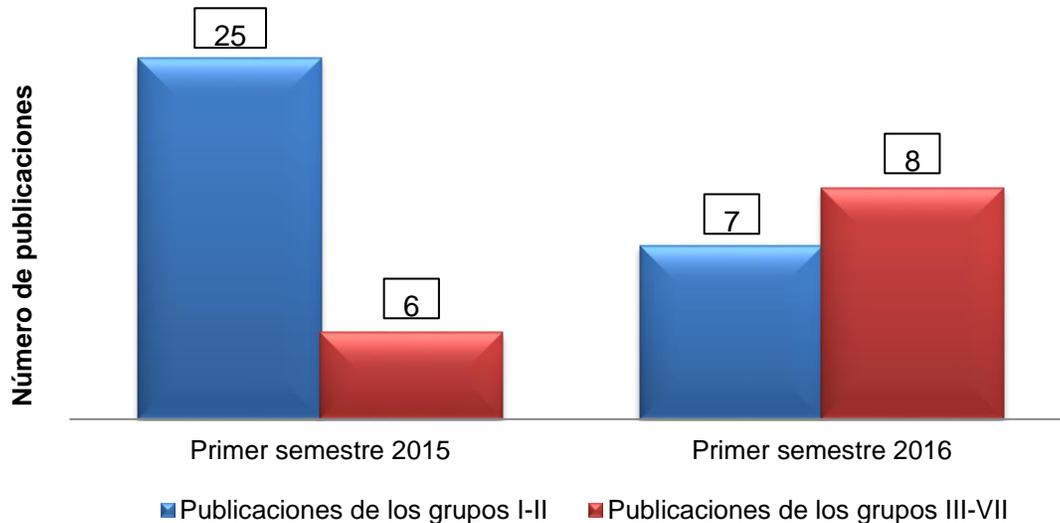
Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
5.1.1 Transparencia Proactiva.	<p>Se realizó un análisis de la estadística de las peticiones de 2014 y 2015, dando como resultado que de un total de 475 solicitudes de información, 110 solicitudes fueron relacionadas a estadísticas generales.</p> <p>Derivado del análisis realizado a las solicitudes de información, se detectaron cuatro temas referentes a estadísticas, solicitudes de información, contratos y las cuotas de recuperación; los cuales fueron publicados en el Apartado de Transparencia Focalizada del portal institucional. Así como los temas de gastos catastróficos, cita para donación de sangre y cita para elaboración de estudio socioeconómico.</p> <p>La Unidad de Transparencia colabora con el grupo de trabajo de Datos Abiertos, a cargo del CIIMEIT, con la finalidad de establecer la estructura de los temas a publicar en la plataforma web en www.gob.mx</p>
5.2.1 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - medios digitales.	<p>Se cuenta con un manual de contención de riesgos que define quienes son los voceros autorizados para hablar ante los medios de comunicación, en caso de emergencia o ante una crisis en medios.</p> <p>Durante el segundo semestre de 2016, se tiene considerado capacitar como voceros, a un grupo de Directores de área y Jefes de división del Hospital.</p> <p>Con la finalidad de generar sinergia con las distintas áreas del HJM a fin de acompañar a los organizadores en el proceso de promoción de los eventos y divulgación de las acciones realizadas a nivel masivo, el área de Comunicación Social realiza entrevistas a los titulares de cada evento y se envía boletín para su difusión en medios masivos. Además, durante los eventos, se realiza cobertura periodística y se publica diariamente en el Blog oficial de la Institución.</p> <p>Con el propósito de fortalecer la imagen institucional en la página Web, se publican y actualizan notas periodísticas sobre actividades institucionales académicas y culturales. También, notas sobre promoción de la salud y casos médicos relevantes.</p>
5.2.2 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas.	<p>Con el objetivo de aumentar la presencia en medios masivos de comunicación para generar una imagen positiva del HJM en la opinión pública a partir de la difusión de sus acciones y programas, Comunicación Social ha gestionado espacios fijos para la promoción de la salud en medios masivos como: "Capsulas de Salud", en la Estación de radio Radiorama y en la televisora Efecto TV, los cuales se transmiten semanalmente.</p> <p>Además, se participa quincenalmente con la Televisora TV AZTECA con reportajes sobre distintos temas de salud y en la cápsula "Ayudemos México", lo que permite posicionar al hospital como referente en calidad de la atención entre pacientes y en el Sector Salud.</p>
5.2.3 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos.	<p>Con el objetivo de minimizar riesgos para los usuarios del Hospital, se elaboró el programa denominado "Amigos del Juárez", el cual considera tener un control de los grupos voluntarios que participan en el Hospital, concentrar las acciones de los voluntariados y regular la interacción de estos grupos con pacientes y familiares del Hospital Juárez de México.</p>
5.2.4 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - cultura de calidad	<p>Con el propósito de establecer canales de comunicación efectivos para el personal del Hospital y difundir la cultura de calidad y seguridad en el paciente, se realizó la cobertura periodística de 21 eventos y actividades institucionales relacionadas con el tema, para su publicación el blog institucional y las redes sociales.</p>
5.2.5 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - satisfacción laboral.	<p>Con el objetivo de generar actividades que promuevan la integración, trabajo en equipo, sentido de pertenencia y satisfacción laboral se llevaron a cabo las siguientes campañas internas y actividades en redes sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día Naranja. Campaña mensual para la promoción de la no violencia contra las mujeres y las niñas en el Hospital Juárez de México. • Semana del Lavado de Manos. Se realizó la imagen institucional de la campaña con el slogan "Salva Vidas lávate las manos", así como los soportes gráficos que se utilizaron (lonas, botones y banners para redes sociales). • Día de la felicidad en el trabajo. Se promovieron actividades lúdicas con el Cuerpo de Gobierno para fomentar el amor por el trabajo y la actitud positiva. • Día de la Mujer. Se realizaron separadores, carteles y banners con el lema "Por un planeta 50-50, demos el paso" para promover la equidad de género en la institución en el marco del Día internacional de la Mujer.

Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología	
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er Semestre 2016
	<ul style="list-style-type: none"> • Se generó la sección para Twitter y Facebook #JuárezenElTiempo con el objetivo de dar a conocer datos históricos del Hospital, su publicación es semanal lo que permite al personal conocer parte de su historia. • Reconocimiento y felicitación al personal por sus logros académicos y asistenciales en redes sociales. <p>Además, con la finalidad de crear y promover eventos que fortalezcan el trabajo en equipo y la convivencia, se realizaron los siguientes eventos culturales y conmemorativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día de las madres. Conferencia con el tema “El papel de la madre en la historia de México” y concierto de boleros dedicado a las madres trabajadoras del Hospital Juárez de México. • Concierto de Cri Cri. Concierto con el Coro de la Universidad del Claustro de Sor Juana bajo la Dirección de Oscar Gabilondo para pacientes y personal del Hospital con el objetivo de promover las expresiones artísticas de calidad. • Día del Donante de Sangre. Conferencias de sensibilización y actualización sobre la donación altruista de sangre y concierto de rock en la clausura del evento. • Concierto SIVAM. Espectáculo a cargo de la Sociedad Internacional de Valores de Arte Mexicano A.C. (SIVAM) para pacientes y personal del Hospital, con el objetivo de promover las expresiones artísticas de calidad. • Homenaje a una Vida de Servicio. Homenaje a médicos jubilados de gran trayectoria en el Hospital Juárez de México.
5.2.6 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - comunicación electiva	<p>A petición de la Unidad de Comunicación Social se presentaron en Conferencia de Prensa en la Secretaría de Salud dos casos de éxito a nivel nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conferencia de Prensa “Programa de Trasplante Renal Cruzado”, 29 de febrero de 2016. • Conferencia de Prensa “Microcirugía reconstructiva de cuello y mandíbula”, 27 de junio de 2016.
5.3.3 Implementación de un SGP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<p>El Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, realizó un análisis de procesos para determinar las necesidades para la implementación de un Sistema de Gestión de Pacientes (SGP), considerando para la primera fase a las áreas de Admisión Hospitalaria, Estadística, Archivo Clínico, Urgencias y áreas de Recursos Financieros; el cual permitió detectar los procesos administrativos (módulos) de cada una de éstas a incluir en el SGP.</p> <p>Se realizaron reuniones de trabajo conjuntamente con las áreas involucradas en el SGP, para determinar los requerimientos en cada módulo del aplicativo, revisar avances y hacer los cambios correspondientes para dar atención a la información de los nuevos indicadores hospitalarios de atención médica.</p> <p>Al periodo de reporte, se tiene un avance del 85%, en el desarrollo del código y modificaciones a la base de datos de la estructura del Sistema de Gestión de Pacientes. Este avance permitió capacitar en el uso de los módulos, a personal de Archivo Clínico y Admisión Hospitalaria.</p>

ASPECTOS CUALITATIVOS

INVESTIGACIÓN

1. Número de artículos



La gráfica muestra los artículos científicos realizados durante el primer semestre de 2015 y 2016 publicados por los investigadores en ciencias médicas con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores (SII), y del personal médico sin nombramiento en el SII.

El número total de publicaciones realizadas durante el primer semestre de 2016 fue de 15 artículos publicados de los grupos I a VII.

En la siguiente tabla se muestra el número total de publicaciones científicas realizadas en el Hospital.

Número de artículos científicos publicados

Participación	Tipo de publicación	Número de publicaciones	
		1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente	Grupos I-II	6	7
	Grupos III-VII	6	6
	Subtotal	12	13
Personal médico	Grupos I-II	19	0
	Grupos III-VII	0	2
	Subtotal	19	2
Total		31	15

Por parte de los de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) con nombramiento vigente, se publicaron un total de 13 artículos de los cuales; un artículo corresponde al grupo IV, cinco

al grupo III, cuatro al grupo II y tres al grupo I, logrando un incremento en un 8.3%, en el número de publicaciones grupos I al VII, con relación a lo alcanzado en el mismo periodo de 2015 que fue de 12 publicaciones.

Por parte de los médicos del Hospital, se publicaron dos artículos del grupo III, lo que representó una disminución en 9.5 veces el número de publicaciones con respecto al mismo periodo de 2015, en el cual se lograron 19 publicaciones del grupo I. Este resultado se debió a que la mayoría de los artículos del grupo I, se publican en la revista del Hospital Juárez de México la cual presenta un retraso editorial, lo que repercutió en la productividad de las publicaciones del personal médico. No obstante, para el segundo semestre de 2016, se regularizaran las publicaciones de la revista del Hospital Juárez de México.

2. Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).

Durante el primer semestre de 2016, el número de Investigadores en Ciencias Médicas y Directivos del área de Investigación y del área Médica con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas en el SII, fue de 19 mayor en un 5.8% con respecto al mismo periodo de 2015, periodo en el cual se cuenta con 16 investigadores. Este resultado obedece a que tres Jefes de División del área Médica ingresaron al SII con nombramiento ICM "A".

Además, una investigadora ICM "D" se jubiló; sin embargo, esto no impactó en los resultados debido a que una investigadora no vigente, logró su nombramiento ICM "B" en la convocatoria de ingreso, permanencia y promoción 2016. Cabe mencionar que una Investigadora ICM "A" logró su promoción a ICM "B", en dicha convocatoria.

En el siguiente cuadro se muestra la categoría de los Investigadores con nombramiento vigente en el SII:

Categoría	Número de investigadores con reconocimiento vigente	
	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
ICM A	2	4
ICM B	1	3
ICM C	9	9
ICM D	3	2
ICM E	0	0
ICM F	1	1
Total	16	19

Cabe destacar que durante el periodo de enero a junio de 2016, se logró regularizar tres plazas de Investigador en Ciencias Médicas de las cuatro que presentaban incongruencia con el nombramiento emitido por el Sistema Institucional de Investigadores.

3. Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII.

La productividad de artículos del grupo I-II por investigadores con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas, fue de 0.4 artículos por investigador, igual a la alcanzada en el mismo periodo de 2015.

4. Artículos de los grupos (III-IV-V-VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII.

Durante el periodo de enero a junio de 2016, el número de publicaciones en revistas de grupos III a VII / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII, fue de 0.3, mostrando una disminución en un 25%, con relación al 0.4 registrado en el primer semestre de 2015. A pesar del aumento en una publicación del grupo III a VII con respecto al mismo periodo de 2015, esto no impactó directamente en los resultados del indicador, debidio a la incorporación de tres investigadores del área Médica que lograron su nombramiento en el SII, lo que diluyó la productividad alcanzada.

5. Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII.

Durante el primer semestre de 2016, el número de publicaciones de los grupos III, IV, V, VI y VII, dividido entre el número de publicaciones de los grupos I-VII, fue de 0.5 publicaciones, manteniendo la misma relación que en el mismo periodo de 2015.

6. Sistema Nacional de Investigadores.

Durante el primer semestre de 2016, el número de investigadores con nombramiento por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue de 12, dos como "candidatos", nueve con nombramiento de "Nivel I" y uno con "Nivel II". Aunque es un investigador más perteneciente al SNI, con respecto al mismo periodo de 2015 (cuatro eran candidatos, cinco nivel I y dos nivel II), la distribución es diferente, no sólo en cuanto a las categorías, sino que tres de los que ahora se incluyen pertenecen al área médica y no tienen nombramiento de investigadores por el SII.

Es pertinente aclarar que en el presente año, dos ICM dejaron de pertenecer al SNI y una investigadora SNI II se jubiló, por lo que el aparente aumento en el número de investigadores pertenecientes al SNI no es real.

**Miembros acreditados por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI)
con nombramiento vigente por el SII**

Año/Nivel	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Candidato	4	2
Nivel I	5	9
Nivel II	2	1
Nivel III	0	0
Total	11	12

7. Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII.

La proporción de investigadores vigentes en el SNI con nombramiento en el SII entre el total de investigadores con nombramiento en ciencias médicas fue de 0.5 en el primer semestre de 2016, menor en un 28.5% con respecto al mismo periodo de 2015 que fue de 0.7, derivado de la incorporación de tres investigadores en Ciencias Médicas “A” que no pertenecen al SNI en el periodo.

8. Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI.

En el primer semestre de 2016, la proporción de publicaciones totales producidas en relación al número de investigadores con reconocimiento vigente en el SII e investigadores en el SNI, fue de 0.7, mostrando una disminución de nueve décimas porcentuales con respecto al mismo periodo de 2015 que fue de 1.6. Las causas de un resultado no favorable se debió a dos factores: la falta de publicaciones del grupo I en la Revista del Hospital Juárez de México, que presenta un retraso editorial y dos al incremento en el número de Investigadores con nombramiento en el Sistema Institucional de Investigadores, diluyendo la productividad.

9. Producción editorial.

En el periodo de reporte no hubo publicaciones de capítulos en libro, ni libros editados por parte de los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente.

10. Número de tesis concluidas.

Durante el primer semestre de 2016, se concluyeron ocho tesis de especialidad, una menos con relación al mismo periodo de 2015, en el cual se concluyeron nueve tesis.

11. Número de proyectos con financiamiento externo.

Durante el periodo de enero a junio de 2016, el número de proyectos de investigación vigentes que cuentan con financiamiento externo para su ejecución, fueron ocho, de los cuales cuatro son protocolos vigentes con la industria farmacéutica y cuatro son protocolos financiados con fondos del CONACyT; de ellos dos con el fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, uno con el fondo de Proyectos de Desarrollo Científico para Atender Problemas Nacionales y uno con el Fondo SEP-CONACyT. Lo que representó un aumento del 33% con respecto al mismo periodo de 2015 en el cual se contó con seis protocolos con financiamiento externo.

12. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.

Durante el primer semestre de 2016, una Investigadora en Ciencias Médicas del Hospital fue promovida en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) de categoría “A” a “B”, lo que significó una disminución en el número de premios, reconocimientos y distinciones con respecto al mismo periodo de 2015, en el cual se recibieron cuatro reconocimientos (promoción de categoría).

13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución.

Las 10 líneas de investigación sobresalientes en el primer trimestre de 2016, se listan a continuación:

1. **Obesidad y síndrome metabólico.** Esta línea de investigación estudia algunos aspectos de la genética molecular de la obesidad, en búsqueda de marcadores de susceptibilidad para identificar tempranamente a la población susceptible a desarrollar complicaciones como síndrome metabólico y diabetes tipo 2.
2. **Cáncer de mama.** El cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres por tumores malignos en el país y en el mundo, siendo un problema de salud pública. Existen varios factores de riesgo que intervienen en este proceso, entre ellos, los epigenéticos, que podrían ser un evento inicial en la transformación de células normales a malignas y al desarrollo del cáncer. En esta línea de investigación se buscan cambios epigenéticos en el genoma humano, que pudieran ser útiles como biomarcadores para el diagnóstico temprano de cáncer de mama.
3. **Cáncer cervicouterino.** La infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo persistente, es la causa de desarrollo de cáncer cervicouterino (CaCu). En esta línea de investigación, se estudia la relación entre oncoproteínas del VPH (genotipos 16 y 18) y las vías de señalización celular que participan durante el desarrollo de CaCu, así como algunos procesos inmunológicos relacionados con el desarrollo del CaCu.
4. **Enfermedades infecciosas e inflamación.** En esta línea de investigación se estudian los mecanismos de infección de diferentes microorganismos. Una sublínea se dedica a identificar los hongos oportunistas que afectan al ser humano, mientras que la otra sublínea se dedica a identificar las células que participan en el proceso inflamatorio en diversas patologías y sus características funcionales.
5. **Cáncer de próstata.** El cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial que se origina principalmente por el efecto que tiene el ambiente hormonal sobre la carga genética. La presencia de polimorfismos genéticos puede afectar la expresión de genes que participan en la regulación de la carcinogénesis. En esta línea de investigación, se buscan algunos polimorfismos que permitan identificar a aquellas personas que tengan un mayor riesgo a desarrollar cáncer.
6. **Diabetes tipo 2 (DT2).** La DT2 es el padecimiento con mayor morbimortalidad en nuestro país. En esta línea de investigación se estudia la genética molecular de la DT2 para la identificación de marcadores de susceptibilidad presentes en diferentes grupos etarios y étnicos para conocer si los mecanismos de susceptibilidad a DT2 en mexicanos difiere de otros grupos étnicos y también para identificar tempranamente a la población en riesgo.
7. **Retinopatía diabética.** La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera en edad productiva. El tratamiento estándar de la alteración más común de deficiencia

visual (edema macular) es la fotocoagulación, cuyo objetivo principal es detener la progresión del daño, pero en pocos casos mejora la visión. Esta línea de investigación determina, mediante tomografía de coherencia óptica, el efecto de la fotocoagulación sobre el área de mejor visión, además de evaluar intervenciones farmacológicas que complementen el tratamiento estándar y permitan mejorar la función visual.

8. **Accidentes y trauma ocular.** El traumatismo ocular es la causa más frecuente de ceguera monocular en el mundo y tiene la mayor prevalencia de secuelas en pacientes traumatizados manejados en el servicio de oftalmología. La línea de investigación identifica las características recurrentes en esta entidad para mejorar los resultados visuales después del manejo integral.
9. **Fitofarmacología.** En esta línea de investigación se estudia la genética toxicológica, específicamente la aplicación del método de Ames para la evaluación mutagénica y anti-mutagénica de fármacos y extractos de plantas medicinales.
10. **Enfermedades autoinmunes.** Esta línea tiene como objetivo identificar variantes genéticas, en especial polimorfismos de un solo nucleótido, que se relacionan con la susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes en pacientes mexicanos, inicialmente las que se asocian con susceptibilidad y gravedad de la artritis reumatoide (AR). Se han identificado diversos genes asociados a AR, que codifican proteínas relacionadas con inflamación y autoinmunidad.

14. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa.

Publicaciones de los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente.

Por parte de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM), con nombramiento vigente:

Grupo IV

1. **Ruiz-Pérez NJ**, González-Ávila M, Sánchez-Navarrete J, **Toscano-Garibay JD**, **Moreno-Eutimio MA**, Sandoval-Hernández T, **Arriaga-Alba M**. Antimycotic activity and genotoxic evaluation of Citrus sinensis and Citrus latifolia essential oils. Scientific Reports 2016; 3(6):25371.

Grupo III

2. Mendoza-Rincón JF, López-Cano D, Jiménez-Morales S, Rivas-Jiménez ML, **Barbosa-Cobos RE**, **Ramírez-Bello J**. The functional PTPN22 C1858T polymorphism confers risk for rheumatoid arthritis in patients from Central Mexico. Clin Rheumatol 2016; 03:1-6.
3. **Reyes-Hernández OD**, Palacios-Reyes C, Chávez-Ocaña S, **Cortés-Malagón EM**, Alonso-Themann PG, Ramos-Cano V, **Ramírez-Bello J**, **Sierra-Martínez M**. Skeletal manifestations of Marfan syndrome associated to heterozygous R2726W FBN1 variant: sibling case report and literature review. BMC Musculoskelet Disord 2016; 17(1):79.

4. Mendoza-Rincón JF, Rodríguez-Elias AK, Fragoso JM, Vargas-Alarcón G, Maldonado-Murillo K, Rivas-Jiménez ML, **Barbosa-Cobos RE**, Jimenez-Morales S, **Lugo-Zamudio G**, Tovilla-Zárate C, **Ramírez-Bello J**. MHC2TA and FCRL3 genes are not associated with rheumatoid arthritis in Mexican patients. *Rheumatol Int* 2016; 36(2):249-54.
5. Martínez-Herrera EO, **Frías-De-León MG**, Duarte-Escalante E, Calderón-Ezquerro MC, Jiménez-Martínez MC, Acosta-Altamirano G, Rivera Becerril F, Toriello C, Reyes-Montes MR. Fungal diversity and Aspergillus in hospital environments. *Ann Agric Environ Med* 2016; 23(2): 298–303.
6. Beltrán-Ramírez O, Mendoza-Rincón JF, **Barbosa-Cobos RE**, Alemán-Ávila I, **Ramírez-Bello J**. Stat4 confers risk for rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in Mexican patients. *Immunology Letters*. 2016; 175: 40-43.

Grupo II

7. Garcia-Rubio YZ, Razo **Blanco-Hernández DM**, **Lima-Gómez V**. Expected effect of retinal thickness after focal photocoagulation in diabetic macular oedema. *Cir Cir*. 2016; 6:S0009-7411.
8. Ávila-Alcaraz Y, **Razo Blanco-Hernández DM**, García-Rubio YZ, **Lima-Gómez V**. Lack of correlation between retinal variables before treatment and poor functional response after focal photocoagulation in diabetic macular oedema. *Cir Cir*. 2016; 84(1):3-8.
9. **Lugo-Zamudio GE**, **Barbosa-Cobos RE**, González-Ramírez LV, **Delgado-Ochoa D**. Tuberculous rheumatism "Poncet's disease". Case report. *Cir Cir*. 2016. 84(2):169-72.
10. Rodríguez-Elías AK, Maldonado-Murillo K, López-Mendoza LF, **Ramírez-Bello J**. Genética y genómica en artritis reumatoide (AR): una actualización. *Gac Med Mex*. 2016;152:218-27

Grupo I

11. Cueto-García J, **Moreno-Eutimio MA**, Ibáñez-González VT, Rodríguez-Ayala E, **Moreno-Rodríguez**. Resultados del tratamiento de las úlceras venosas con un polímero polisacárido con óxido de cinc. *Med Int Mex*. 2016; 32(1).
12. **Tovar-Rodríguez JM**, Chávez-Zúñiga I, Bañuelos-Ávila L, Monter-Vera R, Vargas Hernández VM, Acosta-Altamirano G. Eliminación de albúmina en orina de una cohorte de mujeres embarazadas normotensas. *Clin Invest Gin Obst*. 2016;43(1):12-16.
13. Rodríguez-Wong U, Ocharán-Hernández ME, **Toscano-Garibay J**. Diltiazem tópico en el dolor postoperatorio de hemorroidectomía con técnica cerrada. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016; 81(2): 74-79.

Por parte de los Médicos adscritos al Hospital:

Grupo III

1. Hernández-López GD, Gorordo-Delsol LA, Jiménez-Ruiz A, **Zamora-Gómez SE**. Prone position ventilation for patients with severe ARDS and morbid obesity. Med Intensiva. 2016;40(1):72.
2. Polanco C, **Castañón- González JA**, Buhse T, Uversky VN, Zonana Amkie R. Classifying lipoproteins based on their polar profiles. Acta Biochim Pol. 2016; 63(2) 235-241.

Otros aspectos.

Estado de las investigaciones.

Estado del protocolo	Iniciado	En proceso de años anteriores	Terminados	Suspendidos	Cancelados
Número	5	35	14	1	9

Impacto de los Proyectos de Investigación.

Los protocolos de investigación biomédicos y clínicos constituyen beneficios potenciales a mediano y largo plazo, debido a que los protocolos que se están desarrollando e iniciando actualmente, son en líneas prioritarias de salud del Hospital, lo que permitirá contribuir a la actualización, mejora de procedimientos y técnicas para el abordaje de diferentes padecimientos y enfermedades, de cómo prevenirlas y combatirlas. Lo que seguramente contribuirá al desarrollo del país en sus diferentes áreas productivas, con una mejor calidad en la atención médica.

El impacto de las publicaciones realizadas en la atención médica en el periodo de reporte, consistió en la generación de nuevo conocimiento en el área de enfermedades autoinmunes, retinopatía diabética y enfermedades infecciosas; dicho conocimiento en un futuro contribuirá en la mejora del abordaje de diferentes enfermedades. No obstante, no es esperable que la aplicación de nuevos conocimientos sea inmediata, puesto que se requiere que la información generada sea conocida y aceptada.

Cursos de Investigación.

Durante 2016, se impartió un curso de Metodología de la Investigación para Médicos Residentes de 2º año, con la participación de los Investigadores en Ciencias Médicas, y la asistencia de 92 residentes.

Convenios de Colaboración.

Durante el primer semestre de 2016, no se firmó ningún convenio de colaboración en materia de investigación.

Informe sobre Sesiones de Comités Internos

Durante el periodo enero a junio de 2016, el Comité de Investigación sesionó en seis ocasiones de forma ordinaria, el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Bioseguridad sesionaron en cinco ocasiones de forma ordinaria. Se recibieron 15 protocolos de investigación para evaluación de los cuales únicamente fueron aprobados y autorizados cinco por parte de los tres Comités.

Logros de la Dirección de Investigación

Los logros más importantes durante el primer semestre de 2016 fueron:

- I. Se alcanzaron 13 publicaciones por los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el SII, de las cuales, seis (46%) correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), y cinco de estas publicaciones el autor principal y el autor correspondiente son investigadores del Hospital.
- II. Una investigadora fue promovida de la categoría de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) "A" a "B" del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII), y cuatro Investigadores lograron su permanencia en el SII, tres en ICM "C" y uno en ICM "A".
- III. Se logró el apoyo para el protocolo titulado "*Polimorfismos del gen TNFAIP3 y su papel en la patogenia de la artritis reumatoide*" de la convocatoria del Fondo SEP-CONACyT (CB201401-242506).

Debilidades de la Dirección de Investigación

Las debilidades más importantes durante el primer semestre de 2016 fueron:

- I. Espacio físico insuficiente e inadecuado en las Unidades de Investigación, para el desarrollo de la investigación.
- II. Carencia de un sistema electrónico para el registro y seguimiento de los protocolos de investigación.

Avances del Programa de Trabajo 2016.

Al periodo que se informa se presentan los avances del programa de Trabajo 2016, de la Dirección de Investigación.

Se publicaron un total de 15 artículos, de los cuales ocho fueron de alto impacto (grupos III-VII), destacando una del grupo IV en el área de enfermedades infecciosas. En cinco de las publicaciones el autor principal y/o el autor correspondiente son investigadores del Hospital.

Se tienen 9 investigadores pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), de 19 Investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (SII). Asimismo, se cuenta con tres investigadores pertenecientes al SNI, sin nombramiento de Investigador por el SII.

Una investigadora fue promovida de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) “A” a “B” y cuatro Investigadores lograron su permanencia en el SII, tres en ICM “C” y uno en ICM “A”.

Se obtuvo apoyo para el protocolo titulado “Polimorfismos del gen TNFAIP3 y su papel en la patogenia de la artritis reumatoide” de la convocatoria del Fondo SEP-CONACyT (CB201401-242506).

Programa de Trabajo 2016

Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Investigación
Nombre del Programa Presupuestal: E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en Salud"
Responsable: Dr. José Moreno Rodríguez

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1				Promedio de productos por investigador institucional V1: Productos institucionales totales producidos / V2: Total de Investigadores institucionales vigentes x 100	26 = 1.4% 19	Anual	N/A	$\frac{15}{22} = 0.7\%$ Se tuvo un cumplimiento de 0.7% en el promedio de productos por investigador institucional, con relación a la meta programada de 1.4%. Este resultado se debió a que durante el primer semestre de 2016, se publicaron un total de 15 artículos. Además, del ingreso de tres mandos medios (Jefes de División) del área médica al Sistema Institucional de Investigadores (SI) en la Convocatoria 2016.
2	Fomentar la vinculación entre la ciencia que se hace en los laboratorios y la que se realiza a nivel asistencial para realizar investigación trasnacional.		2.1.1 Vinculación en la investigación clínica y básica.	Porcentaje de artículos científicos publicados por Investigadores sin nombramiento por SI V1: Artículos científicos en revistas (niveles I a VII) en el periodo por Investigadores sin nombramiento por SI / V2: Artículos científicos totales publicados en revistas indexadas (niveles I a VII) en el periodo x 100	12 = 30% 40	Anual	N/A	$\frac{2}{15} = 5\%$ Se tuvo un cumplimiento de 5% en el porcentaje de artículos científicos publicados por investigador sin nombramiento por el SI, con relación a la meta programada del 30%. Este resultado se debió a que durante el primer semestre de 2016, se publicaron únicamente dos artículos (nivel III) por personal sin nombramiento, debido al retraso editorial que presenta la revista del Hospital Juárez de México, donde se publica en gran medida las investigaciones clínicas realizadas por personal sin nombramiento.
3		2. Investigación y enseñanza de vanguardia.		Porcentaje de artículos científicos publicados en conjunto por investigadores con nombramiento por el SI y personal médico y/o paramédico V1: Artículos científicos de alto impacto publicados en revistas indexadas (niveles III a VII) en el periodo por Investigadores con nombramiento por SI y personal médico y/o paramédico / V2: Artículos científicos totales publicados en revistas indexadas (niveles I a VII) en el periodo x 100	6 = 15% 40	Anual	N/A	$\frac{6}{15} = 40\%$ Se tuvo un cumplimiento del 40% en el porcentaje de artículos científicos publicados en conjunto por Investigadores con nombramiento por el SI y personal médico y/o paramédico, con relación a la meta programada del 15%. Este resultado se debió a que durante el primer semestre de 2016, se publicaron seis artículos por Investigadores con nombramiento por el SI y personal médico, derivado del impulso a la investigación multidisciplinaria.
4	Aumentar el número de investigadores con nombramiento en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) derivado de la alta productividad científica.			Índice de investigadores institucionales de alto nivel V1: Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de las categorías D-F del SI más vigentes en el SNI en el año actual / V2: Total de investigadores en el SI más investigadores vigentes en el SNI en el año actual x 100	13 = 68.4% 19	Anual	N/A	$\frac{12}{22} = 54.5\%$ Se tuvo un cumplimiento del 54% en el índice de investigadores institucionales de alto nivel, con respecto a la meta programada de 68.4%. Este resultado se debió, a que en la Convocatoria de Ingreso Promoción y Permanencia al SI, tres Jefes de División del área médica lograron su calificación y una investigadora KM 'D' se jubiló.
5			2.1.4 Priorización de temas estratégicos y publicaciones científicas de alto impacto.	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador V1: Plazas de investigador ocupadas en el periodo / V2: Plazas de investigador autorizadas en el periodo x 100	16 = 100% 16	Anual	N/A	$\frac{15}{16} = 93.8\%$ Se tuvo un cumplimiento del 93.8% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, con respecto a la meta programada del 100%. Este resultado se debió, a que de únicamente están ocupadas 15 plazas de las 16 disponibles, debido a que una investigadora KM 'D' se jubiló.
6	Generar investigación en salud de vanguardia que contribuya a la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades para coadyuvar al manejo eficiente de la salud de nuestra población.			Porcentaje de artículos científicos publicados V1: Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas indexadas (niveles III a VII) en el periodo / V2: Artículos científicos totales publicados en revistas indexadas (niveles I a VII) en el periodo x 100.	12 = 30% 40	Semestral / Anual	\$3,357,769.00	$\frac{8}{15} = 53\%$ Se tuvo un cumplimiento del 53% en el porcentaje de artículos científicos publicados, con relación a la meta programada del 30%. Este resultado se debió a que durante el periodo de reporte, se publicaron 8 artículos de alto impacto, debido al impulso que se esta realizando por publicar en revistas de niveles III a VII.

Reporte de avances del Programa Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Instrumentar políticas para promover e incrementar la inversión pública para la investigación científica, innovación y desarrollo en salud		
Estrategia 1.1: Impulsar la articulación de esfuerzos del Sector Salud, para incrementar de manera sostenida la inversión en Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) destinada a salud y lograr mayor eficacia y eficiencia en su aplicación.	1.1.1. Promover el flujo de la inversión del sector público hacia la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	DGPIS
	1.1.2. Establecer lineamientos que aseguren el apoyo financiero para investigación relacionada con problemas prioritarios.	DGPIS
	1.1.3. Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos públicos.	DGPIS
Estrategia 1.2: Gestionar que la inversión en investigación científica y desarrollo tecnológico, en salud, se incremente anualmente de manera proporcional para alcanzar un nivel acorde al incremento del Producto Interno Bruto (PIB) para CTI.	1.2.1. Gestionar el financiamiento de la investigación para la salud hacia centros de investigación del Sector favoreciendo los de creación reciente.	DGPIS
Estrategia 1.3: Involucrar los sectores académicos y gubernamentales para fortalecer la ciencia, tecnología e innovación en investigación.	1.3.1. Promover programas de financiamiento para proyectos de investigación multicéntricos.	DGPIS
	1.3.2. Gestionar el incremento de la contribución de las instituciones aportantes al FOSSIS.	DGPIS

Resultados Objetivo 1:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presupuesto federal destinado por la Secretaria de Salud a investigación. DGPIS			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.		
Estrategia 2.1: Apoyar grupos existentes y fomentar la creación de nuevos grupos de investigación, sobre temas prioritarios, estratégicos o emergentes en salud.	2.1.1 Orientar proyectos interdisciplinarios para estudiar temas de investigación clínica básica y social.	Durante el primer semestre de 2016, se contó con 20 protocolos vigentes interdisciplinarios de investigación en el área clínica y biomédica.
	2.1.2 Fomentar la investigación en células troncales, tejidos y órganos para mejorar los métodos y procedimientos para la donación, procuración, transporte, presentación y para la supervivencia del producto trasplantado.	En el periodo de reporte no se cuenta con ningún protocolo de investigación en células troncales, tejidos y órganos en materia de trasplante, por no contar con la infraestructura necesaria.
Estrategia 2.2: Gestionar proyectos de investigación con un enfoque multidisciplinario.	2.2.1 Fomentar investigaciones relacionadas con la mejora de los servicios públicos de salud.	Durante el primer semestre de 2016, se contó con 55 protocolos vigentes que generaran nuevo conocimiento en diferentes áreas de la salud y que en un futuro mejorarán los servicios públicos de salud.
	2.2.2 Perfeccionar mecanismos de evaluación de la investigación basada en indicadores de calidad científica.	DGPIS
	2.2.3 Contribuir al desarrollo de nuevos métodos de terapia génica y celular.	Se tienen en desarrollo dos protocolos en proceso que contribuirán en un futuro con nuevos métodos de terapia génica en el campo de las enfermedades autoinmunes y cáncer de mama.
	2.2.4 Promover investigación socio-cultural con enfoque multidisciplinario que aborde los determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.	Durante el primer semestre de 2016, se contó con un protocolo que realiza un análisis de los factores de riesgo clínicos asociados al abandono del manejo en pacientes adolescentes con cáncer.
	2.2.5 Promover soluciones multidisciplinarias e interinstitucionales que faciliten el manejo de problemas de salud relacionados con exposición a factores ambientales nocivos.	Se tiene en proceso un protocolo que evalúa el potencial carcinogénico de compuestos muy usuales en el ambiente mediante la prueba de Ames.
Estrategia 2.3: Crear mecanismos para que las áreas normativas y	2.3.1 Establecer mecanismos para la aplicación de resultados de investigaciones exitosas en la solución de problemas o toma de decisiones.	Durante el periodo de reporte se publicaron ocho artículos de alto impacto, donde se tienen resultados muy prometedores pero aún están lejos de que se traduzcan en beneficio para la población.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.		
operativas utilicen los resultados de las investigaciones relacionadas con los problemas prioritarios y favorecer la toma de decisiones.	2.3.2 Promover que los resultados relevantes de las investigaciones se traduzcan en beneficios para la población.	Durante el periodo de reporte se publicaron ocho artículos de alto impacto, donde se tienen resultados muy prometedores pero aún están lejos de que se traduzcan en beneficio para la población.
	2.4.1 Fortalecer programas de formación de recursos humanos en investigación.	Se continuó con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional.
Estrategia 2.4: Instrumentar políticas públicas en materia de investigación y formación de recursos humanos para la investigación.	2.4.2 Fortalecer los criterios académicos y administrativos para la mejora de contratación de personal profesional para la investigación.	Diez investigadores participaron en la convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia del Sistema Institucional de Investigadores (SII) 2016, alcanzando cuatro ingresos al sistema, una promoción, cuatro permanencias y un investigador no logró su ingreso.
	2.4.3 Asesorar a las áreas administrativas para la adecuada contratación de personal de investigación.	DGPIS
	2.4.4 Fortalecer a los científicos e investigadores del sector salud incentivando su incorporación al SNI.	Durante el periodo de reporte, tres investigadores que eran candidatos fueron promovidos a nivel I en el Sistema Nacional de Investigadores.
	2.4.5 Consolidar el Sistema de Registro Institucional de Investigadores.	DGPIS
	2.4.6 Operar los programas de ingreso, promoción y permanencia, y el de estímulos al desempeño de los investigadores en ciencias médicas de la Secretaría.	DGPIS
	2.4.7 Establecer un Sistema Nacional de Registro de Investigadores en Salud (SS, IMSS, ISSSTE, Instituciones de enseñanza superior (IES) y privados.	DGPIS
	2.4.8 Establecer la categoría de investigador Emérito, bajo criterios de rigor científico, académico y de trayectoria académica.	DGPIS

Resultados Objetivo 2:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Proyectos financiados por el FOSISS DGPIS			

Vigencia en el Sistema Institucional de Investigadores. DGPIS			
Investigadores evaluados DGPIS			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 3.- Establecer vinculación con otras instituciones en condiciones de interés y beneficio mutuos para la investigación.		
Estrategia 3.1: Promover el registro de la propiedad intelectual de las instituciones de salud y la comunidad científica.	3.1.1 Proporcionar asesoría y subsidios para validar y registrar patentes de nuevos productos y procesos originados en el campo científico.	DGPIS
Estrategia 3.2: Propiciar la transferencia y aplicación del conocimiento a la práctica.	3.2.1 Propiciar reglas transparentes para distribución de regalías resultantes de la obtención de patentes y licencias con beneficios para los involucrados.	DGPIS
Estrategia 3.3: Gestionar la simplificación administrativa de los procesos de investigación.	3.3.1 Incentivar la realización conjunta de desarrollos tecnológicos entre investigadores biomédicos, ingenieros y otros profesionales del área de tecnología.	DGPIS
	3.3.2 Desarrollar tecnologías para contribuir en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud mediante propuestas transdisciplinarias e interinstitucionales.	Durante el primer semestre de 2016, se contó con 20 protocolos vigentes interdisciplinarios de investigación en el área clínica y biomédica, que en un futuro podrían traducirse en tecnologías que contribuyan en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud.
Estrategia 3.4: Actualizar la normatividad en materia de investigación para la salud.	3.4.1 Proponer la actualización del Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación para la salud.	DGPIS

Resultados Objetivo 3:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Patentes DGPIS			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 4.- Establecer convenios de colaboración recíproca entre organismos para fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.		
Estrategia 4.1 Desarrollar estrategias para aprovechar fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	4.1.1 Fomentar el aprovechamiento de las fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	Durante el periodo de reporte no se participó en "Grants" internacionales, debido a que son únicamente para grupos muy consolidados de Investigación y el Hospital Juárez de México está en vías de formar grupos consolidados.
	4.1.2 Identificar y promover oportunidades de financiamiento internacionales para investigación y desarrollo tecnológico en salud.	Durante el periodo de reporte no se participó en "Grants" internacionales, debido a que son únicamente para grupos muy consolidados de Investigación y el Hospital Juárez de México está en vías de formar grupos consolidados.
Estrategia 4.2: Fomentar cooperación internacional con un enfoque regional y fortalecer la gestión de financiamiento para investigación.	4.2.1 Implementar procesos de colaboración internacional estableciendo vínculos explícitos entre distintas organizaciones que intervienen en el desarrollo de la investigación.	En el primer semestre de 2016, se presentaron un total de siete trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, ocho trabajos a nivel nacional y dos trabajos a nivel internacional.
	4.2.2 Incentivar la participación de grupos de investigación para la salud en foros y organismos internacionales.	Durante el periodo de reporte, se presentaron un total de siete trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, ocho trabajos a nivel nacional y dos trabajos a nivel internacional.
Estrategia 4.3: Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible.	4.3.1 Propiciar el establecimiento de convenios y acuerdos para el uso compartido de infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar al máximo la capacidad disponible.	En el primer semestre de 2016, se contó con 19 protocolos de investigación en colaboración con otras Instituciones como UNAM, IPN y CINVESTAV, para un mejor aprovechamiento de las tecnologías.
	4.3.2 Favorecer el establecimiento de convenios interinstitucionales, intrainstitucionales nacionales o internacionales para el apoyo a la investigación para la salud.	En el primer semestre de 2016, se inició la gestión de un convenio con el Instituto de Genómica, para la realización de investigación científica y aprovechar las tecnologías con las que cuenta el Instituto.
	4.3.3 Facilitar el acceso actualizado a investigadores, bancos de datos, revistas científicas electrónicas, artículos y libros en formato de texto completo, a través de la biblioteca virtual del CONRICYT.	DGPIS

Resultados Objetivo 4:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos en colaboración INSHAE	83.3	86.7	La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2016 del Programa Presupuestal

			<p>E022"Investigación y desarrollo tecnológico para la salud".</p> <p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 4.1% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 83.3%.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio con respecto a la meta original, se debió a que se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo I-II, los cuales fueron realizados en colaboración, por lo que no afectó el porcentaje de artículos científicos en colaboración.</p> <p>EFEECTO: Las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto en la programación original, destacando una publicación nivel IV, dándole mayor prestigio al Hospital.</p>
--	--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.		
Estrategia 5.1: Gestionar en incremento de recursos para infraestructura en investigación para la salud.	5.1.1 Coordinar esfuerzos para mejora salarial, prestaciones, estímulos y apoyos académicos para los profesionales de la investigación para la salud.	DGPIS
	5.1.2 Promover un programa anual de generación de plazas de técnicos especializados en investigación para la salud.	DGPIS
	5.1.3 Proponer y gestionar creación de plazas nuevas de investigadores acorde a los centros de investigación.	Durante el periodo de reporte no se gestionó ninguna plaza nueva de Investigador; no obstante, tres Jefes de División de la Área Médica lograron su nombramiento de investigador en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).
	5.1.4 Incentivar la repatriación de investigadores mexicanos formados en el extranjero para incorporarse al sistema institucional de investigadores de la Secretaria y al SNI.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.		
	5.1.5 Contribuir a la formación y fortalecimiento de los investigadores en ciencias de la salud de alto nivel.	Se continuó con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional.
Estrategia 5.2: Fomentar la formación de nuevos investigadores mediante becas, estancias y talleres internacionales.	5.2.1 Fomentar el interés por desarrollar investigación como actividad esencial en las nuevas generaciones de alumnos de carreras en el área de la salud.	Se realizó un curso de elaboración de protocolo de investigación a médicos residentes del último año, con la asistencia de 92 residentes de las diferentes especialidades.
	5.2.2 Propiciar que las nuevas generaciones de egresados de las carreras del área de la salud desarrollen mayor interés por aplicar en maestrías y doctorados.	Se continuó con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional.
	5.2.3 Promover vínculos entre jóvenes estudiantes e investigadores a través del Programa de Becas de inicio en la Investigación.	DGPIS
Estrategia 5.3: Impulsar el uso de las tecnologías de la información para apoyar procesos y tecnologías superiores para beneficiar la investigación.	5.3.1 Desarrollar y fortalecer sistemas de tecnologías de la información y comunicación para mejorar la eficiencia de la actividad de investigación.	Durante el primer semestre de 2016, se utilizó el sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud (CVIS) para la evaluación del ingreso, promoción y permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores
Estrategia 5.4: Incentivar la inversión del sector privado para fomentar la investigación para la salud, dirigidos a investigadores jóvenes.	5.4.1 Estimular la investigación para la salud con orientación científica, creativa y multidisciplinaria en jóvenes que inician su desarrollo profesional.	Se realizó un curso de elaboración de protocolo de investigación a médicos residentes del último año, con la asistencia de 92 residentes de las diferentes especialidades.
Estrategia 5.5: Incentivar la inversión del sector privado para la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	5.5.1 Impulsar la creación del Programa de Financiamiento para el Desarrollo de la Investigación (PROFODI)	DGPIS
	5.5.2 Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos externos.	DGPIS

Resultados Objetivo 5:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Becas de Inicio a la Investigación DGPIS			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 6.-. Establecer mecanismos de vinculación entre los diversos grupos e instituciones participantes en la investigación para la salud para la consecución de resultados en beneficio de la población.		
Estrategia 6.1: Extender y mejorar los canales de comunicación y difusión a través de la coordinación sectorial, con el fin de sumar esfuerzos y recursos para el desarrollo de proyectos de investigación.	6.1.1 Implementar un programa de comunicación permanente con la comunidad de investigadores.	Durante el primer semestre de 2016, se continuó con los Programas de Sesiones Semanales de Investigación y Sesiones Bibliográficas, alcanzando 19 y 8 sesiones respectivamente.
	6.1.2 Establecer canales de comunicación con investigadores de otras instituciones del sector salud para el desarrollo de proyectos de investigación.	DGPIS
Estrategia 6.2: Fomentar la difusión de actividades y resultados relevantes de investigación para la salud.	6.2.1 Propiciar el acceso sobre resultados relevantes de investigación a la comunidad científica y población interesada.	Durante el periodo de reporte, se presentaron un total de siete trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, ocho trabajos a nivel nacional y dos trabajos a nivel internacional.
	6.2.2 Difundir a la comunidad de investigadores información sobre eventos académicos relacionados con investigación.	Durante el periodo de reporte se participó con siete trabajos de investigación en Congresos.
	6.2.3 Propiciar el acceso a resultados relevantes de la investigación para la salud para la comunidad de investigadores.	En el primer semestre de 2016, se presentaron un total de siete trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, ocho trabajos a nivel nacional y dos trabajos a nivel internacional.
	6.2.4 Operar un programa de comunicación sobre investigación utilizando las "redes sociales".	Durante el periodo de reporte se lograron ocho publicaciones de alto impacto, las cuales cuentan con sus respectivas redes sociales de la editorial.
Estrategia 6.3: Propiciar el intercambio de investigadores en estadias cortas entre instituciones internacionales.	6.3.1 Propiciar la vinculación entre investigadores a través de foros interactivos.	Durante el periodo de reporte se participó con siete trabajos de investigación en Congresos.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 6.-. Establecer mecanismos de vinculación entre los diversos grupos e instituciones participantes en la investigación para la salud para la consecución de resultados en beneficio de la población.		
Estrategia 6.4: Involucrar a los sectores académicos, gubernamentales y empresariales para fortalecer la innovación.	6.4.1 Desarrollar la "feria de la investigación para la salud" en el que se muestren productos de la investigación e innovación con el objetivo de vincular proyectos y atraer financiamientos.	Durante el periodo de reporte no se realizó una feria de la Investigación, no obstante los trabajos de investigación fueron presentados en siete congresos.
Estrategia 6.5: Vigilar el seguimiento de la aplicación de los códigos nacionales e internacionales de bioética.	6.5.1 Establecer y vigilar la observancia de lineamientos para la integración y funcionamiento de los Comités de Investigación en las Unidades Coordinadas.	DGPIS
	6.5.2 Fomentar la capacitación sobre Buenas Prácticas en investigación a los Comités de Investigación Bioética y Bioseguridad.	Durante el periodo de reporte se actualizó el reglamento del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Bioseguridad.
	6.5.3 Implementar y operar una Unidad de Apoyo al Pre dictamen en coordinación con la COFEPRIS.	DGPIS
	6.5.4 Contribuir a la actualización de las normas de Bioética vigentes de acuerdo a los avances científicos y a las recomendaciones internacionales.	Durante el periodo de reporte se actualizó el reglamento del Comité de Ética en Investigación.
	6.5.5 Fomentar la capacitación de Buenas Prácticas en Investigación en la comunidad de investigadores.	Se impartió un curso de Metodología de la Investigación para Médicos Residentes de 2° año, con la participación de los Investigadores en Ciencias Médicas, y la asistencia de 92 residentes.
	6.5.6 Establecer un programa de certificación o acreditación a investigadores no institucionales.	DGPIS
Estrategia 6.6 Establecer un Observatorio Institucional de Investigación para la Salud.	6.6.1 Implementar y operar el Observatorio Institucional de Investigación para la Salud (OISS).	DGPIS

Resultados Objetivo 6:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas. INSHAE	66.7	53.3	La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados

			<p>2016 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico para la salud".</p> <p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 20.1% en el porcentaje de artículos científicos publicados con respecto a la meta programada de 66.7%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo I-II, lo que diluyó el porcentaje de artículos científicos publicados, a pesar de cumplir con la programación en el número de artículos de impacto alto.</p> <p>EFEECTO: Generar conocimiento científico que en un futuro mejore la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades para beneficio de los pacientes.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
--	--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo V.5 ESTRATEGIAS TRANSVERSALES		
Estrategia V.5.1: Democratizar la productividad.	Articular esfuerzos con los sectores público, privado y social para incrementar la inversión en investigación para la salud.	Durante el periodo de reporte, se contó con ocho protocolos de investigación en proceso con financiamiento externo, de los cuales cuatro correspondieron a la industria farmacéutica y cuatro a los fondos del CONACyT.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo V.5.2 GOBIERNO CERCANO Y MODERNO		
<p>Estrategia 5.2.1: Modernizar la gestión de los procesos de investigación para la salud.</p>	<p>Propiciar el uso de tecnologías de la información y comunicación para desarrollar la gestión de los procesos relacionados con la investigación para la salud.</p>	<p>Durante el primer semestre de 2016, se utilizó el sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud (CVIS) para la evaluación del ingreso, promoción y permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores.</p>
Objetivo V.5.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO		
<p>Estrategia 5.3.1: Apoyo al personal que realiza investigación.</p>	<p>Propiciar el desarrollo académico que favorezca las actividades de investigación con perspectiva de género.</p>	<p>Durante el periodo de reporte se concluyeron ocho tesis de personal médico especialista, de las cuales el 50% son mujeres.</p>

Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018 Informe de Resultados Relevantes Primer Semestre 2016

Dentro del objetivo establecer mecanismos de vinculación entre los diversos grupos e instituciones participantes en la investigación para la salud para la consecuencia de resultados en beneficio de la población, durante el primer semestre de 2016 se publicaron 15 publicaciones totales del Hospital, de las cuales ocho correspondieron a publicaciones de alto impacto (grupos III-VII), destacando una publicación del grupo IV, en el área de enfermedades infecciosas. Cabe mencionar que cinco de estas publicaciones; el autor principal y/o el autor correspondiente son investigadores del Hospital.

Dentro de la línea de acción fortalecer a los científicos e investigadores del sector salud incentivando su incorporación al SNI. Se contó con 9 investigadores pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de 19 Investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (SII). Asimismo, se cuenta con tres investigadores pertenecientes al SNI, que no cuentan con nombramiento de Investigador por el SII.

Dentro de la estrategia modernizar la gestión de los procesos de investigación para la salud. Se utilizó el Curriculum Vitae digital para la evaluación del Ingreso, Promoción y Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores. En el cual se logró que una investigadora fuera promovida de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) "A" a "B" y cuatro Investigadores lograron su permanencia en el SII, tres en ICM "C" y uno en ICM "A".

Dentro del objetivo de establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones, durante el periodo de reporte se logró el apoyo para el protocolo titulado "Polimorfismos del gen TNFAIP3 y su papel en la patogenia de la artritis reumatoide" de la convocatoria del Fondo SEP-CONACyT (CB201401-242506).

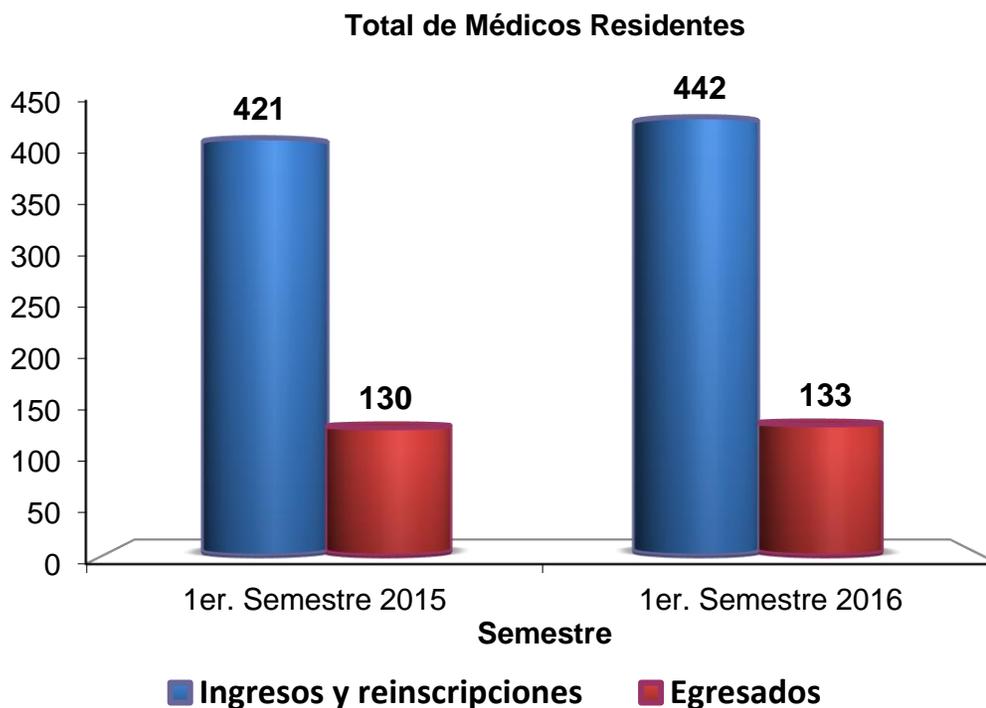
Presupuesto Basado en Resultados, cumplimiento de metas institucionales 2016 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2016							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2016							
Informe de <u>enero - junio</u> 2016							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:		NAW					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO					
INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD "							
PROPÓSITO (4)	Porcentaje de artículos científicos publicados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	77.3	66.7	53.3	20.1	ROJO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 20.1% en el porcentaje de artículos científicos publicados con respecto a la meta programada de 66.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo HI, lo que diluyó el porcentaje de artículos científicos publicados, a pesar de cumplir con la programación en el número de artículos de impacto alto. EFECTOS: Generar conocimiento científico que en un futuro mejore la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades para beneficio de los pacientes. OTROS MOTIVOS:
	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII) en el periodo	17	8	8			
	Artículos científicos totales publicados en revistas (niveles I a VII) en el periodo	22	12	15			
PROPÓSITO (5)	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	1.1	0.6	0.6	0.0	VERDE	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 100% en relación al promedio de artículos de impacto alto publicados por los investigadores institucionales de alto nivel con respecto a la meta programada de 0.6, lo cual lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio con respecto a la meta original, se debió a que una publicación del grupo III que ya se encuentra aceptada, no se logró su publicación entre los meses de enero a junio 2016, lo que ocasionó una disminución de un artículo científico de alto impacto en el periodo. Además, una investigadora se encuentra en incapacidad médica indefinida desde hace tres años, por lo que no está activa en el SNI ni en el SIJ y otra investigadora ICM D se jubiló. EFECTOS: Generar conocimiento científico que en un futuro permita mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes. OTROS MOTIVOS:
	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII, de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) en el periodo	17	8	7			
	Número total de investigadores vigentes en el Sistema Institucional (D,E y F) más investigadores vigentes en el SNI, en el periodo	15	14	12			

ACTIVIDAD (13)	<p>Porcentaje de artículos científicos en colaboración</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	95.5	83.3	86.7	4.1	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 4.1% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 83.3% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio con respecto a la meta original, se debió a que se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo II, los cuales fueron realizados en colaboración, por lo que no se afectó el porcentaje de artículos científicos en colaboración.</p> <p>EFFECTOS: Las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto en la programación original, destacando una publicación nivel IV, dándole mayor prestigio al Hospital.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Artículos científicos publicados en revistas (I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que realizan investigación en el periodo	21	10	13			
	Total de artículos científicos publicados por la institución en revistas (I-VII) en el periodo	22	12	15			
ACTIVIDAD (14)	<p>Promedio de productos por investigador Institucional</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2$</p>	1.3	0.6	0.7	16.7	ROJO	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior 16.7% en el promedio de productos por investigador institucional, con respecto a la meta programada de 0.6, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo II por parte de los investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores, y un artículo más del grupo III por el personal médico del Hospital. Además, tres mandos medios (Jefes de División) del área médica ingresaron al Sistema Institucional de Investigadores (SII) en la Convocatoria 2016.</p> <p>EFFECTOS: Generar conocimiento científico que en un futuro permita mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Productos totales producidos	25	11	15			
	Total de Investigadores institucionales vigentes*	19	19	22			
ACTIVIDAD (15)	<p>Porcentaje de ocupación de plazas de investigador</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	100.0	100.0	93.8	6.2	AMARILLO	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 6.2% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que una investigadora ICM "D" se jubiló.</p> <p>EFFECTOS: Contar con una investigadora menos para realizar investigación alineada a prioridades de salud, sin embargo, no tuvo ningún efecto negativo en el cumplimiento de la meta de publicaciones de acuerdo a lo programado.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Plazas de investigador ocupadas en el periodo	16	16	15			
	Plazas de investigador autorizadas en el periodo	16	16	16			

ENSEÑANZA

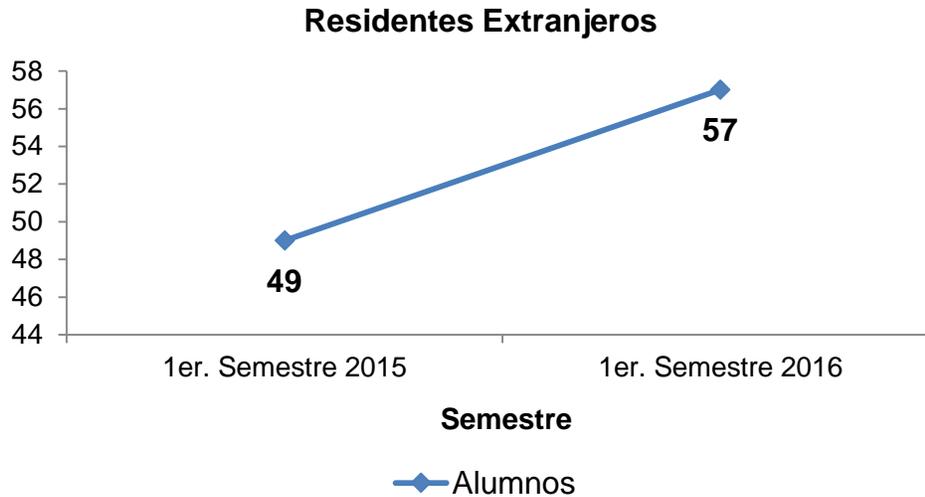
1. Total de Médicos Residentes.



La gráfica anterior muestra por semestre de 2015 y 2016, el número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad. Durante el periodo de enero a junio de 2016, el número de ingresos y reinscripciones fue de 447 médicos residentes. Sin embargo, se dieron de baja cinco médicos residentes, permaneciendo un total de 442 médicos residentes; mostrando un incremento en un 5% con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 421.

En febrero de 2016, egresaron 133 médicos residentes, de los cuales 112 médicos fueron de los cursos universitarios de especialización y 21 de los cursos universitarios de posgrado de alta especialidad en medicina, lo que representa un incremento del 2.3% en relación con el mismo periodo del 2015 que fue de 130 egresados.

Número de Residentes Extranjeros.



En marzo de 2016, ingresaron a los cursos universitarios de especialidad y de alta especialidad un total de 57 médicos residentes extranjeros, provenientes de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela; de los cuales 54 médicos se inscribieron a los cursos de especialización y tres a los cursos de alta especialidad, lo que representa un incremento en un 16.3% con relación al ciclo académico anterior, que fue de 49 médicos residentes extranjeros. Esta variación se debió a que en cada curso de especialización se puede aceptar un médico extranjero por cada grado del curso.

Médicos Residentes por cama.

El número de médicos residentes por cama permanece en uno.

2. Residencias de Especialidad.

Para el ciclo académico 2016-2017, el número de cursos universitarios de especialización es de 26, mismo número en relación al ciclo académico 2015-2016.

**Total de alumnos de cursos de posgrado
1er. Semestre 2016**

	Cursos Universitarios de Especialidad	Masculino	Femenino	Total
1	Anatomía patológica	2	10	12
2	Anestesiología	13	17	30
3	Biología de la reproducción humana	6	6	12
4	Cardiología	8	4	12
5	Cirugía general	21	13	34
6	Cirugía maxilofacial*	10	3	13
7	Cirugía oncológica	9	1	10
8	Gastroenterología	3	10	13
9	Ginecología oncológica	3	5	8
10	Ginecología y obstetricia	9	24	33

11	Hematología	0	1	1
12	Imagenología diagnóstica y terapéutica	14	6	20
13	Medicina crítica	6	3	9
14	Medicina interna	26	20	46
15	Nefrología	6	4	10
16	Neuroanestesiología	1	3	4
17	Neurocirugía	18	2	20
18	Neurología	1	5	6
19	Oftalmología	7	6	13
20	Ortopedia y traumatología	10	4	14
21	Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	5	7	12
22	Pediatría	10	18	28
23	Reumatología	4	2	6
24	Terapia Endovascular Neurológica	4	0	4
25	Urgencias médico-quirúrgicas**	14	5	19
26	Urología	14	1	15
Total		224	180	404

* Curso avalado por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México

** Curso avalado por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional

3. Cursos de Alta Especialidad.

Los cursos universitarios de posgrado de alta especialidad en medicina en el periodo de reporte, son 10, mismo número de cursos que se realizaron en el ciclo académico 2015-2016.

En la siguiente tabla se muestran los cursos de alta especialidad:

Cursos Universitarios de Alta Especialidad		Masculino	Femenino	Total
1	Cardiología intervencionista	3	0	3
2	Cirugía de columna	3	0	3
3	Córnea y cirugía refractiva	0	2	2
4	Ecocardiografía	1	1	2
5	Endoscopia gastrointestinal	6	4	10
6	Medicina del dolor y cuidados paliativos	3	2	5
7	Motilidad gastrointestinal	0	2	2
8	Oncología quirúrgica de cabeza y cuello	4	1	5
9	Toxicología aplicada a la clínica	2	1	3
10	Trasplante renal	1	2	3
Total		23	15	38

4. Cursos de Pregrado.

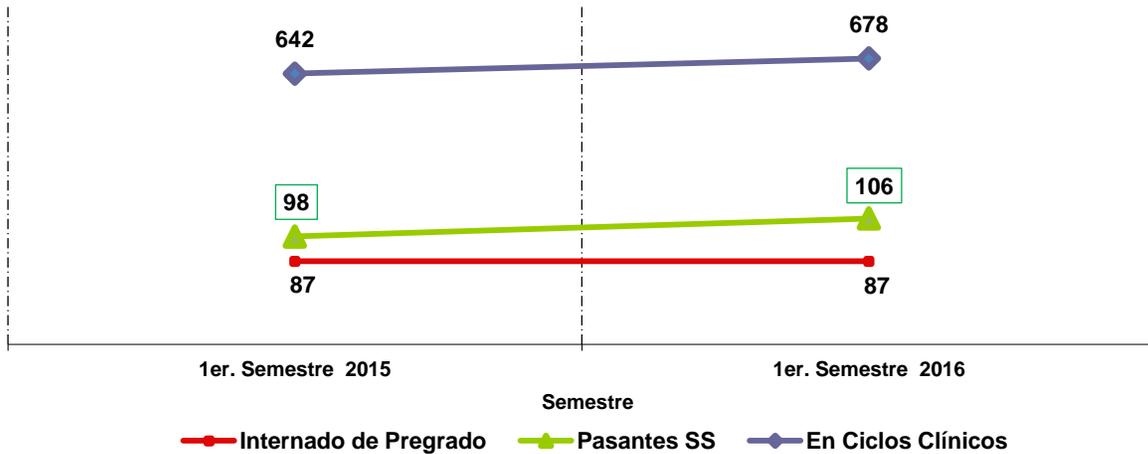
Durante el periodo de enero a junio de 2016, se impartieron un total de 35 cursos, mostrando una disminución 10.3% con relación a los registrados en el mismo periodo de 2015 que fue de 39 cursos de pregrado. Este resultado se debió a la disminución de cursos de la Escuela de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional.

A continuación se listan los cursos y las instituciones de procedencia.

Nombre Curso	Institución Procedencia	No. cursos
Internado de Pregrado Generación Completa	UNAM, UAM-X, Justo Sierra,	1
Internado de Pregrado Generación Intermedia	IPN, Tominaga Nakamoto, BUAP, Univ. Autónoma Tamaulipas	1
3er. Año Medicina General I	Facultad de Medicina UNAM	2
4to. Año Medicina General II	Facultad de Medicina UNAM	2
Alergología	Escuela Superior de Medicina IPN	2
Anatomía Patológica Especial	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Introducción Clínica	Escuela Superior de Medicina IPN	2
Terapéutica Médica	Escuela Superior de Medicina IPN	2
Clínica del Aparato Musculo Esquelético	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del Aparato Respiratorio	Escuela Superior de Medicina IPN	2
Clínica del Aparato Cardiovascular	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Fisiopatología General	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Ginecología y Obstetricia	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Urología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Infectología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del Aparato Digestivo	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Oftalmología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Sexto Semestre	Justo Sierra	1
Octavo Semestre	Justo Sierra	1
Octavo Semestre	Tominaga Nakamoto	1
Hematología	Escuela Superior de Medicina IPN	2
Hematología	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	2
Hematología Teórica - Práctica	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	1
Nefrología-Urología	Universidad Anáhuac	1
Gastroenterología	Universidad Anáhuac	1
Ortopedia y Traumatología	Universidad La Salle	2
TOTAL		35

Alumnos de Pregrado

Alumnos de Pregrado



En la gráfica anterior se muestra el total de alumnos de Pregrado en ciclos clínicos, de internado de pregrado y de pasantes en servicio social, durante el primer semestre de 2016, en comparación con el mismo periodo de 2015.

Durante el primer semestre de 2016, y de acuerdo a la NOM-234-SSA1-2003 de Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado, el Hospital cuenta con un total de 87 alumnos en internado de pregrado, igual al mismo periodo de 2015.

Las escuelas de las cuales provienen los alumnos son:

Institución educativa	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Facultad de Medicina de la UNAM	38	37
Escuela Superior de Medicina del IPN	20	20
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	10	9
Escuela de Medicina Universidad Justo Sierra	11	11
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	4	3
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	2	2
Universidad Autónoma de Tamaulipas	2	2
Escuela Mexicana de Medicina Universidad La Salle	0	3
Total	87	87

Pregrado en Ciclos Clínicos de Pregrado

El número de alumnos de pregrado en ciclos clínicos, mostró un incremento en un 5.6% al ubicarse en 678 alumnos, con relación a los 642 reportados en el mismo periodo de 2015. Esta variación se debió a un mayor número de alumnos del Instituto Politécnico Nacional para este periodo.

Las escuelas de las cuales provienen los alumnos son:

Institución	No. de alumnos 1er. Semestre 2015	No. de alumnos 1er. Semestre 2016
Facultad de Medicina UNAM	111	100
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM	38	38
Escuela Superior de Medicina IPN	204	217
Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	133	187
Escuela de Medicina Universidad Justo Sierra	42	42
Escuela Mexicana de Medicina Universidad La Salle	51	40
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	30	30
Escuela de Medicina Universidad Anáhuac	33	24
Total	642	678

5. Número de Estudiantes en Servicio Social.

Durante el periodo enero a junio de 2016, la matrícula de estudiantes en servicio social fue de 106 estudiantes, de los cuales 82 son de nivel licenciatura y 24 de nivel técnico, mostrando un incremento del 8.2% con relación a los reportados en el mismo periodo de 2015 que fue de 98 estudiantes. Esta variación se debió a que se incrementó el número de pasantes en servicio social de medicina, psicología, enfermería y nutrición.

Nivel licenciatura	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Odontología	5	4
Psicología	2	5
Enfermería	45	54
Optometría	3	3
Nutrición	0	7
Medicina Física	3	3
Trabajo Social	7	3
Químico Farmacéutico Biólogo	2	0
Medicina	0	3
Subtotal	67	82

Nivel técnico	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Inhaloterapia	13	8
Radiología	3	6
Laboratorio	6	6
Investigación	9	4
Subtotal	31	24
Total	98	106

6. Número de Alumnos de Posgrado.

El número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad, fue de 442, observando un incremento en un 5%, con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 421 alumnos.

7. Cursos de Posgrado.

En el periodo que se reporta, continúan las dos maestrías en “Ciencias de la Salud”, impartidas por docentes del Instituto Politécnico Nacional y del Hospital Juárez de México, con una asistencia de seis alumnos en cada una de ellas, de las áreas de Oftalmología, Alergología e Investigación; y una más que inició en febrero de 2015, con una asistencia de seis participantes de las áreas de la Unidad de Apoyo Nutricio, Dirección de Investigación y Consulta Externa.

Además, la maestría en Administración de Hospitales, con la participación de 13 asistentes de las áreas de Enfermería, Ortopedia, Cirugía Cardiovascular y Anestesiología, impartida por docentes de la Universidad Chapultepec.

8. Número de Autopsias.

% Número de autopsias / Número de fallecimientos.

Durante el primer semestre de 2016, se realizaron un total de cuatro autopsias de un total de 478 fallecimientos que representa el 0.84%, mostrando una disminución de cinco autopsias con relación a las nueve realizadas en el mismo periodo de 2015. Este resultado se debió a que debe existir un consentimiento firmado por el familiar más cercano, y en los últimos meses hay una negativa para autorizar la realización de la autopsia.

Los resultados de las acciones implementadas que permitan incrementar el número de autopsias en el Hospital, no se esperan a corto plazo, debido a que las cifras nacionales e internacionales de necropsias, han disminuido considerablemente. No obstante, se continúa redoblando esfuerzos para convencer a los familiares sobre la autorización de este procedimiento. Además, de tratar este tema en las reuniones con jefes y subjeses de médicos residentes y durante el XXV Curso de Introducción de especialización y de alta especialidad.

9. Participación Extramuros.

Rotaciones	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
De otras instituciones hacia el Hospital	213	202
Del Hospital a otras instituciones	202	240

a) Rotaciones de otras instituciones:

Durante el periodo de enero a junio de 2016, el número de médicos residentes que acudieron a rotar al Hospital fue de 202, lo que representa un decremento en un 5.2%, con relación al mismo periodo de 2015, que fue de 213, debido a que las Instituciones no hacen las solicitudes en tiempo y forma para poder autorizarlas.

b) Rotaciones a otras instituciones:

El número de médicos residentes del Hospital que acudieron a otros hospitales fue de 240, lo que representa un aumento en un 18.8%, con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 202 rotantes. Este resultado se debió a que al aumentar el número de médicos residentes en el Hospital, hay más médicos que deben salir a rotar, cabe mencionar que las rotaciones dependen de la calendarización de cada programa académico.

Rotaciones de médicos residentes a otras instituciones		
Institución	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Hospitales Federales de Referencia SSA	16	56
Institutos Nacionales de Salud	39	55
I.M.S.S.	35	35
Hospitales Privados (CDMX)	27	31
I.S.S.S.T.E	24	19
Secretaría de Salud (CDMX)	14	13
S.S. Tlaxcala (rotación de campo)	18	13
S.S. Chiapas (rotación de campo)	11	6
S.S. Querétaro (rotación de campo)	0	4
S.S. Estado de México (rotación de campo)	0	1
S.S. Puebla	3	1
Hospital de la Niñez Oaxaca	0	1
H.R.A.E. Yucatán	0	1
H. Militar Guadalajara, Jalisco	0	1
I.S.S.S.M.Y.M.	0	1
Extranjero (España, Estados Unidos)	2	2
S.S. Hidalgo	1	0
Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)	12	0
Total	202	240

10. % Eficiencia Terminal.

(Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados).

Para el periodo de reporte, la eficiencia terminal fue de 81.6% (133 médicos egresados/163 médicos aceptados), mostrando un decremento en un 3.4 puntos porcentuales, con respecto al mismo periodo de 2015 que fue de 85%. Esta variación se debió al aumento en el ingreso de médicos residentes a los cursos de alta especialidad y de médicos extranjeros.

11. Enseñanza en Enfermería.

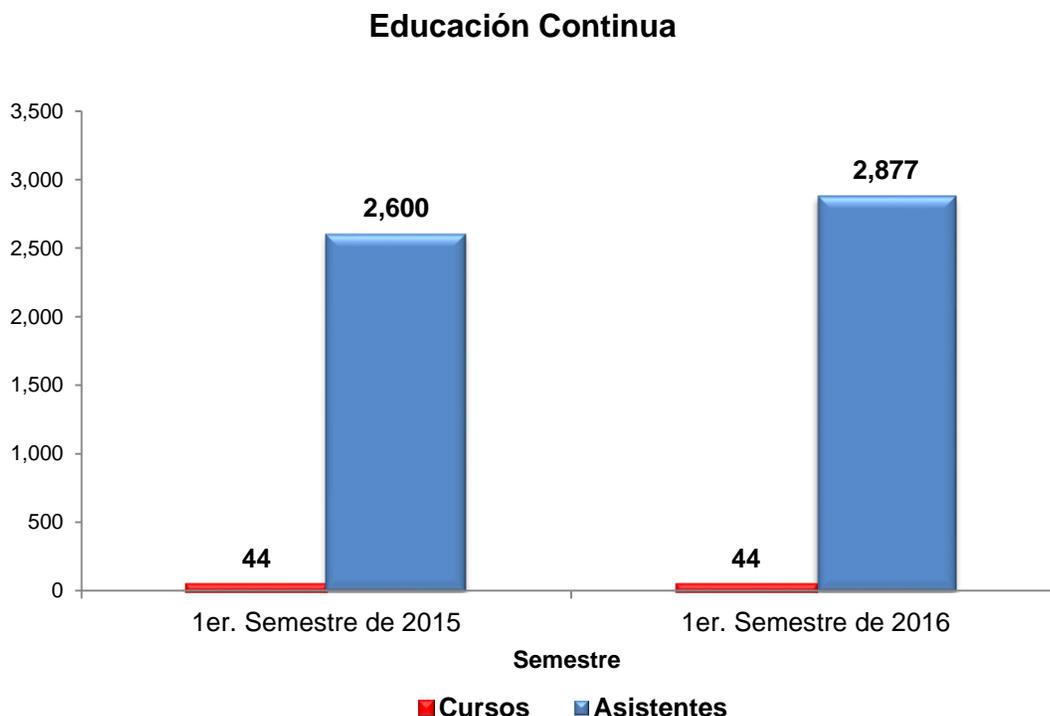
Cursos de pregrado.

Durante el periodo de enero a junio de 2016, se impartieron un total de siete cursos de educación continua en enfermería, misma cifra a la reportada en el mismo periodo de 2015.

El número de asistentes a los cursos de pregrado fue de 96 participantes, observando un decremento en un 27.3%, con respecto a lo reportado en el mismo periodo de 2015, que fue de 132. Esta variación se debió a que se introdujeron tres cursos nuevos, y dos de ellos, Legislación en salud y Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio; no tuvieron la asistencia esperada.

1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Inteligencia Emocional	Elaboración de programa anual de trabajo
Proyecto de investigación en enfermería	Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio
Imagen: oratoria y liderazgo	Descodificación para el área de la Salud
Elaboración de manuales	Legislación en salud
Proceso de enfermería en el primer nivel de atención	Urgencias y emergencias en medicina del deporte
Habilidades docentes	Actualización para el personal de camillería
Aseguramiento de la calidad	Director exitoso

12. Cursos de Actualización (Educación Continua).



La gráfica muestra el número de cursos de educación continua y asistentes de los periodos comparativos 2015 y 2016

Se registró una asistencia total de 2,877 profesionales de la salud, de los cuales 2,079 fueron mujeres, presentando un incremento en un 10.7%, con respecto a los 2,600 asistentes registrados en el mismo periodo de 2015.

Durante el primer semestre de 2016, se impartieron un total de 44 cursos, cifra igual a la reportada en el periodo de 2015.

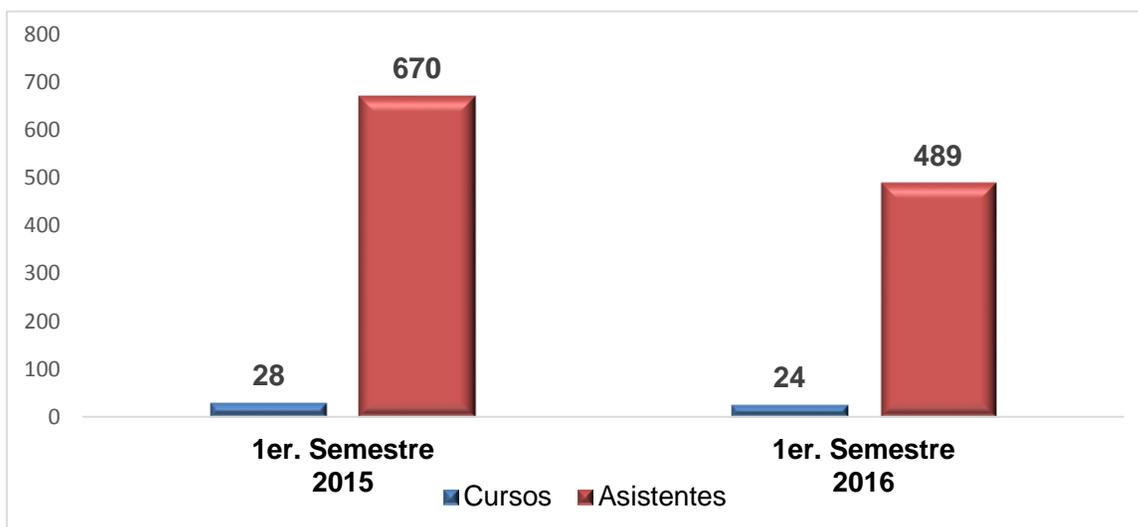
Los cursos de educación médica continua impartidos fueron los siguientes:

	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Elaboración de programa anual de trabajo	18 al 22 enero	17
2	Farmacología para enfermeras	10 al 12 febrero	193
3	Curso de apoyo vital en trauma (ATLS)	5 y 6 febrero	16
4	Cómo tratar con personas difíciles	8 al 12 febrero	8
5	Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio	15 al 19 febrero	12
6	Curso taller microcirugía laparoscópica	15 al 19 febrero	1
7	Curso taller de terapia de soporte renal continuo con máquina PRISMA	22 al 24 febrero	26
8	Microcirugía I	22 al 26 febrero	4
9	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	2 al 4 marzo	10
10	XXX Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	7 al 11 marzo	35
11	Microcirugía I	7 al 11 marzo	6
12	II Curso integral de obstetricia crítica	23, 30 abril y 7 mayo	99
13	2do. Congreso en neonatología "28 días de cuidados, retos y seguridad en la atención del recién nacido"	7 al 11 marzo	168
14	Curso avanzado de apoyo a la lactancia materna	9 al 11 marzo	29
15	Descodificación para el área de la Salud	28 al 1 marzo	19
16	Transformación personal con enfoque humanístico	4 al 6 abril	54
17	V Curso sobre abordaje clínico y diagnóstico del paciente en estado de coma	18 al 22 abril	112
18	Ginecología y obstetricia para enfermeras	25 al 27 abril	87
19	VIII Curso de calidad y seguridad del paciente	27 al 29 abril	243
20	Curso taller calidad y seguridad en el paciente con enfermedad renal crónica y sus alteraciones de tratamiento	6 al 8 abril	10
21	Preparación para la certificación en terapia respiratoria	6 al 8 y 14 al 15 abril	88
22	Legislación en salud	11 al 15 abril	6
23	Diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería	13 al 15 abril	27
24	Microcirugía II	25 al 29 abril	4
25	III Curso interinstitucional de terapia intensiva para la seguridad del paciente en estado crítico	16 al 20 mayo	444
26	IV Curso de bioética "aspectos éticos y legales en la atención del paciente"	24 al 26 mayo	90
27	Bioética y legislación del profesional de la salud	24 al 26 mayo	94
28	Urgencias y emergencias en medicina del deporte	2 al 6 mayo	14
29	Microcirugía I	9 al 13 mayo	1
30	XXXI Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	23 al 27 mayo	40
31	Actualización para el personal de camillería	16 al 20 mayo	22
32	Microcirugía I	23 al 27 mayo	4

33	VIII Curso taller de nutrición clínica y metabolismo	27 y 28 mayo	255
34	Diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería	1 al 3 junio	31
35	XII Curso taller protocolo de investigación	6 al 10 junio	26
36	III Curso estudio clínico, diagnóstico y terapéutico de las cefaleas	6 al 10 junio	133
37	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	8 al 10 junio	33
38	XXIV Curso taller de disección con mastoidectomía, timpanoplastia, osiculoplastia, estapedectomía y colocación del implante coclear en el hueso temporal	13 al 17 junio	25
39	Actualidades en coloproctología	15 al 17 junio	22
40	Calidad de atención al paciente cardiológico en estado crítico	15 al 17 junio	218
41	V Jornadas. Gestión y liderazgo en enfermería	15 al 17 junio	72
42	Director exitoso	20 al 24 junio	6
43	Curso taller laparoscopia urológica y Nefrolitotomía percutánea y endourología	23 al 24 junio	11
44	Impacto en la calidad y seguridad de la atención en las organizaciones de salud	27 al 29 junio	62
Total			2,877

Además de los cursos de educación continua, se llevó a cabo el curso propedéutico para médicos residentes de nuevo ingreso en el cual participaron 111 médicos residentes, y en el curso introductorio a los internos de pregrado primer semestre Generación 2016 se tuvo una participación de 59 asistentes.

13. Cursos de Capacitación.



Durante el periodo de reporte, se impartieron 24 cursos de capacitación en materia administrativa y gerencial, cuatro menos con respecto a los reportados en el mismo periodo de 2015 que fue de 28 cursos.

Asimismo, se observó un cumplimiento del 54.5% en la impartición de cursos en materia administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada anual de 44 cursos.

La asistencia a los cursos de capacitación fue de 489 participantes, mostrando un decremento del 27%, con respecto a los asistentes registrados en el mismo periodo de 2015 que fue de 670. Este resultado se debió a que hubo menor asistencia en los siguientes cursos: Curso taller sobre mejora de los procesos y Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario.

Los cursos de capacitación impartidos fueron los siguientes:

No.	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Word básico	25 de enero al 8 de febrero	16
2	Word intermedio	9 al 22 de febrero	9
3	Inducción al puesto de enfermería	1 al 12 de febrero	4
4	Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario	2 de febrero	89
5	Curso-taller sobre mejora de los procesos	24 al 26 de febrero	17
6	Excel intermedio	7 al 18 de marzo	8
7	Curso de CRT 2016	20 al 23 de febrero	1
8	L curso anual de radiología e imagen	17 al 20 de febrero	4
9	Liderazgo	4 al 8 de abril	23
10	Curso taller sobre mejora de los procesos	28 al 30 de marzo	44
11	Curso taller reanimación cardiopulmonar adulto (RCP)	4 de abril	9
12	Calidad en el servicio y atención al paciente	11 al 19 de abril	19
13	Introducción a la computación	18 al 22 de abril	8
14	Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario	12 de abril	59
15	Control interno	25 al 27 de abril	21
16	Ortografía y redacción	9 al 13 de mayo	11
17	Excel básico	9 al 20 de mayo	8
18	Movilización y traslado de pacientes	16 al 20 de mayo	17
19	Manuales de organización	23 al 25 de mayo	11
20	Access	6 al 17 de junio	10
21	Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario	21 de junio	41
22	Inducción de gestión de proceso para la transformación institucional	20 al 24 de junio	30
23	Barreras de seguridad en el sistema de medicación	23 al 24 de junio	17
24	Capacitación al personal de enfermería en trato digno con calidad y seguridad al paciente en el servicio de consulta externa	marzo 15, 22 y 29, abril 5, 12, 19, 26 mayo 3, 17 y 24	13
Total			489

14. Sesiones Interinstitucionales.

En el periodo de reporte se realizaron cinco sesiones interinstitucionales:

1. **Obesidad, un reto global.** En esta sesión se expusieron datos que permiten afirmar que la obesidad es una pandemia y que junto al sobrepeso, nuestro país ocupa un preocupante segundo lugar de manera general y en la obesidad y sobrepeso infantil el primer lugar. Se hizo un recuento de los programas que la Secretaría de Salud ha implementado desde hace varias administraciones y la necesidad de reforzar la educación para la salud y prevenir la enfermedad. Se contó con una participación 450 asistentes.
2. **Epidemiología, prevención y control de las infecciones nosocomiales en países con recursos limitados: Experiencia de INICC.** Durante la sesión, el Presidente de la Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales, expuso a la comunidad hospitalaria, su trabajo en la compilación de la información sobre infecciones asociadas a los cuidados de la salud y el desarrollo de estudios multicéntricos para la prevención de estas infecciones y las diferencias entre países desarrollados y aquellos con recursos limitados. El Hospital Juárez de México, participa en estos estudios y una profesional del Hospital fue nombrada Directora de País para México INICC. Se contó con con una participación 319 asistentes.
3. **Mutaciones del gen AIP en acromegálicos mexicanos y el gigante de Tampico.** En esta sesión, se hizo una exposición sobre las enfermedades asociadas a la hormona del crecimiento y su relación con la genética, de manera especial las mutaciones del gen AIP. Se contó con la asistencia de 255 participantes.
4. **Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales.** Como iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, se expuso un programa internacional para prevenir, detectar y tratar oportunamente enfermedades visuales causantes de discapacidad, debido a que México es uno de los primeros países de nivel regional en incorporarse a este programa y que cuenta con una comisión de alto nivel para su ejecución. Se contó con la asistencia de 311 participantes
5. **Avances y retos del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).** Durante la sesión, se presentó el objetivo del Sistema, como una entidad financiera para cubrir una amplia cartera de servicios de atención a la salud en sus diferentes formas: CAUSES, Gastos Catastróficos, Siglo XXI, para la población sin seguridad social. Además, se habló sobre la reforma del sistema de salud planteada por la actual administración federal. Se contó con la asistencia de 305 participantes.

15. Sesiones por Teleconferencia.

Durante el periodo de reporte, se realizaron 18 sesiones de teleconferencia relacionadas con el Diplomado Especializado de Gerencia y Certificación Médica, mostrando una disminución de tres videoconferencias con relación al mismo período de 2015, en el cual se realizaron 21. Este resultado se debió a se recibieron menos solicitudes para la proyección de las mismas.

16. Congresos Organizados.

Durante el período de reporte, se llevó a cabo el “2° Congreso en neonatología 28 días de cuidados, retos y seguridad en la atención del recién nacido”. El objetivo fue enriquecer el conocimiento del profesional de enfermería en el cuidado integral del paciente neonatal, con la finalidad de aplicar un juicio clínico en la atención del recién nacido sano o enfermo con base en la aplicación de técnicas y tecnologías innovadoras que fomenten una práctica de seguridad y calidad. Se contó con 168 asistentes de diversas instituciones de salud y educación superior.

Se llevaron a cabo las “V Jornadas gestión y liderazgo en enfermería”, en las cuales se trataron temas relacionados con el papel de las profesionales de enfermería en el proceso de gestión de los servicios, particularmente hospitalarios y de la atención a la salud. Se contó con 72 participantes.

17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.

En el período que se reporta se entregaron nueve reconocimientos a profesores por antigüedad académica en la Facultad de Medicina de la UNAM.

La Fundación Academia Aesculap México, A.C. y el Colegio Mexicano de Anestesiología otorgó el Premio Aesclepio a la Dra. Clara Elena Hernández Bernal médica anestesióloga, en reconocimiento a su invaluable labor docente en la formación de nuevos profesionales en el área de Anestesiología, enriquecida con sus aportaciones académicas y editoriales.

Durante el XXI Congreso del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, se otorgó el primer premio en el concurso de trabajos libres al Dr. Abraham Olvera Maldonado, Médico residente de sexto año de la especialidad en Biología de la Reproducción Humana; por la presentación del trabajo titulado “Prevalencia de Sarcopenia en las pacientes de la clínica de menopausia del Hospital Juárez de México”.

Otros Aspectos.

Sesiones Académicas

Durante el periodo de enero a junio de 2016, se llevó a cabo un total de 25 sesiones generales, con una asistencia de 8,017 participantes. La modalidad que tienen las Sesiones Generales es la siguiente:

- La primera sesión de cada mes está a cargo de los diferentes servicios médicos, con el propósito de presentar temas multidisciplinarios, algunos de los servicios que han participado son: Ginecología, Anatomía Patológica, Neurología, Nefrología, Infectología, Reumatología, Ginecología Oncológica, Pediatría, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria y Trabajo Social.
- La segunda sesión del mes, está a cargo de La Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital Juárez de México, en las cuales se expusieron temas como cáncer, virus del papiloma humano, adicciones, entre otros con la finalidad de actualizar y difundir conocimientos sobre problemas importantes de salud en el país.

- La tercera sesión del mes, es coordinada por el Servicio de Anatomía Patológica, en la cual se revisan casos anatomo-patológicos de interés.
- La cuarta sesión del mes, le correspondió a la Dirección General, en las cuales se presentaron las cinco sesiones interinstitucionales y el Programa Institucional 2015-2020 del Hospital Juárez de México.

Convenios

Se cuenta con un total de 12 convenios con instituciones educativas. En el siguiente cuadro se muestran las instituciones y el nombre del convenio:

No.	Institución	Nombre
1	Universidad Justo Sierra	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado.
2	Universidad Justo Sierra	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos.
3	UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Convenio de Colaboración para el desarrollo del Programa de Formación y Capacitación de Recursos Humanos de la Residencia de Medicina Conductual.
4	Universidad del Valle de México	Convenio Específico de Colaboración en materia de Servicio Social y Estancias Profesionales (Fisioterapia, Nutrición y QFB.)
5	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	Convenio de colaboración con el fin de que el IPN en su carácter de depositario secundario de cadáveres.
6	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Convenio de colaboración en materia de rotaciones de residentes de especialidades médicas y quirúrgicas.
7	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado.
8	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos.
9	Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz	Convenio de Colaboración en materia de Atención Médica y Enseñanza.
10	Hospital General "Dr. Manuel Gea González".	Convenio de Colaboración en materia de capacitación al personal del HJM en el manejo del Sistema para Cirugía Asistida Robótica DA VINCI SI.
11	Universidad Tecnológica de México S.C. (UNITEC)	Convenio de Colaboración Académica en materia de Servicio Social y Prácticas Profesionales de la Licenciatura en Nutrición.
12	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.	Convenio de Colaboración en Materia de Internado de Pregrado en Pediatría.

Los siguientes convenios se excluyeron por:

1. El convenio celebrado con el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA) de la Ciudad de la Habana Cuba, no se renovará debido a que personal del Hospital

Juárez de México no ha ido a capacitarse porque no se cuenta con el recurso para el pago a la Universidad de destino.

2. El convenio celebrado con el Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero Saldaña” Chimalhuacán, no se renovará debido a que no se cumplió el objetivo del convenio.
3. Los convenios que estaban en trámite con la UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y TECMILENIO se excluyen porque no llegaron a su conclusión.

Unidad de Investigación Quirúrgica

Durante el primer semestre de 2016, la unidad de Investigación Quirúrgica realizó las siguientes actividades:

Sesiones, cursos y/o prácticas	No. sesiones	Animales utilizados	Participantes
Curso de Microcirugía	5	99	29
Diplomado de Laparoscopia Oncológica	32	7 pollo	11
WET LAB Oftalmología	1	20 ojos de cerdo	9
Curso de Microcirugía	1	3 ratas	5
Curso de Cuidados Intensivos Neurológicos	3	3 cerdo	37
Curso de Técnicas Quirúrgicas para Enfermeras	1	--	65
Curso de Fresado de Hueso Temporal	1	---	25

Logros de la Unidad de Enseñanza

Se capacitó a 50 profesores en el curso de “Tecnología para la Educación en Salud” impartido por la Escuela Nacional de Medicina del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

En el año académico 2015-2016 se alcanzó el 80% de Diplomación Oportuna de los egresados de los cursos universitarios de especialización, avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM.

Debilidades de la Unidad de Enseñanza

Falta de supervisión por parte de los profesores a las actividades asistenciales del médico residente.

Falta de un acervo bibliográfico actualizado en la biblioteca.

Modelo de enseñanza tradicional en la formación de recursos humanos para la salud.

Mobbing dentro del personal en formación.

Avances del Programa de Trabajo 2016.

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2016, de la Unidad de Enseñanza:

Para dar cumplimiento al objetivo de formar, capacitar y actualizar recursos humanos especializados para la salud, se logró un cumplimiento del 47.3% en la Eficacia en la impartición de cursos de educación continua, al impartirse 44 cursos de los 93 programados. Contando con la participación de 1,957 asistentes externos de un total de 2,877 participantes que recibieron constancia, con lo que se contribuye a la actualización de profesionales de la salud de otras instituciones.

En cuanto a los cursos impartidos en materia administrativa y gerencial, se alcanzó un cumplimiento del 54.5% al otorgar 24 cursos de un total de 44 programados, lo que permitió mejorar las habilidades y competencias de 489 trabajadores en el desarrollo de sus funciones del personal médico, enfermería, administrativos, camilleros, entre otros.

Con la finalidad de mejorar la formación por competencias de los médicos residentes, se fomentó a los 357 médicos residentes inscritos a los cursos de especialidad y alta especialidad, a presentar la evaluación del Programa Único de Especialidades Médicas de la UNAM (PUEM), logrando el 100% de cumplimiento en este indicador.

Durante el periodo de reporte, se realizaron 25 sesiones interinstitucionales, las cuales permitieron conocer las experiencias de otras instituciones de salud y educativas en las distintas disciplinas de la atención a la salud; alcanzando un 50% de cumplimiento.

Para mejorar la detección de necesidades de capacitación acorde a las necesidades de la institución, se aplicó la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) dentro del Hospital, contando con la participación de 1,207 trabajadores que participaron en el llenado de la encuesta de necesidades, de las áreas de Trabajo Social, Enfermería, Servicios Generales, entre otras. Alcanzando la meta comprometida del 50.3% del total de 2,400 trabajadores en plantilla.

Se presentaron tres propuestas de instituciones educativas que ofertan cursos de inglés a la Dirección de Administración, para autorización de presupuesto, además de realizar las gestiones correspondientes ante el patronato del Hospital, para la obtención de recursos.

Programa de Trabajo 2016

Nombre de la Dirección de Área: Unidad de Enseñanza.
Nombre del Programa Presupuestal: E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud".
Responsable: Dr. Carlos Viveros Contreras.

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento	
1	1. Formar, capacitar y actualizar recursos humanos especializados para la salud, que brinden los conocimientos y las competencias de una atención a la salud con calidad y seguridad a los pacientes.	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	2.2.1 Actualización en Capacitación y Desarrollo (ACCADE)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua V1: Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo / V2: Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo x 100	92 93 = 98.9%	Trimestral	N / A	44 93 = 47.3% Se tuvo un cumplimiento del 47.3% en la eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con relación a la meta anual programada de 98.9%. Esta variación se debió a que durante el primer semestre se impartieron un total de 44 cursos, contando con una asistencia de 2,877 profesionales de la salud.	
2	2. Incrementar la oferta de eventos de actualización capacitación y desarrollo a profesionales y técnicos de la salud, así como administrativos del Hospital Juárez de México y de la Zona Metropolitana del Valle de México.			Porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial V1: Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial / V2: Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100	39 44 = 88.6%	Trimestral	N / A	24 44 = 54.5% Se tuvo un cumplimiento del 54.5% en el porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada de 88.6%. Este resultado se debió a que se impartieron un total de 24 cursos, en donde asistieron 489 servidores públicos.	
3	3. Mejorar la formación por competencias de los médicos residentes contempladas en el PUEM.		2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias	Porcentaje de aprobación del PUEM V1: Número de médicos residentes que aprueban el PUEM / V2: Médicos Residentes inscritos en el PUEM x 100	321 357 = 90%	Semestral	N / A	357 357 = 100% Se tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de aprobación del PUEM, con relación a la meta programada del 90%. Este resultado se debió a que el programa académico de los cursos universitarios de especialización, obliga al médico residente a presentar un examen departamental anual.	
4	4. Generar sesiones con instituciones hospitalarias y multidisciplinarias que enriquezcan la obtención de conocimiento		2.2.8 Sesiones académicas interdisciplinarias	Porcentaje de Sesiones Interinstitucionales V1: Número de sesiones interinstitucionales realizadas / V2: Número de sesiones interinstitucionales programadas x 100	48 50 = 96%	Anual	N / A	25 50 = 50% Se tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de sesiones interinstitucionales, con relación a la meta programada de 96%, debido a que no hubo sesiones suspendidas.	
5	5. Mejorar la detección de necesidades de capacitación acorde a las funciones de los trabajadores y de la Institución.		2.2.9 Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación	Participación en la encuesta V1: Número de personas que participan en la encuesta de necesidades / V2: Total de trabajadores del hospital x 100	1,200 2,400 = 50%	Anual	N / A	1,207 2,400 = 50.3% Se tuvo un cumplimiento del 50.3% de la participación en la encuesta, con respecto a la meta programada de 50%. Este resultado se debió a que 1,207 personas respondieron la encuesta de detección de necesidades.	
6			2.2.10 Oferta al personal en inglés, habilidades gerenciales, diplomados y maestrías	Eficacia en la impartición de cursos de inglés V1: Número de cursos de inglés realizados / V1: Número de cursos de inglés programados x 100	1 2 = 50%	Anual	Gestionar	0 2 = 0% Durante el periodo de reporte, únicamente se iniciaron las gestiones ante el Patronato del Hospital para la obtención de recursos.	
7			4.1.2 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - cultura	Participación de los médicos en formación en la sesión cultural organizada por la Unidad de Enseñanza V1: Número de médicos en formación asistentes a la sesión cultural organizada por la Unidad de Enseñanza / V2: Número total de médicos en formación en el hospital x 100	129 430 = 30%	Anual	Gestionar	0 430 = 0% Durante el primer semestre de 2016, no se tiene cumplimiento de la meta, debido a que el evento cultural organizado por la Unidad de Enseñanza está programado para octubre, el cual se realizará de manera conjunta con la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.	
8	6. Incentivar al personal para mejorar su desarrollo		4. Desarrollo Organizacional y Clima Laboral	4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - inglés	Eficacia en la impartición de cursos de inglés V1: Número de cursos de inglés realizados / V2: Número de cursos de inglés programados x 100	1 2 = 50%	Anual	Gestionar	0 2 = 0% Durante el periodo de reporte, únicamente se iniciaron las gestiones ante el Patronato del Hospital para la obtención de recursos.
9			4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - estímulos	Eficiencia al mejor desempeño V1: Estímulos a los Jefes de Servicio reconocidos / V2: Total de Jefes de Servicio x 100	2 52 = 3.8%	Anual	N / A	0 52 = 0% El cumplimiento del indicador se tiene programado concluir para el segundo semestre de 2016.	

Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016 del Programa Presupuestal E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud".

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2016							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2016							
Informe de <u>enero - junio</u> 2016							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: <u>NAW</u>							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							
NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"							
ÁREA: FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA SALUD							
PROPÓSITO (5)	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.7	97.5	95.3	2.3	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 2.3% de porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 97.5%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que de un total de 3,019 profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua, 142 profesionales no recibieron constancia de conclusión debido a que no cumplieron con la asistencia requerida.</p> <p>EFFECTOS: Los profesionales de la salud actualizados, mejoran sus conocimientos técnicos o de vanguardia en sus áreas de especialidad.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución	6,365	2,600	2,877			
	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado x 100	6,381	2,667	3,019			
COMPONENTE (8)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	98.9	97.9	93.6	4.4	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 4.4% de eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 97.9%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que de los 46 cursos de educación continua programados, se impartieron únicamente 44, debido a la cancelación de dos cursos por falta de asistentes.</p> <p>EFFECTOS: El no cumplir con el Programa de Actividades Académicas, afecta la actualización de profesionales de la salud del Hospital y de otras instituciones en temas que les permiten mejorar sus conocimientos en la práctica clínica con técnicas innovadoras y brindar una mejor atención a los usuarios.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	92	46	44			
	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	93	47	47			
COMPONENTE (9)	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	69.8	68.2	64.8	5.0	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 5.0% en el porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 68.2% que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que se registraron 135 profesionales externos más en relación a los 1,820 participantes externos programados a los cursos de educación continua impartidos por la Institución. Además, se contó con un incremento del 13.1% en el total de participantes en los cursos de educación continua, en relación a los 2,667 programados. Este resultado se debió a una mayor difusión por parte de las áreas organizadoras, además en las reuniones mensuales con los organizadores de los cursos se les reiteró cumplir con lo programado.</p> <p>EFFECTOS: El Hospital contribuye en la actualización de profesionales de otras instituciones del Sector Salud al brindar cursos de alta calidad, beneficiando a la población usuaria.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	4,455	1,820	1,955			
	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100	6,381	2,667	3,019			
COMPONENTE (10)	Percepción sobre la calidad de la educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	9.4	9.1	9.1	0.0	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 100.0% en la percepción sobre la calidad de la educación continua, con respecto a la meta programada de 9.1% que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la que se logró un cumplimiento satisfactorio obedece a que hubo más asistentes que participaron en los cursos de educación continua, quienes manifestaron una buena percepción en el desarrollo de los mismos y de los contenidos de los eventos.</p> <p>EFFECTOS: La percepción de la calidad sobre los cursos de educación continua de 9.1 refleja un alto grado de satisfacción con los aspectos que se evalúan, de los contenidos, los docentes y la organización de los cursos.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	58,001	22,549	24,227			
	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	6,200	2,479	2,668			

ACTIVIDAD (14)	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.7	93.6	106.0	13.2	ROJO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 13.2% de eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 93.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que se registró un incremento del 13.1% de profesionales de la salud que se inscribieron a los cursos de educación continua realizados por la institución, derivado de los temas y el contenido de los cursos.
	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	6,381	2,667	3,019			EFFECTOS: La actualización de un mayor número de profesionales de la salud, se refleja en la utilización de prácticas más seguras y mejor utilización de los recursos existentes, que impactan favorablemente la estadía de los pacientes; beneficiando económicamente a las instituciones de donde provienen los participantes.
	Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100	6,401	2,848	2,848			OTROS MOTIVOS:
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"							
ÁREA: CAPACITACIÓN GERENCIAL Y ADMINISTRATIVA							
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100	89.9	92.0	84.0	8.7	AMARILLO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 8.7% en el porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada de 92.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que 93 servidores públicos no recibieron constancia de conclusión, debido a que no cumplieron con el requisito del 80% de asistencia. A pesar del incremento del 16.4% en el número de servidores públicos inscritos a los cursos de capacitación administrativa y gerencial, y que se impartieron dos cursos más con respecto a los programados.
	Número de servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	890	460	489			Cabe aclarar, que 101 asistentes a los cursos de capacitación administrativa y gerencial, no fueron considerados en la productividad de enero a mayo, por error en la interpretación de la ficha técnica. Sin embargo, para este periodo de reporte ya fueron considerados.
	Número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitación administrativa y gerencial x 100	990	500	582			EFFECTOS: Los servidores públicos capacitados mejoran sus competencias para el desarrollo de sus funciones. OTROS MOTIVOS:
COMPONENTE (3)	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100	88.6	91.7	100.0	9.1	AMARILLO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 9.1% de porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada de 91.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debieron a que se impartieron un total de 24 cursos en materia administrativa gerencial (Word Básico, Word intermedio, tres Cursos de sensibilización y Capacitación en Trato Digno al usuario, Inducción al puesto de Enfermería, dos Cursos Taller sobre mejora de los procesos, Excel Intermedio, Curso de CRT 2016, L curso anual de radiología e imagen, Curso Taller RCP adulto, Liderazgo, Calidad en el servicio y atención al paciente, Introducción a la computación, Control Interno, Movilización y traslado de pacientes, Ortografía y redacción, Excel básico, Manuales de Organización, Access, Inducción de gestión de proceso para la transformación institucional, Barreras de seguridad en el sistema de medicación, y curso de Capacitación al personal de enfermería en trato digno con calidad y seguridad al paciente en el servicio de consulta externa) logrando un incremento en un 9.1% con relación a los 22 cursos impartidos programados en materia administrativa y gerencial.
	Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	39	22	24			EFFECTOS: Se mejoran las habilidades y competencias de los trabajadores en el desarrollo de sus funciones.
	Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100	44	24	24			OTROS MOTIVOS:

ATENCIÓN MÉDICA

En cumplimiento al acuerdo presentado y autorizado por la H. Junta de Gobierno, relacionado con la modificación al Programa Anual de Trabajo 2016 y el formato para el Informe de Autoevaluación del Director General del Hospital Juárez de México, en específico al apartado de atención médica.

Se presentan los avances de cumplimiento de enero a junio de 2016, de los indicadores de consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, terapia intensiva, control de infecciones, atención ambulatoria, inmunización por vacunación y de atención específica en los formatos establecidos denominados “Información estadística hospitalaria, Información estadística epidemiológica, Cirugías extramuros e Indicadores de desempeño de medicina de alta especialidad”.

1. Información estadística hospitalaria

Unidad Administrativa u Órgano Coordinado:						Hospital Juárez de México														ÍNDICE DE VARIACIÓN (programado/ alcanzado)	OBSERVACIONES		
No.	PROCEDENCIA DEL CONCEPTO	TEMA	ÁREA	CONCEPTO	VINCULADO A INDICADORES	COMPORTAMIENTO EN EL TIEMPO						CICLO 2016											
						2013	2014	2015	2016	2017	2018	1er trimestre		2o trimestre		3er trimestre		4o trimestre				ACUMULADO	
						Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado	Programado o Estimado	Alcanzado				
1	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Consultas	Consulta Externa	Preconsulta	SI	11,878	10,016	12,107	5,665			2,960	2,470	3,250	3,195					6,200	5,665	0.9	
2	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Consultas	Consulta Externa	Consulta de primera vez	SI			4,259				2,065	1,873	2,275	2,386					4,340	4,259	1.0	
3	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Consultas	Consulta Externa	Consultas subsiguientes	SI	149,450	148,388	156,790	74,332			35,283	35,070	38,874	39,262					74,157	74,332	1.0	
4	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Consultas	Consulta Externa	Consultas de urgencia o Admisión Continua	SI	33,003	34,298	47,231	27,334			13,788	13,518	14,092	13,816					27,881	27,334	1.0	
5	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Hospitalizados	Hospitalización	Ingresos a hospitalización por urgencias	SI	8,759	8,390	8,922	4,910			2,538	2,488	2,470	2,422					5,008	4,910	1.0	
6	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Hospitalizados	Hospitalización	Via ingreso programado		8,950	9,029	9,339	4,768			2,248	2,204	2,615	2,564					4,863	4,768	1.0	
7	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Egresos por Mejoría	SI	17,266	17,016	17,095	8,749			4,225	4,214	4,275	4,535					8,500	8,749	1.0	
8	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Alta voluntaria		2	13	113	114			59	58	57	56					116	114	1.0	
9	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Traslado a otra unidad		0	0	3	1			1	1	0	0					1	1	1.0	
10	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Defunción en servicios obstétricos Materna		2	1	0	1			0	0	1	1					1	1	1.0	
11	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Defunción en servicios obstétricos Obito		31	39	46	19			6	6	13	13					19	19	1.0	
12	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Egresos Hospitalarios	Hospitalización	Defunción en servicios obstétricos Neonatal		2	2	10	4			3	3	1	1					4	4	1.0	
13	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Intervenciones Quirúrgicas	Cirugía	Estancia corta Cirugía Mayor		535	552	567	223			97	95	131	128					227	223	1.0	
14	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Intervenciones Quirúrgicas	Cirugía	Estancia corta Cirugía Menor		3,057	3,663	3,962	2,529			1,113	1,091	1,467	1,438					2,580	2,529	1.0	
15	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA - INFORMACIÓN GENERAL - 1	Intervenciones Quirúrgicas	Cirugía	Área de hospitalización Cirugía Mayor		9,750	6,769	9,696	4,841			2,403	2,356	2,535	2,485					4,938	4,841	1.0	

16	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Intervenciones Quirúrgicas	Cirugía	Área de hospitalización Cirugía Menor		0	0	0	0		0	0	0	0				0	0	#DIV/0!	No aplica
17	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Intervenciones Obstétricas	Cirugía	Partos		1,982	1,841	1,864	977		496	486	501	491				997	977	1.0	
19	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Intervenciones Obstétricas	Cirugía	Abortos incompletos atendidos		49	48	47	33		18	18	15	15				34	33	1.0	
20	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Exámenes de Laboratorio	Laboratorio	Exámenes generales		1,456,121	1,442,893	1,529,543	744,342		394,600	386,863	364,629	357,479				759,229	744,342	1.0	
21	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Exámenes de Laboratorio	Laboratorio	Exámenes Especializados		45,014	53,596	57,484	35,486		17,394	17,053	18,802	18,433				36,196	35,486	1.0	
22	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes de la Institución	Archivo Clínico y Estadística	262,660	264,179	292,980	145,952		70,644	69,259	78,227	76,693				148,871	145,952	1.0	
23	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Atendidos	Archivo Clínico y Estadística	Pacientes de Seguro Popular		872	644	585	248		111	109	142	139				253	248	1.0	
24	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes de Seguro para una Nueva Generación	Archivo Clínico y Estadística	119	95	52	33		15	15	18	18				34	33	1.0	
25	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes de Fondo Protección Gastos Catastróficos	Archivo Clínico y Estadística	753	549	533	215		96	94	123	121				219	215	1.0	
26	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes de Intercambio de Servicios	Archivo Clínico y Estadística				0		0	0	0	0				0	0	#DIV/0!	El hospital no tiene intercambio de servicios con ninguna institución
27	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 1	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes otras instituciones y/o privados	Archivo Clínico y Estadística				168		87	85	85	83				171	168	1.0	
28	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Anatomopatología	Anatomía Patológica	Estudios histológicos		8,861	8,907	9,307	4,652		2,254	2,210	2,491	2,442				4,745	4,652	1.0	
29	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Anatomopatología	Anatomía Patológica	Estudios citológicos		5,150	5,471	5,716	2,688		1,333	1,307	1,409	1,381				2,742	2,688	1.0	
31	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Radiología	Radiología e Imagen	Estudios radiológicos		74,407	75,532	76,787	39,200		18,797	18,428	21,187	20,772				39,984	39,200	1.0	
32	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Ultrasonido	Radiología e Imagen	Ultrasonografía		12,955	14,631	14,555	7,174		3,439	3,372	3,878	3,802				7,317	7,174	1.0	
33	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Tomografía	Radiología e Imagen	Tomografía axial computarizada		11,070	11,123	12,125	7,038		3,192	3,129	3,987	3,909				7,179	7,038	1.0	
34	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Resonancia	Radiología e Imagen	Resonancia magnética		3,028	3,012	3,442	1,492		659	646	863	846				1,522	1,492	1.0	
35	FORMATO ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN GENERAL - 2	Pacientes Atendidos en Gabinete	Radiología e Imagen	Pacientes de la Institución		73,550	74,599	75,820	38,684		18,540	18,176	20,918	20,508				39,458	38,684	1.0	

54	INDICADORES IMAE	Consultas	Consulta Externa	Consultas programadas en el periodo	SI				109,063										109,055	109,063	1.0	
55	INDICADORES IMAE	Consultas	Consulta Externa	Consultas realizadas en el periodo	SI	211,477	212,056	227,323	109,063										107,760	109,063	1.0	
56	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Urgencias	Urgencias calificadas	SI	11,398	14,356	14,395	8,782										8,958	8,782	1.0	
57	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Urgencias	Urgencias no calificadas	SI	21,605	19,942	32,836	18,552										18,923	18,552	1.0	
58	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Urgencias	Internamientos a observación de urgencias	SI	12,876	11,431	13,960	7,978										8,138	7,978	1.0	
59	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Urgencias	Atenciones de urgencias	SI	33,003	34,298	47,231	27,334										27,881	27,334	1.0	
60	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Urgencias	Horas paciente en observación de urgencias	SI	10,715	24,715	32,318	7,978										8,138	7,978	1.0	
61	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Urgencias	Horas cama de observación de urgencias	SI				206,424										210,552	206,424	1.0	
62	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Hospitalización	Días estancia en hospitalización	SI	101,932	100,884	103,502	52,839										51,000	52,839	1.0	
63	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Hospitalización	Días Paciente en hospitalización	SI	120,112	118,709	121,928	62,394										58,560	62,394	1.1	
64	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Hospitalización	Camas censables en hospitalización	SI	393	393	387	387										387	387	1.0	
65	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Hospitalización	Egresos en hospitalización	SI	18,180	17,825	18,426	9,555										9,000	9,555	1.1	
66	INDICADORES IMAE	Expediente Clínico	Hospitalización	Expedientes clínicos que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	SI	307	431	397	251										230	251	1.1	
67	INDICADORES IMAE	Expediente Clínico	Hospitalización	Expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	SI	375	524	465	272										280	272	1.0	
68	INDICADORES IMAE	Expediente Clínico	Hospitalización	Expedientes clínicos abiertos con referencia	SI			4,018	259										2,160	259	0.1	
69	INDICADORES IMAE	Expediente Clínico	Hospitalización	Expedientes clínicos abiertos	SI			33,026	16,215										17,500	16,215	0.9	
70	INDICADORES IMAE	Expediente Clínico	Hospitalización	Pacientes con diagnóstico de egreso CE en expediente clínico	SI				9,555										9,000	9,555	1.1	A partir de la 2da. Semana de agosto se inicio con la codificación de diagnóstico de egreso en el expediente clínico
71	INDICADORES IMAE	Expediente Clínico	Hospitalización	Pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico	SI				9,555										9,000	9,555	1.1	

72	INDICADORES IMAE	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes admitidos por patología no resuelta extrahospitalariamente	SI				n/a										# VALOR!	n/a	n/a	No aplica
73	INDICADORES IMAE	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes admitidos con patología no resuelta	SI	n/a	n/a	n/a	n/a										# VALOR!	n/a	n/a	No aplica
74	INDICADORES IMAE	Pacientes Atendidos	Hospitalización	Pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta	SI	n/a	n/a	n/a	n/a										# VALOR!	n/a	n/a	No aplica
75	INDICADORES IMAE	Egresos hospitalarios	Hospitalización	Total de defunciones hospitalarias	SI	912	773	858	478			234	229	254	249				488	478	1.0	
76	INDICADORES IMAE	Egresos hospitalarios	Hospitalización	Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria	SI	667	550	603	327			164	161	169	166				334	327	1.0	
77	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Hospitalización Calidad	Usuarios de atención hospitalaria encuestados	SI				373			150	263	150	110				300	373	1.2	
78	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Calidad	Usuarios de atención hospitalaria con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos	SI				321			134	223	136	98				270	321	1.2	
79	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Calidad	Auditorías clínicas	SI				0			0	0	0	0				3	0	0.0	No se cuenta con la información todavía, en virtud de que es un indicador anual en la MIR E023 con una meta programada al 4to trimestre de 3 auditorías.
80	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Cirugías realizadas	SI	13,342	14,095	14,225	7,593			3,613	3,542	4,132	4,051				7,745	7,593	1.0	
81	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Sumatoria de tiempo quirúrgico en el periodo	SI							n/a	n/a	n/a	n/a				n/a	n/a	# VALOR!	La construcción del indicador es difícil de realizar dado que la disponibilidad de recursos humanos hace muy diferentes el número de equipos quirúrgicos
82	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Salas de Operaciones	SI	14	14	14	14			15	14	15	14				15	14	0.9	
83	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Días Laborables	SI	365	365	365	183			91	91	92	92				183	183	1.0	
84	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Cirugías ambulatorias	SI	535	552	567	223			97	95	131	128				227	223	1.0	
85	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Cirugías electivas realizadas después de 7 días de solicitada	SI	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a	n/a	n/a				# VALOR!	n/a	n/a	
86	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Pacientes operados por cirugía electiva	SI	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a	n/a	n/a				# VALOR!	n/a	n/a	
87	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía	SI	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a	n/a	n/a				# VALOR!	n/a	n/a	
88	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Expedientes clínicos con hoja de cirugía segura completamente requisitada	SI	10,285	10,432	10,263	5,064			2,500	2,451	2,665	2,613				5,165	5,064	1.0	

89	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Cirugía	Expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos	SI	10,285	10,432	10,263	5,064			2,500	2,451	2,665	2,613					5,165	5,064	1.0	
90	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Cirugía	Cirugías de alta especialidad realizadas	SI	1,500	1,471	1,288	859			428	420	448	439					876	859	1.0	
91	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Cirugía	Complicaciones quirúrgicas	SI				0			0	0	0	0					0	0	#DIV/0!	La construcción del indicador requiere de modificar los registros actuales de las intervenciones quirúrgicas agregando en el seguimiento de
92	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Cirugía	Procedimientos anestésicos	SI	12,479	12,121	12,000	6,215			3,109	3,048	3,230	3,167					6,339	6,215	1.0	
94	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Cirugía	Defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica	SI				53			30	29	24	24					54	53	1.0	
95	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Terapia Intensiva	Pacientes en Terapia Intensiva	SI	227	260	310	142			70	69	74	73					145	142	1.0	
96	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Terapia Intensiva	Días cama en Terapia Intensiva	SI	3,212	2,749	2,383	1,258			784	769	499	489					1,283	1,258	1.0	
97	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Terapia Intensiva	Días paciente en Terapia Intensiva	SI	2,972	2,565	395	185			97	95	92	90					189	185	1.0	
98	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Terapia Intensiva	Autopsias realizadas por defunciones en Terapia Intensiva	SI				0			0	0	0	0					0	0	#DIV/0!	El número de total de autopsias es muy bajo en el hospital y ninguna corresponde a la UCI
99	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Terapia Intensiva	Defunciones en Terapia Intensiva	SI	117	122	114	23			11	11	12	12					23	23	1.0	
100	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Terapia Intensiva	Pacientes con úlceras por presión durante su estancia en Terapia Intensiva	SI				0			0	0	0	0					0	0	#DIV/0!	Este indicador no tiene un antecedente de información disponible y confiable para construirlo debido a una falta de registro puntual de los pacientes
101	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Terapia Intensiva	Extubaciones no planificadas	SI				0			3	3	3	3					6	6	1.0	
102	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Terapia Intensiva	Pacientes intubados	SI				839			569	558	287	281					856	839	1.0	
103	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Pacientes con Infección Nosocomial	SI	397	485	570	270			129	126	147	144					275	270	1.0	
104	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Días Estancia de Pacientes con Infección Nosocomial	SI				65,487			31,620	31,000	35,177	34,487					66,797	65,487	1.0	
105	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Pacientes con Infección Nosocomial en Terapia Intensiva	SI	118	125	96	42			33	32	10	10					43	42	1.0	
106	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Días Estancia de Pacientes con Infección Nosocomial en Terapia Intensiva	SI				12,648			6,332	6,208	6,569	6,440					12,901	12,648	1.0	

107	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Infecciones asociadas a catéter venoso central	SI	8	5	2	4			1	1	3	3					4	4	1.0	
108	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Días Catéter Venoso Central	SI				18,196			8,653	8,483	9,907	9,713					18,560	18,196	1.0	
109	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Infecciones urinarias asociadas a catéter urinario	SI				24			11	11	13	13					24	24	1.0	
110	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Días Catéter Urinario	SI				10,936			5,115	5,015	6,039	5,921					11,155	10,936	1.0	
111	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Neumonías asociadas a Ventilador Mecánico	SI				80			51	50	31	30					82	80	1.0	
112	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Días Ventilador Mecánico	SI				3,752			2,187	2,144	1,640	1,608					3,827	3,752	1.0	
113	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Bacteriemias por Staphylococcus Aureus medicina resistente	SI				0			0	0	0	0					0	0	#DIV/0!	No se ha detectado ninguna bacteremia por este germen
114	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Hemocultivos tomados	SI				1,916			1,002	982	953	934					1,954	1,916	1.0	
115	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Control de Infecciones	Infecciones por Bacilos Gramnegativos Multidrogorresistentes	SI				94			56	55	40	39					96	94	1.0	
116	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Infecciones Intrahospitalarias	SI	556	671	741	338			172	169	172	169					345	338	1.0	
117	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Control de Infecciones	Infecciones por Clostridium difficile	SI				16			6	6	10	10					16	16	1.0	
118	INDICADORES IAMAE	Atención Médica	Hospitalización Control de Infecciones	Casos de Diarrea Intrahospitalaria	SI				41			23	23	18	18					42	41	1.0	
119	INDICADORES IAMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Sesiones de Rehabilitación Especializadas	SI	157,132	175,254	173,921	75,730			39,353	37,805	43,355	37,925					82,708	75,730	0.9	
120	INDICADORES IAMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios de Alta Especialidad	SI				5,621			2,355	2,471	2,381	3,150					4,736	5,621	1.2	
121	INDICADORES IAMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Total de Procedimientos Diagnósticos	SI				17,873			2,718	2,820	2,748	15,053					5,466	17,873	3.3	
122	INDICADORES IAMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Procedimientos Terapéuticos Ambulatorios de Alta Especialidad	SI				321			118	115	130	206					248	321	1.3	
123	INDICADORES IAMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Procedimientos Terapéuticos Ambulatorios	SI				373			148	140	162	233					310	373	1.2	

124	INDICADORES IMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Usuarios ambulatorios con Percepción de Satisfacción de Calidad de Atención recibida superior a 80 puntos	SI				954		536	229	544	725					1,080	954	0.9	
125	INDICADORES IMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Atención Ambulatoria	Usuarios en Atención Ambulatoria encuestados	SI				1,114		600	266	600	848					1,200	1,114	0.9	
126	INDICADORES IMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Estudios realizados	Estudios interpretados en tiempo estándar	SI				0		0	0	0	0					0	0	#¡DÍVÓ!	La información no esta disponible
127	INDICADORES IMAE	Medicina Física y Rehabilitación	Hospitalización Estudios realizados	Estudios realizados	SI	74,407	75,532	76,787	39,200		18,797	18,428	21,187	20,772					39,984	39,200	1.0	
128	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Immunización por Vacunación	Pacientes atendidos vacunados contra influenza en temporada invernal (1 oct-31mar)	SI				n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					n/a	n/a	#¡VALOR!	
129	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Hospitalización Immunización por Vacunación	Pacientes atendidos en temporada invernal (1 oct-31mar)	SI				n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					n/a	n/a	#¡VALOR!	
130	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Immunización por Vacunación	Trabajadores en contacto con pacientes inmunizados con esquema completo de hepatitis B	SI	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					n/a	n/a	#¡VALOR!	
131	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Hospitalización Immunización por Vacunación	Total de Trabajadores en contacto con pacientes	SI				10,080		5,141	5,040	5,141	5,040					10,282	10,080	1.0	
132	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Hospitalización Immunización por Vacunación	Trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal (1 oct-31mar)	SI				n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					#¡VALOR!	n/a	#¡VALOR!	
133	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Hospitalización Immunización por Vacunación	Trabajadores que laboraron en el periodo invernal (1 oct-31mar)	SI				n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					#¡VALOR!	n/a	#¡VALOR!	
134	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Hospitalización Immunización por Vacunación	Médicos residentes vacunados contra influenza en temporada invernal (1 oct-31mar)	SI				n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					#¡VALOR!	n/a	#¡VALOR!	
135	INDICADORES IMAE	Acciones Complementarias	Hospitalización Immunización por Vacunación	Médicos residentes que laboraron en el periodo invernal (1 oct-31mar)	SI				n/a		n/a	n/a	n/a	n/a					#¡VALOR!	n/a	#¡VALOR!	
136	INDICADORES IMAE	Especialidades	Atención Específica/Indicadores Especiales	Días paciente en unidad coronaria	SI	1,331	504	1,451	174		89	87	89	87					177	174	1.0	
137	INDICADORES IMAE	Especialidades	Atención Específica/Indicadores Especiales	Días cama en unidad coronaria	SI	1,460	1,460	1,460	732		371	364	375	368					747	732	1.0	
138	INDICADORES IMAE	Especialidades	Atención Específica/Indicadores Especiales	Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por accidente vascular cerebral	SI	16	25	28	12		7	7	5	5					12	12	1.0	
139	INDICADORES IMAE	Especialidades	Atención Específica/Indicadores Especiales	Egresos por evento vascular cerebral	SI	221	298	307	176		88	86	92	90					180	176	1.0	
140	INDICADORES IMAE	Especialidades	Atención Específica/Indicadores Especiales	Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por infarto agudo al miocardio	SI	5	4	5	3		1	1	2	2					3	3	1.0	

141	INDICADORES IAMAE	Especialidades	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Egresos por infarto agudo al miocardio	SI	252	247	322	187										191	187	1.0
142	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes con supervivencia de cinco años posterior a trasplante renal (Anual)	SI					n/a	n/a	n/a	n/a					#[VALOR!	n/a	n/a	
143	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes con trasplante renal (Anual)	SI	5	6	10	0									#[VALOR!	n/a	n/a	
144	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer cervicouterino (Anual)	SI				0									#[VALOR!	n/a	n/a	
145	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes tratados por cáncer cervicouterino (Anual)	SI	196	284	230	0									#[VALOR!	n/a	n/a	
146	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer mamario (Anual)	SI				0									#[VALOR!	n/a	n/a	
147	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes tratados por cáncer mamario	SI	346	313	315	0									#[VALOR!	n/a	n/a	
148	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer de próstata	SI				0									#[VALOR!	n/a	n/a	
149	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes tratados por cáncer de próstata	SI	74	77	82	0									#[VALOR!	n/a	n/a	
150	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer pulmonar	SI				0									#[VALOR!	n/a	n/a	
151	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes tratados por cáncer pulmonar	SI	26	23	21	0									#[VALOR!	n/a	n/a	
152	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes menores de 18 años de edad con supervivencia de cinco años posterior a cáncer	SI				0									#[VALOR!	n/a	n/a	
153	INDICADORES IAMAE	Supervivencia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Pacientes menores de 18 años de edad tratados por cáncer	SI	356	369	446	0									#[VALOR!	n/a	n/a	
154	INDICADORES IAMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Consultas subsiguientes de obstetricia	SI	3,957	4,153	3,642	1,860									1,897	1,860	1.0	
155	INDICADORES IAMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Consultas de primera vez de obstetricia	SI	993	1,415	1,921	1,001									1,021	1,001	1.0	
156	INDICADORES IAMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Días estancia de neonatos	SI	5,621	4,890	4,704	2,382									2,430	2,382	1.0	
157	INDICADORES IAMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Egresos de neonatos	SI	604	557	580	300									306	300	1.0	
158	INDICADORES IAMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Días pacientes-neonatos	SI	6,225	5,447	5,284	2,682									2,736	2,682	1.0	

159	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Días cura	SI	7,665	7,665	7,665	3,843			1,949	1,911	1,971	1,932			3,920	3,843	1.0
160	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Días cama de neonatos	SI	7,665	7,665	7,665	3,843			1,949	1,911	1,971	1,932			3,920	3,843	1.0
161	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Egresos de neonatos	SI	604	557	580	300			139	136	167	164			306	300	1.0
162	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Cunas de neonatos	SI	21	21	21	126			64	63	64	63			129	126	1.0
163	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Defunciones obstétricas	SI	2	1	0	1			0	0	1	1			1	1	1.0
164	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Egresos obstétricos	SI	2,692	2,423	2,401	1,287			667	654	646	633			1,313	1,287	1.0
165	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Defunciones perinatales	SI	33	41	56	23			9	9	14	14			23	23	1.0
167	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Defunciones neonatales	SI	2	2	10	4			3	3	1	1			4	4	1.0
169	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Cesáreas realizadas	SI	934	937	908	427			227	223	208	204			436	427	1.0
170	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Total de nacimientos	SI	1,982	1,841	1,864	977			496	486	501	491			997	977	1.0
171	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Eventos obstétricos graves	SI				41			10	10	32	31			42	41	1.0
172	INDICADORES IMAE	Obstetricia y Neonatología	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Eventos obstétricos	SI	1,982	1,841	1,864	977			496	486	501	491			997	977	1.0
173	INDICADORES IMAE	Enfermería	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Enfermeras tituladas	SI				5,682			2,898	2,841	2,898	2,841			5,796	5,682	1.0
174	INDICADORES IMAE	Enfermería	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Enfermeras técnicas	SI				3,816			1,946	1,908	1,946	1,908			3,892	3,816	1.0
175	INDICADORES IMAE	Trabajo Social	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Estudios socioeconómicos realizados	SI	18,783	17,359	16,559	8,952			4,349	4,264	4,782	4,688			9,131	8,952	1.0
176	INDICADORES IMAE	Trabajo Social	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Total de personal de trabajo social	SI	48	48	50	50			51	50	51	50			52	50	1.0
177	INDICADORES IMAE	Trabajo Social	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Casos nuevos	SI	62,027	63,668	70,533	34,731			16,386	16,065	19,039	18,666			35,426	34,731	1.0
178	INDICADORES IMAE	Farmacia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Recetas surtidas en su totalidad	SI				0			650	663	650	678			1,300	1,341	1.0

179	INDICADORES IMAE	Farmacia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Total de recetas	SI				0			650	663	650	681			1,300	1,344	1.0	
180	INDICADORES IMAE	Farmacia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Medicamentos genéricos utilizados en el periodo	SI				n/a			n/a	n/a	n/a	n/a			#VALOR!	n/a	n/a	
181	INDICADORES IMAE	Farmacia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Total de medicamentos	SI				0			650	663	650	678			1,300	1,341	1.0	
182	INDICADORES IMAE	Farmacia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Medicamentos de patente utilizados en el periodo	SI				n/a			n/a	n/a	n/a	n/a			#VALOR!	n/a	n/a	
183	INDICADORES IMAE	Farmacia	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Medicamentos adquiridos por licitación	SI				n/a			n/a	n/a	n/a	n/a			#VALOR!	n/a	n/a	
184	INDICADORES IMAE	Especialidades	Hospitalización Atención Específica/Indicadores Especiales	Medicamentos adquiridos por adjudicación directa	SI				n/a			n/a	n/a	n/a	n/a			#VALOR!	n/a	n/a	
185	INDICADORES GENERALES	Urgencias	Atención Médica	Médicos adscritos al área de urgencias	SI	14	14	14	15			14	14	15	15			15	15	1.0	
186	INDICADORES GENERALES	Consultas	Consulta Externa	Consultas Otorgadas	SI	211,477	212,056	227,323	109,063			52,158	51,135	59,087	57,928			111,244	109,063	1.0	
187	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Horas Médico en hospitalización durante el periodo	SI				0			0	0	0	0			0	0	#DIV/0!	La información para definir metas se esta empezando a analizar para contar con metas para el segundo semestre.
188	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Días Estancia	SI	101,932	100,884	103,502	52,839			25,360	24,792	25,640	28,047			51,000	52,839	1.0	
190	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Promedio de días Estancia en el periodo	SI	6	6	6	6			6	5	6	6			6	6	1.0	
192	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Días Paciente	SI	120,112	118,709	121,928	62,394			29,120	29,398	29,440	32,996			58,560	62,394	1.1	
193	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Días Cama	SI	143,445	143,445	141,255	70,821			35,217	35,217	35,604	35,604			70,821	70,821	1.0	
195	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Porcentaje de Desocupación	SI	16	17	14	12			17	17	7	7			17	12	0.7	
196	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Porcentaje de Ocupación	SI	84	83	86	88			83	84	90	93			83	88	1.1	
197	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Total de Egresos en el Periodo	SI	18,180	17,825	18,426	9,555			4,475	4,606	4,525	4,949			9,000	9,555	1.1	
199	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Intervenciones Quirúrgicas Mayores	SI	9,750	6,769	9,696	5,064			2,500	2,451	2,665	2,613			5,165	5,064	1.0	
200	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Cirugía	Intervenciones Quirúrgicas	SI	10,285	10,432	10,263	7,593			3,613	3,542	4,132	4,051			7,745	7,593	1.0	

203	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Autopsias Practicadas	SI	22	26	19	4										1	1	3	3								4	4	1.0	
204	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Total de Defunciones	SI	912	773	858	478										234	229	254	249								488	478	1.0	
205	INDICADORES GENERALES	Exámenes de Laboratorio	Hospitalización/Laboratorio	Exámenes de Laboratorio Realizados a Pacientes Ambulatorios	SI	343,422	349,509	378,036	190,414										97,268	95,361	96,954	95,053								194,222	190,414	1.0	
206	INDICADORES GENERALES	Exámenes de Laboratorio	Hospitalización/Laboratorio	Total de Exámenes de laboratorio realizados	SI	1,456,121	1,442,893	1,529,543	744,342										394,600	386,863	364,629	357,479								759,229	744,342	1.0	
207	INDICADORES GENERALES	Exámenes de Laboratorio	Hospitalización	Estudios de Radiología realizados a Pacientes Ambulatorios	SI	12,042	11,409	12,383	17,873										8,379	8,215	9,851	9,658								18,230	17,873	1.0	
208	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Consulta Externa	Consultas Otorgadas	SI	211,477	212,056	227,323	109,063										52,158	51,135	59,087	57,928								111,244	109,063	1.0	
210	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Estudios de Ultrasonografía Realizados a Pacientes Ambulatorios	SI				3,834										1,955	1,917	1,955	1,917								3,911	3,834	1.0	A partir del año 2016 se inicia el registro de pacientes ambulatorios en imagenología.
211	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Estudios de Ultrasonografía Realizados	SI	12,955	14,631	14,555	7,174										3,439	3,372	3,878	3,802								7,317	7,174	1.0	
212	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Anatomía Patológica	Exámenes de Anatomía Patológica Realizados a Pacientes Ambulatorios	SI	5,150	5,471	5,716	2,688										1,333	1,307	1,409	1,381								2,742	2,688	1.0	
213	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Anatomía Patológica	Exámenes de Anatomía Patológica	SI	19,062	19,496	20,299	10,815										5,115	5,015	5,916	5,800								11,031	10,815	1.0	
215	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Rehabilitación	Horas Terapeuta Contratadas	SI	18,960	23,368	24,900	8,657										4,345	4,260	4,485	4,397								8,830	8,657	1.0	
216	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Unidades De Monitor (Acelerador Lineal) promedio Proporcionadas por semana	SI				0										0	0	0	0								0	0	#DIV/0!	El hospital no cuenta con Acelerador lineal, esta en proceso de adquisición
217	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Unidades Monitor Autorizadas por Semana	SI				0										0	0	0	0								0	0	#DIV/0!	El hospital no cuenta con Acelerador lineal, esta en proceso de adquisición
218	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Horas de Utilización del Tomógrafo Simulador	SI	8,760	8,760	8,760	4,392										2,228	2,184	2,252	2,208								4,480	4,392	1.0	
219	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Horas disponibles de utilización del Tomógrafo Simulador	SI	8,760	8,760	8,760	4,392										2,184	2,184	2,208	2,208								4,392	4,392	1.0	
220	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Centigrays (Unid. de Teleterapia con Cobalto-60) promedio proporcionados por Semana	SI	51,580	57,083	42,416											0	0	0	0								0	0	#DIV/0!	
221	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Radiología e Imagen	Centigrays Autorizados Por Semana	SI	54,000	54,000	54,000											0	0	0	0								0	0	#DIV/0!	

242	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Urgencias	Defunciones en el Servicio de Urgencias	SI	291	284	289	178										97	95	85	83									182	178	1.0		
243	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Defunciones Post-Intervención Quirúrgica	SI	194	145	144	82											44	43	40	39									84	82	1.0	
245	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Días-Estancia	SI	101,932	100,884	103,502	52,839											25,360	24,792	25,640	28,047									51,000	52,839	1.0	
246	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Episodios de Infecciones Nosocomiales	SI	397	485	570	270											129	126	147	144									275	270	1.0	
247	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Defunciones Obstétricas	SI	2	1	0	1											0	0	1	1									1	1	1.0	
248	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Total de Nacidos Vivos	SI	1,970	1,820	1,848	976											501	491	495	485									996	976	1.0	
249	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Defunciones Neonatales	SI	2	2	10	4											3	3	1	1									4	4	1.0	
251	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización/Trabajo Social	Pacientes De 1ª vez clasificados con niveles 0, 1 Y 2	SI				7,490											3,582	3,512	4,058	3,978									7,640	7,490	1.0	
252	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización/Trabajo Social	Pacientes de 1ª Vez clasificados en el periodo					8,791											4,264	4,180	4,703	4,611									8,967	8,791	1.0	
253	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización/Trabajo Social	Pacientes de 1ª vez clasificados con niveles 3 Y 4					1,291											675	662	642	629									1,317	1,291	1.0	
254	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización/Trabajo Social	Pacientes de 1ª Vez clasificados con niveles 5 Y 6					10											6	6	4	4									10	10	1.0	
255	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización/Trabajo Social	Pacientes de 1ª vez clasificados con otros niveles					0											0	0	0	0									0	0	#DIV/0!	Información no disponible
256	INDICADORES GENERALES	Atención Médica	Hospitalización	Total de ingresos	SI	18,140	17,869	18,561	9,678											4,786	4,692	5,086	4,986									9,872	9,678	1.0	
257	INDICADORES IMAE	Atención Médica	Cirugía	Complicaciones anestésicas perioperatorias	SI	n/a	n/a	n/a	n/a											n/a	n/a	n/a	n/a									n/a	n/a	# VALOR!	No aplica

2. Información estadística epidemiológica

Unidad Administrativa u Órgano Coordinado:		Hospital Juárez de México					
No	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE	ÁREA	CAUSA	CÓDIGO CIE	No de Casos	Tasa	OBSERVACIONES
1	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA	Malformación congénita del corazón, no especificada	Q249	1	1.02	Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016 (defunciones del servicio de Neonatología). Tasa= Defunciones entre total de nacimientos vivos X 1000
2	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA	Neumonía congénita, organismo no especificado	P239	1	1.02	Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016 (defunciones del servicio de Neonatología). Tasa= Defunciones entre total de nacimientos vivos X 1000
3	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA	Peso extremadamente bajo al nacer	P070	2	2.05	Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016 (defunciones del servicio de Neonatología). Tasa= Defunciones entre total de nacimientos vivos X 1000
4	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					No se reportaron más casos en el semestre
5	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
6	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
7	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
8	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
9	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
10	MORTALIDAD NEONATAL	OBSTETRICIA					
11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Supervisión de embarazo normal no especificado	Z349	854	24.59	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Hipertensión esencial (primaria)	I10X	525	15.12	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Hiperplasia de la próstata	N40X	518	14.91	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Diabetes mellitus no insulín dependiente, sin mención de complicación	E119	466	13.42	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	I259	418	12.04	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Cálculo del riñón	N200	413	11.89	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	N939	395	11.37	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000

18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Rinitis alérgica, no especificada	J304	349	10.05	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Trastorno de ansiedad, no especificado	F419	342	9.85	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
20	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA EXTERNA	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	C509	339	9.76	FUENTE: Morbilidad de Consulta Externa de 1a. Vez de Especialidad. Tasa=No. de casos entre total de casos de primera vez X 1000
21	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Tumores malignos	C00-C97	1749	183.05	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
22	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	A34, F53, M83.0, O10-O75, O81-O92, O94	605	63.32	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
23	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	S00-T98	547	57.25	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
24	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Colelitiasis y colecistitis	K80-K81	360	37.68	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
25	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Parto único espontáneo	O80	351	36.73	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
26	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Enfermedades del corazón	I00-I51	347	36.32	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
27	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	247	25.85	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
28	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Hernia de la cavidad abdominal	K40-K46	217	22.71	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
29	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Influenza y Neumonía	J09-J18	194	20.30	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
30	EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	Insuficiencia renal	N17-N19	177	18.52	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
31	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Tumores malignos	C00-C97	116	242.68	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
32	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Influenza y Neumonía	J09-J18	68	142.26	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
33	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Diabetes mellitus	E10-E14	44	92.05	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
34	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Enfermedades del hígado	K70-K76	37	77.41	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
35	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Enfermedades del corazón	I00-I51	31	64.85	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
36	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	17	35.56	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
37	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Insuficiencia renal	N17-N19	12	25.10	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
38	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	12	25.10	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
39	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	9	18.83	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000

40	MORTALIDAD HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	8	16.74	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Tasa=No. de casos entre total de egresos X 1000
41	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA	Eclampsia durante el trabajo de parto	O151	1	1.02	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016. Tasa = No. de casos entre total de mujeres en edad gestacional X 1000.
42	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					No se reportaron más casos en el semestre
43	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
44	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
45	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
46	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
47	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
48	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
49	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
50	MUERTES MATERNAS DIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
51	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA	Trastornos del hígado en el embarazo, el parto y el puerperio	O266	1	1.02	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016. Tasa = No. de casos entre total de mujeres en edad gestacional X 1000.
52	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA	Muerte por causa obstétrica indirecta que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto	O961	1	1.02	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016. Tasa = No. de casos entre total de mujeres en edad gestacional X 1000.
53	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	O998	2	2.05	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016. Tasa = No. de casos entre total de mujeres en edad gestacional X 1000.
54	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					No se reportaron más casos en el semestre
55	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
56	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
57	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
58	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
59	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
60	MUERTES MATERNAS INDIRECTAS	GINECOOBSTETRICIA					
61	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA	Adherencias peritoneales	K660	1	1.02	FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016. Tasa = No. de casos entre total de mujeres en edad gestacional X 1000.
62	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					No se reportaron más casos en el semestre
63	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
64	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					

65	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
66	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
67	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
68	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
69	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
70	MUERTES CAUSA GINECOLÓGICA	GINECOOBSTETRICIA					
71	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
72	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
73	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
74	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
75	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
76	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
77	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
78	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
79	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					
80	MORTALIDAD NEONATAL/ATENCIÓN OBSTETRICIA	GINECOOBSTETRICIA					



3. Cirugías extramuros

Unidad Administrativa u Órgano Coordinado:			Hospital Juárez de México			
No	NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	TOTAL DE INTERVENCIONES	LUGAR	NÚMERO DE CIRUJANOS PARTICIPANTES	ORIGEN DE FINANCIAMIENTO	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

4. Indicadores de Desempeño de Medicina de Alta Especialidad

Unidad Administrativa u Órgano Coordinado : Hospital Juárez de México																
Nombre del Programa de Acción Específico (PAE): Medicina de Alta Especialidad																
Objetivo del PAE: Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.																
ID.	ALINEACIÓN PROGRAMÁTICA (OBJETIVOS)				CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR					Periodo					Comentario de las variaciones	
										CICLO 2016						
										1er TRIMESTRE	2o TRIMESTRE	ACUMULADO 1er SEMESTRE	3er TRIMESTRE	4o TRIMESTRE		ACUMULADO ANUAL
No.	CLAVE	PND	PROSESA	PAEMAE	Nombre del Indicador	Fórmula	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	
1	I.C.E.	2.3	2	2	Índice de utilización de consultorio.	$\frac{\text{Número de consultas otorgadas} \times \text{Sumatoria de tiempos de cada consulta}}{\text{Número de consultorios} \times \text{Número de días laborables}}$ $\times 100$	Proporción de utilización de la capacidad física instalada de acuerdo al tiempo consumido en consulta.	INDICE	TRIMESTRAL	0.00	0.00	0.00			0.00	En este indicador consideramos que se debe hacer un análisis en la estructura de la fórmula, ya que se realizó el ejercicio obteniendo un resultado incongruente en cuanto a su definición.
2	I.C.E.	2.3	5	2	Proporción de consultas de primera/preconsultas	$\frac{\text{Número de consultas de primera vez}}{\text{Número de preconsultas}}$ $\times 100$	Proporción de los usuarios valorados en preconsulta a los que se les abre expediente por primera vez para su atención.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	75.83	74.68	75.25			37.63	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que durante el primer trimestre del año el Servicio de Preconsulta no contó con la plantilla completa de médicos generales por lo cual se atendieron pacientes de acuerdo a la capacidad del servicio, situación que se logró subsanar a partir de abril al contar con la plantilla completa de médicos en el Servicio de Preconsulta.
3	I.C.E.	2.3	5	2	Proporción de consultas subsiguientes/primeras vez (Índice de consultas subsiguientes especializadas)	$\frac{\text{Número de consultas subsiguientes}}{\text{consultas de primera vez}}$ $\times 100$	Proporción de consultas subsiguientes de especialidad que se otorgan en relación a consultas de primera vez.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	1,872.40	1,645.52	1,758.96			879.48	El indicador muestra como resultado en el semestre una diferencia en un 1,645% de consultas subsiguientes en relación al total de consultas a pacientes a los que por primera vez se les apertura expediente clínico y la cual es proporcionada por las especialidades médicas en la consulta externa.
4	I.C.E.	2.3	5	2	Porcentaje de consultas programadas otorgadas (primera vez, subsiguiente, preconsulta)	$\frac{\text{Número de consultas realizadas}}{\text{Número de consultas programadas}}$ $\times 100$	Proporción de cumplimiento en la programación institucional de consultas a otorgar en un periodo de tiempo con base en el comportamiento histórico de la atención médica.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100.00	100.00	100.00			50.00	El indicador de cumplimiento de la programación de las metas de consultas por la organización en el periodo de tiempo reportado, de acuerdo con las cifras históricas muestra un valor de 100%, lo cual coloca al indicador en un cumplimiento satisfactorio
5	I.I.C.E.	2.3	2	1	Razón de urgencias calificadas atendidas.	$\frac{\text{Número de urgencias calificadas}}{\text{Número de urgencias no calificadas}}$	Proporción de atenciones en urgencias que son calificadas como reales en relación al total de atenciones valoradas inicialmente.	PROPORCIÓN	TRIMESTRAL	0.53	0.42	0.48			0.24	Este indicador de la atención de las urgencias en el hospital muestra que el valor semestral determina que un 48 % de estas atenciones pueden clasificarse como urgencias reales, lo cual es un valor considerado como medianamente satisfactorio
6	I.I.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de internamiento a urgencias.	$\frac{\text{Número de internamientos a observación de urgencias}}{\text{Total de atenciones de urgencias}}$ $\times 100$	Porcentaje de pacientes ingresados al área de observación u hospitalización de urgencias en relación al número de pacientes valorados.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	31.03	27.39	29.21			14.60	Este indicador refleja que un poco más del 29 % de los pacientes que son ingresados al área de observación en urgencias, requieren de progresar su atención a la de observación, lo que es un valor satisfactorio, ya que este porcentaje indica que se trata de una verdadera urgencia

7	IIIC.E.	2.3	5	1	Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias	Número de ingresos a hospitalización por urgencias Total de atenciones de urgencias *100	Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización entre el total de pacientes que son atendidos en urgencias.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	18.41	17.53	17.97	8.98	De acuerdo al comportamiento de este indicador de cada 100 pacientes que son atendidos inicialmente en urgencias, un poco menos del 18% son hospitalizados para continuar su atención, lo que se considera como aceptable de acuerdo con el tipo de enfermedades que se atienden en el hospital
8	IIIC.E.	2.3	5	2	Porcentaje de ocupación en urgencias.	Número de horas paciente en observación de urgencias Número de horas cama de observación de urgencias *100	Proporción del grado de utilización de las camas no censables en el servicio de urgencias.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	4.09	3.65	3.87	1.93	No entiendo el sentido del indicador en relación con la cifra reportada
9	IIIC.E.	2.3	2	1	Promedio de días estancia.	Número de días estancia Total de egresos hospitalarios	Promedio de estancia hospitalaria de los pacientes atendidos durante el periodo.	PROMEDIO	TRIMESTRAL	5.38	5.67	5.52	2.76	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la oportuna atención de las complejas patologías médicas que presentan los pacientes que acuden al Hospital o son referidos, y que en la mayoría de los casos, requieren de un número mayor de días estancia para su recuperación. La recuperación integral de los pacientes se obtiene a través de una estancia hospitalaria, acorde a la enfermedad que presenta cada uno, la cual permite una atención médica oportuna para solucionar la problemática en los padecimientos de enfermedades crónicas o las que requieren de intervención quirúrgica y que ameritan de observación post-quirúrgica; con la finalidad de lograr la mejoría de la salud de los pacientes.
10	IIIC.E.	2.3	2	1	Porcentaje de ocupación hospitalaria.	Número de días paciente Número de días cama durante el periodo *100	Proporción del grado de ocupación de las camas censables de la unidad hospitalaria.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	83.48	92.67	88.08	44.04	El indicador refleja que el 88% de las camas censables de la institución son ocupadas para fin de hospitalizar a los pacientes de los diferentes servicios, lo cual se encuentra un poco por arriba de la cifra aceptable del 80% que garantiza al hospital disponer de camas en el caso de una contingencia de cualquier tipo
11	IIIC.E.	2.3	5	2	Índice de rotación de camas	Número de egresos Número de camas censables	Establece el número de egresos que genera cada cama censable de la unidad hospitalaria.	ÍNDICE	TRIMESTRAL	11.90	12.79	12.34	6.17	El indicador nos refleja que cada cama censable hospitalaria en el periodo de reporte ha generado un poco más de 12 egresos, lo cual es un valor satisfactorio aunque en un rango bajo
12	IIIC.E.	2.3	2	1	Intervalo de sustitución en una cama censable.	Porcentaje de desocupación x Promedio de días estancia Porcentaje de ocupación	Promedio del número de días que una cama censable permanece desocupada entre un egreso (por alta médica o fallecimiento) y un ingreso hospitalario.	PROMEDIO	TRIMESTRAL	0.99	0.47	0.73	0.37	Este indicador se refiere a que cada cama hospitalaria de tipo censable, permanece sin ocuparse menos de un día hasta el siguiente ingreso hospitalario, lo cual es un valor satisfactorio ya que implica un tiempo mínimo de desocupación y una buena utilización de las camas
13	IIIC.E.	2.3	2	1	Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos.	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional *100	Proporción de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología de la Norma Oficial Mexicana.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	95.65	87.39	91.52	45.76	Este indicador define que de cada 100 expedientes que son revisados por el Comité respectivo, un poco más de 91 cumplen con el requisito de la NOM respectiva lo cual lo sitúa en un valor muy adecuado, aunque se está consciente de que todavía en una minoría hay deficiencias de acuerdo a la NOM 004

14	III.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de pacientes referidos para atención médica.	Número de expedientes clínicos abiertos con referencia Total de expedientes clínicos abiertos *100	Porcentaje de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico que han sido referidos para atención médica por instituciones públicas de salud.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	1.49	1.70	1.59	0.80	El indicador nos refleja que se apertura expediente clínico a un número importante de pacientes que son referenciados al hospital, lo que representa un 50% arriba del 100% -valor que se encuentra todavía en un valor elevado no satisfactorio.
15	III.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación.	Número de egresos hospitalarios por mejoría o curación Total de egresos hospitalarios *100	Proporción del número de pacientes que terminaron su estancia por mejoría o curación en la unidad hospitalaria.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	91.49	91.63	91.56	45.78	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, obedece a diversos factores como: Contar con médicos especialistas capacitados y actualizados que cubren la demanda de los padecimientos que se atienden frecuentemente en el Hospital; abasto suficiente de medicamentos e insumos proporcionados por la farmacia hospitalaria; disponer de equipos especializados para el diagnóstico, así como los insumos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes.
16	III.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE.	Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico Total de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico X 100	Proporción de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico conforme a los criterios de clasificación internacional de enfermedades CIE-10.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100.00	100.00	100.00	50.00	Este indicador nos muestra que el 100% de los expedientes clínicos al egreso de los pacientes tienen un diagnóstico final acorde a la clasificación internacional de enfermedades, lo que probablemente de acuerdo con la experiencia histórica previa muestre un resultado por encima de la realidad por lo que habrá de vigilar este registro, ya que todavía en una minoría de expedientes se usan términos no clasificados
17	III.C.E.	2.3	2	1	Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta extrahospitalariamente.	Número de pacientes admitidos con patología no resuelta Total de pacientes admitidos X 100	Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta extrahospitalariamente	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
18	III.C.E.	2.3	2	1	Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta	Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta Total de egresos X 1000	Cociente de reingresos para recibir atención relacionada con el motivo del ingreso indica en un periodo menor a 30 días contados a partir del egreso.	TASA	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
19	III.C.E.	2.3	2	1	Tasa bruta de mortalidad hospitalaria.	Número de defunciones hospitalarias Total de egresos X 1000	Cociente de la relación entre el número de egresos por defunción y el total de egresos hospitalarios.	TASA	TRIMESTRAL	49.72	50.31	50.02	25.01	Este indicador relacionado con las defunciones hospitalarias, muestra que de cada 1000 egresos hospitalarios 50 de ellos fueron por defunción, lo cual refleja que su valor es satisfactorio de acuerdo a las características del tipo de pacientes atendidos en el hospital y las enfermedades que padecen
20	III.C.E.	2.3	2	1	Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas)	Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria Total de egresos X 1000	Proporción de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia en relación al total de egresos hospitalarios.	TASA	TRIMESTRAL	34.95	33.54	34.25	17.12	De acuerdo al resultado de este indicador, éste refleja como es esperado un poco más del 34 % de los egresos por defunción ocurren después de que los pacientes estuvieron hospitalizados más de 2 días, lo que indica que no fueron muertes tempranas, lo que es un valor satisfactorio

21	IIIC.E.	2.3	2	1	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos.	<p>Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos</p> <p>Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados</p> <p>X 100</p>	Grado de satisfacción de los receptores de la atención médica en los servicios hospitalarios de las unidades hospitalarias.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	84.79	89.09	86.94	43.47	<p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que se logró aplicar 172 encuestas más en atención hospitalaria con respecto a las 300 encuestas programadas; que se vio reflejado en una buena percepción por la atención recibida.</p> <p>Al obtener un resultado superior a 80 puntos de usuarios satisfechos por los servicios prestados por el Hospital, se propicia la confianza de la población en los servicios ofertados y en el prestigio de la Institución.</p>
22	IIIC.E.	2.3	2	1	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas.	<p>Número de auditorías clínicas realizadas</p> <p>Número de auditorías clínicas programadas</p> <p>X 100</p>	Grado de cumplimiento de las auditorías clínicas programadas.	PORCENTAJE	ANUAL	# DIVOR!	# DIVOR!	# DIVOR!	# DIVOR!	No se cuenta con la información todavía, en virtud de que es un indicador anual en la MR E023 con una meta programada al 4to trimestre de 3 auditorías.
23	IVC.E.	2.3	2	1	Proporción de cirugías programadas realizadas	<p>Número de intervenciones quirúrgicas realizadas/</p> <p>Total de intervenciones quirúrgicas programadas.</p>	Proporción de intervenciones quirúrgicas realizadas con equipo quirúrgico completo en relación con las programadas durante el periodo.	INDICE	TRIMESTRAL	0.98	0.98	0.98	0.49	Este indicador nos muestra que de las cirugías realizadas en el hospital prácticamente la mayoría se efectúan con el equipo completo que incluye al cirujano, ayudantes, instrumentista y circulante, además del apoyo del anestesiólogo, ya que se tiene especial cuidado sobre todo de acuerdo a la complejidad de la intervención que se cuente con este equipo, lo que constituye un elemento clave de seguridad para el paciente. Los antecedentes históricos sin embargo reflejan que sobre todo en cirugías urgentes y en turnos como el nocturno y de fin de semana en algunas intervenciones sobre todo la función de circulante y en algunas veces la de instrumentista, por limitación en el número de enfermeras quirúrgicas hace que sean sustituidas por residentes de la especialidad.
24	IVC.E.	2.3	2	1	Índice de utilización de salas de cirugía	<p>Número de cirugías programadas realizadas x Sumatoria de tiempo quirúrgico de cada cirugía</p> <p>Número de salas de operaciones x días laborables.</p> <p>X 100</p>	Medida de la utilización de salas de operaciones en relación a la duración programada de las intervenciones quirúrgicas, durante el periodo.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	La construcción del indicador es difícil de realizar dado que la disponibilidad de recursos humanos hace muy diferentes el número de equipos quirúrgicos disponibles en los diferentes turnos, además de que las características de los servicios quirúrgicos no son comparables, pues algunos efectúan cirugías "tradicionales" mientras que otros realizan cirugías muy complejas y por lo tanto de duración prolongada, además de que el hospital es un "hospital-escuela" y al entrenar residentes quirúrgicos los tiempos de las cirugías se prolongan
25	IVC.E.	2.3	2	1	Porcentaje de cirugías ambulatorias	<p>Número de cirugías ambulatorias</p> <p>Total de cirugías realizadas.</p> <p>X100</p>	Proporción de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas a pacientes ambulatorios en relación con el total de cirugías mayores realizadas durante el periodo.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	0.03	0.03	0.03	0.01	La construcción de este indicador se determinó al considerar como intervenciones quirúrgicas realizadas a pacientes ambulatorios del servicio de oftalmología, pues todas las intervenciones por lo menos requieren de un internamiento corto postoperatorio para la recuperación del paciente, que es una situación indispensable de seguridad quirúrgica

26	IV.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva.	Número de cirugías electivas realizadas 7 días después de solicitada Total de pacientes operados por cirugía electiva x 100	Medición de la proporción de procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo 7 días después de programados	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!			# VALOR!			# VALOR!	NO APLICA	
27	IV.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva.	Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía Total de pacientes operados por cirugía electiva X 100	Proporción de cirugías electivas con diferimiento posterior a 7 días de establecida su necesidad de realización en relación al total de pacientes operados por cirugía electiva.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!			# VALOR!			# VALOR!	NO APLICA
28	IV.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura.	Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos X 100	Proporción de utilización de una Check list de Cirugía Segura durante tres periodos perioperatorios: 1) el periodo previo a la administración de anestesia; 2) el periodo previo a la incisión en la piel; y 3) el periodo de cierre de incisión y previo a la salida del paciente de la sala de intervención.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100.00	100.00			100.00			50.00	El indicador muestra que en el 100% de las intervenciones quirúrgicas programadas se efectúa la aplicación de la lista quirúrgica de acuerdo a los criterios de la OMS, lo cual es un requisito de calidad y seguridad del paciente, sin embargo es muy factible que tenga un registro elevado de acuerdo a la realidad histórica y que no se cumple en las cirugías urgentes y en algunas electivas, lo que habrá que vigilar en los registros quirúrgicos y colocar un evaluador ajeno a los equipos quirúrgicos que reporte este cumplimiento
29	IV.C.E.	2.3	2	1	Índice de cirugía de alta especialidad.	Número de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad Total de procedimientos quirúrgicos X 100	Proporción de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad realizados con relación al total de procedimientos quirúrgicos.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	11.86	10.84			11.35			5.67	El indicador nos muestra una proporción de 11.3 % que corresponde a la cantidad de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad en relación al total de procedimientos quirúrgicos, por lo que se encuentra un poco por abajo del 100%, indica que casi todas las intervenciones realizadas son de alta especialidad, sin embargo los criterios de éstas aun no están bien definidos y por ser un "hospital-escuela" donde se tienen que realizar intervenciones mas simples, consideramos que el indicador está sobrevaluado
30	IV.C.E.	2.3	2	1	Índice de cirugía de alta especialidad.	Número de complicaciones quirúrgicas Total de cirugías realizadas x 1000	Cociente del número de complicaciones quirúrgicas en relación con el total de cirugías mayores realizadas, tomando en cuenta su complejidad.	TASA	TRIMESTRAL	0.00	0.00			0.00			0.00	La construcción del indicador requiere de modificar los registros actuales de las intervenciones quirúrgicas agregando en el seguimiento de éstas, los rubros de complicaciones postoperatorias, lo cual deberá iniciarse en el segundo semestre del año, bajo la supervisión del Comité de Productividad Quirúrgica
31	IV.C.E.	2.3	2	1	Tasa de complicaciones anestésica perioperatorias.	Número de complicaciones anestésicas perioperatorias Total de procedimientos anestésicos X 1000	Cociente del número de complicaciones anestésicas en relación con el total de procedimientos anestésicos realizados, tomando en cuenta su grado de complejidad.	TASA	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!			# VALOR!			# VALOR!	NO APLICA
32	IV.C.E.	2.3	2	1	Tasa de mortalidad quirúrgica.	Defunciones posintervención quirúrgica Total de cirugías Realizadas X 1000	Proporción de defunciones posintervención quirúrgica en relación con el total de cirugías realizadas.	TASA	TRIMESTRAL	12.14	9.63			10.88			5.44	Este indicador representa la cantidad de cirugías mayores que culminan en un desenlace fatal, tanto por las condiciones clínicas de los pacientes como por complicaciones que se pueden presentar en el postoperatorio y el valor alcanzado se encuentra en un rango alto

33	IV.C.E.	2.3	2	1	Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas)	Número de defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica Total de cirugías realizadas X 1000	Proporción de defunciones posintervención quirúrgica ajustada (72 horas) en relación con el total de cirugías realizadas.	TASA	TRIMESTRAL	8.19	5.92	7.06	3.53	El indicador nos refleja del total de cirugías mayores la tasa de aquellas que desafortunadamente llevaron a un desenlace fatal después de las 72 horas de realizadas, lo que relacionado al anterior indicador muestra que en 7 de cada 10 pacientes quirúrgicos que fallecen, este evento ocurre después de 3 días de la intervención, lo que está en un valor
34	V.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia	Número de días paciente en terapia intensiva Número de días cama en terapia intensiva x 100	Proporción de ocupación de las camas de terapia intensiva e intermedia de la unidad hospitalaria.	TASA	TRIMESTRAL	137.54	123.29	130.41	65.21	El indicador nos refleja la ocupación de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y el valor alcanzado muestra que la misma está por arriba de la capacidad máxima del 100% por lo que en ciertos momentos hay más demanda de camas que la disponibilidad de las mismas. situación que tiene una relación directa al número de camas de la UCI comparativamente al total de camas censables del hospital pues los criterios actuales aceptables deben representar el 10% como
35	V.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de autopsias en terapia intensiva realizadas	Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva Total de defunciones x 100	Proporción de autopsias realizadas a defunciones ocurridas en terapia intensiva de la unidad hospitalaria.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	0.00	0.00	0.00	0.00	Este indicador muestra en el valor alcanzado que de las defunciones ocurridas en el periodo de reporte en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, ninguna de ellas ha sido sometida a necropsia, ya que la realización de éstas tiene una serie de factores por las cuales no se efectúan y que van desde la pobre motivación de los médicos para solicitarla hasta factores culturales y religiosos de los familiares de los pacientes para autorizarla
36	V.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras de decúbito durante estancia en terapia intensiva.	Número de pacientes que desarrollan úlcera de presión o decúbito durante estancia en UTI Número de pacientes egresados de UTI durante el periodo x 100	Proporción de pacientes afectados por úlceras de presión (o decúbito) durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en relación al total de pacientes egresados.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	0.00	0.00	0.00	0.00	Este indicador no tiene un antecedente de información disponible y confiable para construirlo debido a una falta de registro puntual de los pacientes que desarrollan úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos, registro que se iniciará en el segundo semestre como parte de una de las auditorías clínicas del hospital comprometidas para 2016, además de que habrá de descartar al % de pacientes que ingresan a la UCI con úlceras producidas en otros servicios
37	V.C.E.	2.3	2	1	Porcentaje de extubación no planificada.	Número de extubaciones no planificadas Número de pacientes intubados x 100	Proporción de pacientes que sufren extubación no planificada (extubación espontánea o accidental) del total de paciente/día sometidos a ventilación mecánica (estatus de intubación).	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	0.54	1.07	0.80	0.40	El indicador muestra que la extubación no planificada en la Unidad de Cuidados Intensivos tiene un valor bajo de menos de 1 paciente lo que está sustentado por la vigilancia permanente hacia los pacientes intubados tanto por enfermeras como por médicos residentes y técnicos de inhaloterapia, sin embargo habrá que vigilar los datos reportados ya que los registros históricos indican una valor superior del indicador
38	WC.I.	2.3	2	1	Tasa de infección nosocomial.	Número de pacientes con infección nosocomial Total de días estancia en el periodo x 1000	Cociente de pacientes con infección nosocomial durante su estancia hospitalaria.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	5.08	5.13	5.11	2.55	Este indicador nos informa el porcentaje de pacientes que se complican durante su hospitalización con un incidente infeccioso intrahospitalario de cualquier tipo, valor alcanzado en el periodo que se considera satisfactorio, aunque hay que reconocer de acuerdo a los datos históricos del hospital que puede existir algún subregistro en este tipo de incidentes

39	VIC.I.	2.3	2	1	Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva	Número de pacientes con infección nosocomial	Cociente de egresos de presentar una infección nosocomial por cada mil días estancia en terapia intensiva.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	5.15	1.55	3.35	1.68	El indicador muestra al final del periodo de reporte un valor de infección asociada a la atención médica en UCI en rangos bajos, sin embargo estamos conscientes que de acuerdo a la infraestructura existente en la UVEH y la posibilidad de cobertura de enfermeras aunado a un bajo índice de reporte por parte de los médicos adscritos y residentes de casos sospechosos, la cifra final muestra también un subregistro
						Total de días estancia en el periodo								
						x 1000								
40	VIC.I.	2.3	2	1	Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central.	Número de infecciones asociadas a catéter venoso central	Cociente de infecciones asociadas a terapia intravenosa por aislamientos en hemocultivo detectadas por laboratorio.	TASA	TRIMESTRAL	0.12	0.31	0.21	0.11	Este indicador nos muestra de acuerdo a cada 1000 días de permanencia de catéteres venosos, menos de uno se complica con infección (bacteremia secundaria) demostrada por hemocultivo positivo a cualquier germen, lo cual lo coloca en un valor muy satisfactorio derivado del trabajo de la Clínica de Catéteres del Hospital principalmente el seguimiento por enfermería, la curación puntual del sitio de inserción y el retiro temprano en caso de signos de alarma
						Número de días-catéter venoso central								
						x 1000								
41	VIC.I.	2.3	2	1	Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical.	Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario	Cociente de bacteriurias detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria.	TASA	TRIMESTRAL	2.19	2.20	2.19	1.10	El indicador nos muestra en específico las infecciones de las vías urinarias asociadas a la permanencia de catéteres urinarios tipo Foley demostradas por cultivo de orina o demostración de bacteriuria urinaria y cuyo valor estaría en un nivel satisfactorio, pero de acuerdo a los datos históricos reconocemos un probable subregistro dado que no a todos los pacientes con este tipo de sonda se cultiva la orina o la punta de la sonda al retirarla
						Número de días-catéter urinario								
						x 1000								
42	VIC.I.	2.3	2	1	Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica	Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico	Tasa de infecciones asociadas a la exposición a procedimientos de ventilación mecánica durante la estancia hospitalaria del paciente.	TASA	TRIMESTRAL	23.32	18.66	20.99	10.49	Este indicador tiene como fin mostrar por cada 1000 días de utilización de ventilación mecánica invasiva en todo el hospital, el número de infecciones respiratorias asociadas a esta intervención, siendo la más frecuente de los incidentes infecciosos en el hospital y cuyo valor está elevado por lo que se han establecido acciones de control por la UVEH como es el paquete de medidas específico (care bundles)
						Número de días ventilador mecánico								
						x 1000								
43	VIC.I.	2.3	2	1	Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus metilicina resistente.	Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus metilicina resistente	Cociente de infecciones invasivas por Staphylococcus aureus resistente a metilicina asociadas a la atención médica, detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria.	TASA	TRIMESTRAL	0.00	0.00	0.00	0.00	El valor que se reporta en este indicador obedece a que en el periodo de reporte, de acuerdo a los pacientes sometidos a hemocultivo no se demostró ningún caso de bacteriemia secundaria al germen involucrado, ya que en el hospital los agentes causales de este tipo de incidentes son sobre todo 3: <i>Pseudomans sp.</i> , <i>Klebsiella sp.</i> y <i>Acinetobacter sp.</i>
						Número de hemocultivos tomados								
						x 1000.								

44	WC.I.	2.3	2	1	Tasa de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes	Número de infecciones por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes Número de infecciones intrahospitalarias x 1000	Cociente de infecciones invasivas por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes asociadas a la atención médica detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria durante el periodo.	TASA	TRIMESTRAL	325.44	230.77	278.11	139.05	El valor alcanzado en este indicador lo consideramos como irreal, ya que numéricamente está muy elevado y probablemente refleje problemas con los datos para construirlo, lo cual tendrá que revisarse en estadística, si bien reconocemos que hay bacteremias sobre todo de tipo secundario por los gérmenes reconocidos como MDR (entre ellos Pseudomonas sp., Acinetobacter sp. y Klebsiella sp., de la cual se han identificado cepas Nueva Delhi) y que son debidos al uso de catéteres venosos centrales y otros aditamentos como los puertos implantados y derivaciones ventriculopentoneales, sin embargo los registros de la UVEH no concuerdan con estos valores
45	VIC.I.	2.3	2	1	Proporción de infección nosocomial por Clostridium difficile	Número de infecciones por Clostridium difficile Número de casos de diarrea intrahospitalaria X 100	Proporción de infecciones invasivas por Clostridium difficile asociadas a la atención médica detectadas en el laboratorio en pacientes con más de 3 días de estancia hospitalaria durante el periodo.	TASA	TRIMESTRAL	260.87	555.56	408.21	204.11	El valor alcanzado en este indicador lo consideramos como irreal, ya que numéricamente está muy elevado y probablemente refleje problemas con los datos para calcularlo, lo cual tendrá que verificarse con estadística, laboratorio y la UVEH, si bien reconocemos que se han reportado algunos casos aislados de infección por este germen en las áreas pediátricas, sin embargo los registros de la UVEH no llegan a 10 casos en el semestre, de acuerdo con resultados de los cultivos específicos
46	VIA.A.	2.3	2	1	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas respecto al total realizado.	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	Proporción de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas por personal especializado y organizado en equipos multidisciplinarios, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100.00	100.00	100.00	50.00	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, obedece a la reducción en la plantilla del personal del servicio y de pasantes técnicos en fisioterapia, lo que ocasionó una disminución de 6,978 sesiones de rehabilitación especializadas. Sin embargo, el número de sesiones de terapia especializadas demandadas, fueron atendidas.
47	VIA.A.	2.3	2	1	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados.	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	Proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad en pacientes o usuarios ambulatorios.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	87.62	20.93	54.28	27.14	Este indicador nos muestra la proporción de procedimientos diagnósticos realizados a pacientes ambulatorios, principalmente en el servicio de Imagenología y Neurofisiología, cuyo valor se encuentra en un rango satisfactorio dado que el hospital recibe a pacientes con enfermedades crónicas en un alto número que requieren este tipo de estudios para su diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas
48	VIA.A.	2.3	2	1	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados.	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	Proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad en pacientes o usuarios ambulatorios.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	82.14	88.41	85.28	42.64	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, obedece a un incremento del 29.4% en la demanda de procedimientos terapéuticos de alta especialidad solicitados por los servicios médicos como Gastroenterología, Oncología, Medicina Interna y Cirugía General. Además de contar con insumos y tecnología adecuada en forma ininterrumpida y a que se atendieron todas las solicitudes de estudios oportunamente.

49	VIAA.	2.3	2	1	Porcentaje de percepción de satisfacción de la calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos.	Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida Total de usuarios en atención encuestados x 100	Proporción de usuarios con percepción de la calidad en la atención ambulatoria superior a 80 puntos en relación al total de usuarios encuestados.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	86.09	85.50	85.79	42.90	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que no obstante el no haber aplicado las 1,200 encuestas programadas a usuarios en atención ambulatoria, los usuarios calificaron como satisfactoria la atención, sobre todo en los rubros "Trato recibido por parte de los servidores públicos", "La información que se les proporcionó" y "Discriminación".
50	VIAA.	2.3	2	1	Porcentaje de estudios interpretados de acuerdo a estándar de tiempo.	Número de estudios interpretados en tiempo estándar Número de estudios realizados x 100	Proporción de estudios de imagen que son interpretados dentro del tiempo estándar de 8 días hábiles.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	0.00	0.00	0.00	0.00	NO APLICA
51	VIMLV.	2.3	2	1	Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos en el periodo invernal.	Pacientes vacunados contra influenza en el periodo invernal Total de pacientes atendidos en el mismo periodo x 100	Proporción de pacientes vacunados contra influenza durante el periodo invernal, en relación al total de pacientes atendidos en el mismo periodo.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	n/a	n/a	n/a	# VALOR!	NO APLICA
52	VIMLV.	2.3	2	1	Porcentaje de personal de salud inmunizado para hepatitis B con esquema completo de vacunación.	Número de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados con esquema completo de hepatitis B Total de trabajadores en contacto con pacientes x 100	Proporción de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados para hepatitis B con esquema completo de vacunación, en relación al total de trabajadores en contacto con pacientes.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
53	VIMLV.	2.3	2	1	Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal.	Número de trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal Total de trabajadores x 100	Proporción de trabajadores de salud vacunado contra influenza en temporada invernal, en relación al total de trabajadores de salud en la institución.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	n/a	n/a	n/a	# VALOR!	NO APLICA
54	VIMLV.	2.3	2	1	Porcentaje de personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal.	Personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal Total de trabajadores que laboran en el periodo. x 100	Proporción del personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal en relación al total de trabajadores que laboran en el periodo.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	n/a	n/a	n/a	# VALOR!	NO APLICA
55	IXLE	2.3	2	1	Porcentaje de ocupación en unidad coronaria.	Número de días paciente en unidad coronaria Número de días cama en unidad coronaria x 100	Proporción de utilización de las camas instaladas en la unidad coronaria durante el periodo, considerando todos los días del año como hábiles.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	23.90	23.64	23.77	11.89	El indicador muestra la utilización de las camas no censables de la Unidad Coronaria, el cual tiene un valor bajo de acuerdo a la meta esperada, lo que habrá que revisar en cuanto a las cifras para calcularlo, sin embargo el uso de las camas de esta Unidad en una manera conjunta con la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, en el caso de requerir temporalmente de camas para ingresar pacientes de UCI se utilizan las de la Unidad Coronaria, lo que hace que realmente están más tiempo ocupadas

56	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de mortalidad ajustada por evento cerebral vascular.	Muertes ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por evento vascular cerebral Total de evento vascular cerebral x 1000	Cociente de pacientes con más de 48 horas de estancia muertos por evento vascular cerebral respecto al total de eventos.	TASA	TRIMESTRAL	81.40	55.56	68.48	34.24	El indicador relacionado a una de las enfermedades que son de alta demanda en el hospital como son los eventos vasculares cerebrales, nos refleja que de cada 100 pacientes con esta enfermedad un poco más de 68 fallecen después de 2 días de internamiento, sobre todo por la gravedad que presentan los enfermos por diversos factores como edad avanzada, comorbilidades y sobre todo cuando se trata de hemorragias cerebrales intraparenquimatosas
57	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de mortalidad ajustada por infarto agudo al miocardio.	Número de defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria por Total de egresos por infarto agudo al miocardio x 1000	Cociente de pacientes afectados por infarto agudo al miocardio que fallecen por infarto agudo al miocardio después de 48 horas de hospitalización durante el periodo.	TASA	TRIMESTRAL	10.75	21.28	16.01	8.01	El indicador relacionado se relaciona a una de las enfermedades que son también de alta demanda en el hospital como son los síndromes coronarios agudos, el valor alcanzado nos indica que de cada 100 pacientes ingresados con infarto del miocardio, 16 fallecen después de 2 días de internamiento, cifra que se considera como una mortalidad esperada sobre todo en pacientes que tienen un episodio previo o una extensión importante del infarto, que abarca más de 2 arterias coronarias afectadas, a veces asociadas a choque
58	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de supervivencia posterior a trasplante renal.	Número de pacientes vivos a 5 años posterior al trasplante renal Total de pacientes con trasplante renal x 1000	Tasa de pacientes con supervivencia del injerto a 5 años del trasplante renal.	TASA	ANUAL	n/a	n/a	n/a	#(VALOR!	NO APLICA
59	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer cervicouterino.	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer cervicouterino Total de pacientes tratadas por cáncer cervicouterino x 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer cervicouterino en la unidad hospitalaria.	TASA	ANUAL	n/a	n/a	n/a	#(VALOR!	NO APLICA
60	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer mamario.	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer mamario Total de pacientes tratadas por cáncer mamario x 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer mamario en la unidad hospitalaria.	TASA	ANUAL	n/a	n/a	n/a	#(VALOR!	NO APLICA
61	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer de próstata.	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de próstata Total de pacientes tratados por cáncer de próstata x 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de próstata en la unidad hospitalaria.	TASA	ANUAL	n/a	n/a	n/a	#(VALOR!	NO APLICA
62	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de supervivencia a posterior a cáncer pulmonar	Número de pacientes con cinco años de supervivencia posterior a cáncer de pulmón Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón x 1000	Cociente de supervivencia a cinco años de pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de pulmón en la unidad hospitalaria.	TASA	ANUAL	n/a	n/a	n/a	#(VALOR!	NO APLICA
63	IXI.E	2.3	2	1	Tasa de supervivencia por cáncer en menores de 18 años de edad.	Número de pacientes menores de 18 años de edad con supervivencia de cinco años posterior a cáncer Total de pacientes menores de 18 años de edad tratados por cáncer x 1000	Cociente de pacientes menores de 18 años con tratamiento de cáncer de todos los tipos histológicos con supervivencia de cinco años posteriores al tratamiento de cáncer.	TASA	ANUAL	n/a	n/a	n/a	#(VALOR!	NO APLICA

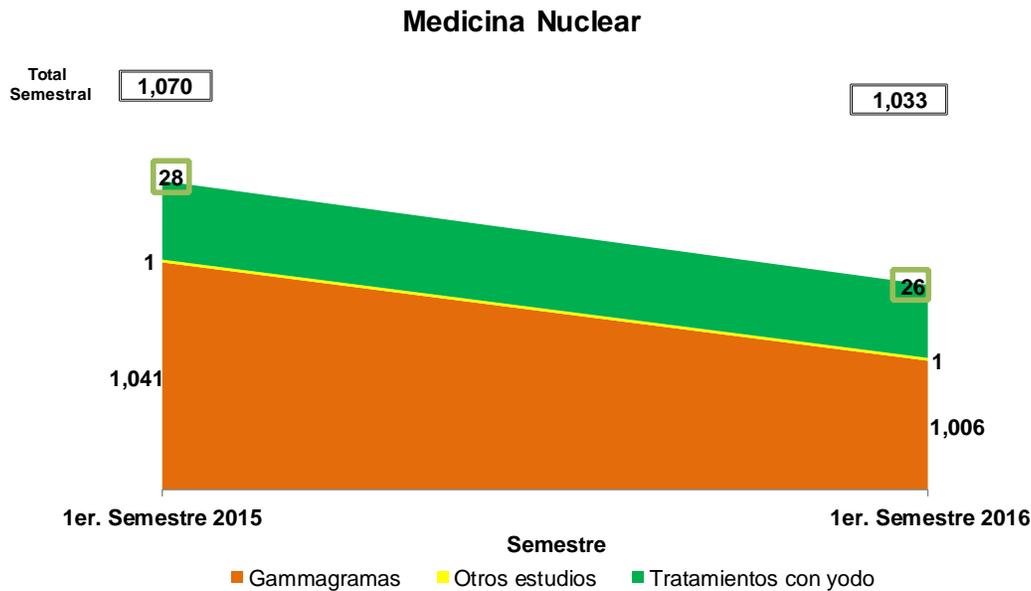
64	IXLE	2.3	2	1	Proporción de consultas subsecuentes/primer vez de obstetricia.	Número de consultas subsecuentes de obstetricia Número de consultas de primera vez de obstetricia X 100	Proporción de consultas subsecuentes de obstetricia que se otorgan por cada una de primera vez especializada.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	195.94	177.78	186.86	93.43	Este indicador nos muestra que de cada 100 consultas en pacientes embarazadas que son subsecuentes, el 16.6 % son de pacientes atendidas previamente por el servicio de Obstetricia como pacientes de primera vez y dado que el hospital se orienta a atender el embarazo de alto riesgo, el valor del indicador es satisfactorio
65	IXLE	2.3	2	1	Promedio de días estancia neonatal	Número de días estancia de neonatos Total de egresos de neonatos.	Promedio de estancia hospitalaria de los niños menores de 28 días de vida.	PROMEDIO	TRIMESTRAL	8.06	7.84	7.95	3.98	Este indicador demuestra que para los recién nacidos que nacen y se atienden en el hospital, siempre y cuando no muestren prematuridad u otra patología importante, la estancia intrahospitalaria es de poco más de una semana, lo cual se reconoce como dentro del valor esperado y por ende satisfactorio
66	IXLE	2.3	2	1	Promedio de días paciente neonatal.	Número de días estancia de neonatos Total de egresos de neonatos.	Promedio de estancia hospitalaria entre las 0 y las 24 horas de un mismo día de los niños menores de 28 días de vida.	PROMEDIO	TRIMESTRAL	0.64	0.75	0.70	0.35	Este indicador corresponde solamente a los recién nacidos que son sanos y refleja en este caso la estancia hospitalaria menor a un día, lo cual es considerado dentro de un valor lógico y no representa dar de alta al recién nacido, que lo coloque en situación de riesgo de reingresar
67	IXLE	2.3	2	1	Porcentaje de ocupación hospitalaria neonatal	Número de días paciente de neonatos Número de días cuna de neonatos x 100	Proporción del grado de ocupación de las cunas censables de la unidad hospitalaria en relación con el número de días cuna de neonatos	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	64.47	75.05	69.76	34.88	El indicador como todos los que se refieren a la ocupación de los diferentes tipos de camas con las que cuenta el hospital, muestra que del total de cunas para recién nacidos sanos que corresponden a los bacinetes del área de internamiento conjunto con la madre, un poco menos del 70% están ocupadas, lo que es un valor alcanzado satisfactorio
68	IXLE	2.3	2	1	Índice de rotación de camas neonatal	Número de egresos de neonatos Número de cunas de neonatos.	Relación del número de egresos que genera cada cuna censable de la unidad hospitalaria.	INDICE	TRIMESTRAL	2.16	2.60	2.38	1.19	De acuerdo con la disponibilidad de cunas censables, el área de internamiento conjunto de recién nacidos con sus madres, muestra un indicador que se interpreta como que cada una de ellas genera 2.38 egresos, lo cual por las características de ser niños sanos tiene un valor medianamente satisfactorio
69	IXLE	2.3	2	1	Tasa de mortalidad materna.	Total de defunciones obstétricas Total de egresos obstétricos x 1000	Cociente de la probabilidad que tuvieron todos los egresos obstétricos de morir durante su estancia hospitalaria por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo durante el periodo.	TASA	TRIMESTRAL	0.00	1.58	0.79	0.39	El indicador se refiere a la probabilidad de que una madre ingresada para atención del parto pudiera morir en el internamiento debido a alteraciones de la evolución del embarazo o complicaciones del mismo, que se pudieran presentar y realmente es un valor reportado muy reducido, como resultado de cada vez una atención multidisciplinaria de la mujer embarazada que garantiza buenos resultados para madres y recién nacidos
70	IXLE	2.3	2	1	Tasa de mortalidad perinatal.	Total de defunciones perinatales Total de nacidos vivos x 1000	Cociente del número de muertes fetales de 28 semanas gestacionales o más y los nacidos vivos que fallecen antes de los 7 días de vida.	TASA	TRIMESTRAL	18.33	28.87	23.60	11.80	Este indicador se refiere a los recién nacidos no sanos que tienen algún tipo de padecimiento sobre todo prematuridad o bajo peso, lo cual influye importantemente en el desarrollo de los recién nacidos con altas probabilidades de fallecer en relación sobre todo con el peso al nacimiento y no solo la edad gestacional, sin embargo el valor obtenido del indicador se considera aún dentro de lo esperado

71	IXLE	2.3	2	1	Tasa de mortalidad neonatal.	Total de defunciones neonatales	Cociente del número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad.	TASA	TRIMESTRAL	6.11	2.06	4.09	2.04	Este indicador en similitud al anterior se refiere también a los recién nacidos no sanos y generalmente con bajo peso al nacer o prematuros, de acuerdo al valor obtenido el indicador muestra cifras esperables de acuerdo con la literatura médica relativa al tema	
						Total de nacidos vivos									
						X 1000									
72	IXLE	2.3	2	1	Porcentaje de cesáreas.	Número de cesáreas realizadas	Proporción del número de cesáreas realizadas con relación al número de nacimientos	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	45.88	41.55	43.72	21.86	Este indicador de la atención obstétrica demuestra que de cada 100 embarazos que se atienden en el hospital, un poco más de 43 requieren de la realización de interrupción del embarazo mediante operación cesárea, dado que cada vez más se atienden pacientes propias o referidas con este tipo de intervenciones previas, en ocasiones en más de una ocasión, con periodos intergenésicos (entre los embarazos) muy cortos, con factores de riesgo obstétrico o de tipo médico que hacen indispensable la cesárea, por lo que el valor obtenido se considera justificado	
						Número de nacimientos									
						x 100									
73	IXLE	2.3	2	1	Proporción del número de eventos obstétricos graves entre el número total de eventos obstétricos para una determinada área geográfica, territorio o país por 100, expresando el porcentaje.	Número de eventos obstétricos graves	Proporción del número de eventos obstétricos graves entre el número total de eventos obstétricos para una determinada área geográfica, territorio o país por 100, expresando el porcentaje.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	2.06	6.31	4.19	2.09	El indicador se refiere a los eventos obstétricos severos que se atienden en el hospital en relación al total de estos eventos y que desde hace más de un año son atendidos mediante la activación de un equipo multidisciplinario en el hospital denominado "Código Mater" que garantiza los mejores resultados sobre todo para la madre y el valor obtenido del indicador es el esperado para la ubicación del hospital y las características de los embarazos en la zona que es predominantemente urbana	
						Número total de eventos obstétricos									
						x 100									
74	IXLE	2.3	2	1	Índice de enfermeras tituladas-técnicas.	Número de enfermeras tituladas	Relación de enfermeras tituladas-técnicas respecto al total de enfermeras tituladas durante el periodo.	INDICE	TRIMESTRAL	1.49	1.49	1.49	0.74	El indicador muestra que por cada enfermera con título de licenciatura existen en la plantilla 1.5 enfermeras con carrera técnica, valor que se considera satisfactorio, además de que probablemente exista un registro inapropiado de algunas enfermeras en el área de recursos humanos, las cuales son licenciadas, y por la disponibilidad restringida de plazas de licenciatura, muchas enfermeras con grado están contratadas en plazas inclusas de auxiliares de enfermería, muy a pesar del programa permanente que impulsa el Departamento de Enfermería para la profesionalización del gremio	
						Número de enfermeras tituladas técnicas.									
75	IXLE	2.3	5	2	Índice de estudios socioeconómicos por trabajador(a) social.	Total de estudios socioeconómicos realizados	Se refiere a estudios socioeconómicos realizados por trabajadora social, en el periodo a evaluar.	INDICE	TRIMESTRAL	85.28	93.76	89.52	44.76	El indicador que se refiere al número de estudios aplicados por cada trabajadora social operativa en los diferentes turnos y en las áreas del hospital donde se ubican, muestra un valor dentro de los considerados satisfactorios en un límite inferior, y esto obedece a la plantilla reducida de trabajadoras sociales, que predominantemente están en el turno matutino y en los otros turnos el número de ellas no permite aplicar la metodología de cálculo del nivel en todos los pacientes que lo requerirían, lo cual afecta el valor final del indicador	
						Total de personal de trabajo social.									

76	IXLE	2.3	5	2	Índice de camas por trabajador(a) social.	Total de camas censables	Se refiere al número de camas censables por trabajadora social.	INDICE	TRIMESTRAL	7.74	7.74	7.74	3.87	Este indicador muestra el número de camas censables en hospitalización que en promedio atiende cada trabajadora social operativa, lo cual refleja un número manejable aunque como se refería en el indicador previo, la distribución de las trabajadoras sociales operativas por turno es diferente y sobre todo en los turnos nocturno y de jornada especial las trabajadoras sociales existentes en plantilla, solo atienden lo más urgente como son altas hospitalarias, traslados y orientación de servicios como los que oferta el Seguro Popular
						Total de personal de trabajo social.								
77	IXLE	2.3	5	2	Índice de casos nuevos por trabajador(a) social.	Total de nuevos casos	Se refiere al número de nuevos casos por trabajadora social.	INDICE	TRIMESTRAL	321.30	373.32	347.31	173.66	Este indicador refleja el número total de casos nuevos que son atendidos por cada trabajadora social operativa, en los diferentes servicios del hospital cuyo valor está en un rango alto, debido tanto a la disponibilidad restringida de trabajadoras sociales sobre todo en algunos turnos y por otro lado a la cada vez más alta demanda de atención que tiene el hospital sobre todo en la consulta externa y en las urgencias
						Total de personal de trabajo social.								
78	IXLE	2.3	5	2	Porcentaje de abasto de medicamentos.	Total de recetas solicitadas en el periodo	Proporción de recetas surtidas en relación al total de recetas emitidas en los servicios de atención médica.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	100.00	99.56	99.78	49.89	Aunque el hospital no maneja la entrega de medicamentos mediante recetas médicas ni en consulta externa ni al egreso hospitalario por ser un hospital público, se utilizan para la construcción del indicador las solicitudes presentadas por los diferentes servicios hospitalarios a la Farmacia Hospitalaria Subrogada, que operó en el hospital durante el periodo de reporte, cuya función es dotar obligatoriamente el 99% de medicamentos, lo cual está demostrado por el valor obtenido y que cumple con el compromiso de esta Farmacia y ayuda al hospital en la atención médica con recursos farmacológicos apropiados y suficientes, además de que paralelamente un Centro de Mezclas proporciona antibióticos, medicamentos de quimioterapia para el cáncer y alimentación artificial
						Número de recetas surtidas en el periodo								
						x 100								
79	IXLE	2.3	5	2	Porcentaje de medicamentos genéricos adquiridos	Número de medicamentos genéricos surtidos	Proporción de medicamentos genéricos surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos a la institución en el periodo a evaluar.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
						Total de medicamentos surtidos en el periodo								
						x 100								
80	IXLE	2.3	5	2	Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos.	Número de medicamentos de patente surtidos	Se refiere a la proporción de medicamentos de patente surtidos a la institución en relación al total de medicamentos surtidos a la institución en el periodo a evaluar.		TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
						Total de medicamentos surtidos en el periodo								
						x 100								
81	IXLE	2.3	5	2	Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación.	Número de medicamentos adquiridos por licitación	Se refiere a la proporción de medicamentos adquiridos por licitación pública en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución en el periodo a evaluar.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
						Total de medicamentos adquiridos								
						x 100								
82	IXLE	2.3	2	1	Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa.	Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa	Proporción de medicamentos adquiridos por adjudicación directa en relación al total de medicamentos adquiridos por la institución.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	# VALOR!	NO APLICA
						Total de medicamentos								
						x 100								

Otros Aspectos

Estudios de Medicina Nuclear.



La gráfica anterior muestra la productividad del servicio de Medicina Nuclear en forma comparativa entre los primeros semestres de 2015 y 2016.

Durante el periodo de enero a junio de 2016, se realizaron un total de 1,033 estudios, mostrando una disminución de 37 estudios con respecto a los 1,070 reportados en el mismo periodo de 2015.

Los estudios más frecuentemente realizados son los gammagramas, los cuales mostraron una disminución de 35 estudios en comparación a los realizados en el primer semestre de 2015 que fue de 1,041.

Actualmente, se cuenta con un equipo en óptimas condiciones y los radioisótopos en unidosis para garantizar resultados adecuados para el diagnóstico y terapéutico. Los tratamientos con Yodo radioactivo a bajas dosis se mantienen en cifras similares en ambos periodos, no siendo posible aplicar el protocolo de dosis altas por la de un cuarto aislado con protección antirradiación; además del personal necesario y capacitado para el manejo de pacientes con requerimiento de Yodo alto.

Departamento de Toxicología.

Concepto	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Atención en urgencias	103	100
Hospitalizaciones	56	63
Asesorías telefónicas	385	459
Uso de antidotos, antivenenos y faboterápicos	80	43
Total	624	665
Traslados en helicóptero	2	6

Principales Intoxicaciones	
1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Intoxicaciones accidentales por medicamentos y otros productos	Accidentes por animales ponzoñosos
Accidentes por animales ponzoñosos	Intoxicaciones accidentales por medicamentos y otros productos
Intoxicaciones por cáusticos	Intoxicaciones por cáusticos

El Centro Toxicológico del Hospital, otorgó un total de 665 atenciones, registrando un incremento de un 6.6% con relación a las 624 atenciones otorgadas en el mismo periodo de 2015. La mayor demanda fue a través de asesorías telefónicas, debido a que es una de las funciones principales del centro a nivel nacional ya que el Centro Toxicológico cuenta con el personal capacitado las 24 horas para atender emergencias.

En hospitalización, hubo un incremento en los ingresos del 12.5%, ya que se hospitalizan pacientes con disfunción orgánica o aquellos que necesitan medidas para estabilización hemodinámica o renal inclusive en algunos casos con ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Asimismo, se atendieron seis pacientes del convenio con el Estado de México a través del traslado en helicóptero. Se dispone de los medicamentos necesarios para atender principalmente los accidentes por mordedura de animales ponzoñosos, los cuales se han incrementado por los incidentes por crótalos (serpiente de cascabel “enana” y la tradicional).

Convenios.

El Hospital cuenta con un convenio con el Cuerpo de Guardias de Seguridad del Estado de México (CUSAEM), brindando atención durante el periodo de reporte a 168 pacientes, además se han recibido a seis pacientes intoxicados trasladados por helicóptero.

Concepto	1er Semestre 2015	1er Semestre 2016
Pacientes atendidos CUSAEM	135	168
Atención de pacientes intoxicados del Estado de México trasladados en helicóptero	2	6

Programa de Salud Pública.

Aplicación de biológicos.

El Hospital por ser una entidad del segundo nivel de atención, no tiene como función sustantiva el programa de vacunación, sin embargo, se atiende la demanda de la población usuaria mediante la vacunación de diversas enfermedades en el servicio de Medicina Preventiva.

De acuerdo a la cantidad existente de biológicos en el Hospital, la disposición se ha proporcionado conforme las solicitudes de atención en el servicio, por lo que se observa una disminución de un 0.5% en el total de biológicos aplicados durante el primer semestre de 2016 que fue de 2,594, con relación al mismo periodo de 2015 en el cual se aplicaron 2,606 biológicos.

Biológico	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
BCG	465	522
DPT	0	44
Hepatitis B	879	665
Influenza estacional	0	157
Neumocócica conjugada	357	171
Neumocócicapolisacárida	165	23
Pentavalente	371	465
Rotavirus	70	204
Tdpa	---	53
Triple viral	33	79
Toxoide tetánico	266	211
Total	2,606	2,594

Clínicas Multidisciplinarias.

Clínicas Multidisciplinarias	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Clínica de obesidad	1,115	990
Clínica del adulto mayor	914	1,376
Clínica de enfermedades del tórax	2,001	1,384
Clínica del dolor	812	1,546
Total	4,842	5,296

En el cuadro previo, se puede observar el comportamiento que las clínicas mostraron con relación al mismo periodo de 2015.

La Clínica del Adulto Mayor mostró un incremento de atención de pacientes de un 50.5% en comparación con el periodo de 2015 que fue de 914 atenciones, este resultado se debió a la demanda de pacientes con perfil geriátrico, lo cual ha hecho que se continúe reevaluando los criterios de consulta externa hacia el perfil adecuado.

La Clínica del dolor registró un incremento en la atención de pacientes de un 90.4%, en comparación con el periodo de 2015 que fue de 812 atenciones, este resultado se debió al aumento de pacientes que padecen dolores agudos y crónicos y que ahora se pueden manejar ambos tipos debido a que se cuenta con otra médica algóloga y especialista en cuidados paliativos.

La Clínica de Obesidad registró una disminución en la atención de pacientes de un 11.2%, en relación al mismo periodo de 2015 que fue de 1,115 atenciones, este resultado se debió a una menor demanda de atenciones en los diferentes servicios que la conforman.

La Clínica de Enfermedades del Tórax mostró una disminución en la atención de pacientes de un 30.8%, en relación al mismo periodo de 2015 que fue de 2,001 atenciones debido a que la mayoría de los pacientes que se atienden son quirúrgicos, necesitan valorarlos para decidir la cirugía y vigilarlos en el postoperatorio.

Informe sobre sesiones de Comités internos

La Dirección Médica tiene bajo su cargo los siguientes Comités:

- Comité del Expediente Clínico
- Comité de Control de Incidentes Infecciosos asociados a la atención médica y Subcomité de Antimicrobianos
- Comité de Morbi-Mortalidad
- Comité de Mortalidad Materna
- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Comité de Bioética
- Comité de Atención Médica en Casos de Desastres

Se presentan a continuación los siguientes avances durante el periodo de reporte:

Comité	Reinstalado	Sesiones		Acuerdos	
		Ordinarias	Extraordinarias	Establecidos	Cumplidos
Expediente	Si	6	0	1	En proceso
Infecciones	Si	3	0	8	1 en proceso
Morbimortal	Si	3	1	0	---
M. materna	Si	1	4	0	---
Bioética	Si	2	3	2	1 proceso
Farmacia	Si	2	1	0	---

Algunos de los Comités no generan acuerdos solo recomendaciones.

Logros y debilidades en la Atención Médica

A continuación se muestran los principales logros obtenidos, así como las debilidades que se presentan en la atención médica por División Médica y Servicio.

Servicio	Logros	Debilidades
División de Cirugía		
Audiología		<ul style="list-style-type: none"> El diferimiento de la consulta subsecuente es de 102 días por un aumento en la demanda.
Cirugía Plástica	<ul style="list-style-type: none"> Se implementó el curso de actualización en el manejo de Heridas, dirigido a especialidades quirúrgicas afines y médicos generales. El servicio se integró a la Clínica de la Obesidad, para dar manejo postbariátrico a estos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Se carece de médico adscrito en el turno nocturno y fin de semana. Poca disponibilidad de camas en hospitalización situación que genera la suspensión de cirugías programadas. No se realiza cirugía ambulatoria.
Otorrinolaringología		<ul style="list-style-type: none"> El diferimiento en consulta externa de primera vez es de 40 días y el subsecuente es de 29 días. El diferimiento quirúrgico en el servicio tiene un promedio de 101 días por carencia de espacios quirúrgicos
Urología		<ul style="list-style-type: none"> Área física de consulta externa insuficiente. Es necesaria una readecuación de las áreas asignadas en hospitalización que proporcione mayor espacio. Falta de médicos urólogos en los turnos vespertino y especial (sábados y domingos) con la finalidad de atender la demanda de pacientes referidos por otras instituciones sobre todo en casos complejos.

Endoscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con un proceso de limpieza y desinfección automatizada. • Se aceptó por parte del Patrimonio de la Beneficencia Pública un programa de apoyo con prótesis metálicas auto-expandibles para vía biliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensión de estudios por el alto costo de éstos o de los insumos que el Hospital no puede proporcionar. • No se cuenta con el personal necesario para atender la demanda de procedimientos de urgencia que ameritan apoyo de anestesiología.
División de Medicina		
Alergia e Inmunología	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la productividad de vacunas. • En el Congreso Nacional se presentaron 6 posters con Premios en: 2do. lugar en investigación básica con el tema “Presencia de anticuerpos anti desmogleína, mediante el ensayo de Inmunofluorescencia indirecta en pacientes con alergia al ácaro del polvo (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae)”. 3er. lugar de investigación clínica con el tema “Participación de la hipersensibilidad tipo I y IV a través de pruebas de prick by prick y pruebas de parche en pacientes con síndrome de alergia oral del Hospital Juárez de México”. • Obtención de Premio a la excelencia académica en el congreso europeo de Alergia en Austria Viena con el trabajo: “Impact on the family economy of a prescription not attached to asthma guide lines”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de dos médicos, que son necesarios para fortalecer la atención y reducir el diferimiento. • Por las características del servicio para hacerlo integral son necesarios un nutriólogo y un psicólogo con la finalidad de homogenizar los apoyos especializados. • Áreas insuficientes para la atención, lo que limita la realización de procedimientos como pruebas prick by prick, pruebas de parche, pruebas de reto, espirometrías, rinomanometrías, etc. • Falta de equipos para realizar pruebas y estudios.
Cardiología	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del número de quejas de usuarios • Atención rápida a las valoraciones preoperatorias 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal médico sobre todo para turnos vespertino de jornada de fin de semana. • No se cuenta con Departamento de Electrofisiología.
Dermatología	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de la Sesión de casos clínico-patológicos en conjunto con el servicio de patología. 	
Homeopatía		<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para realizar protocolos de investigación por falta de personal médico.
Medicina interna	<ul style="list-style-type: none"> • Tener una tasa de infecciones nosocomiales de 3% a pesar de la complejidad de pacientes que se atienden 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferimiento quirúrgico en pacientes hospitalizados por parte de los servicios de apoyo. • Carencia de cuartos aislados.
Neumología	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el manejo de los enfermos críticos del Hospital, mediante los equipos de ventilación mecánica invasiva y no invasiva de los cuales se dispone a toda hora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos humanos en especial de técnicos • Equipo de diagnóstico obsoleto (espirómetro, pletismógrafo y difusor) y los cuales requieren ser renovados.

Preconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de los tiempos de espera de los pacientes de primera vez para recibir su consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia al cambio y a la supervisión de actividades por parte del personal médico. Falta personal de enfermería en la consulta externa. Falta área física para la toma de signos vitales y para el personal de enfermería.
Reumatología	<ul style="list-style-type: none"> Atención multidisciplinaria con la participación de los servicios de oftalmología y dermatología, mediante el desarrollo de formatos de evaluación clínica vinculándose con la enseñanza e investigación. Condicionando diagnósticos y tratamientos tempranos y disminución de morbimortalidad. Administración de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) biológicos para un grupo de pacientes con artritis reumatoide refractarios. Evaluación de las manifestaciones en tejidos blandos de las enfermedades reumáticas de los pacientes por medio de ultrasonido musculoesquelético (USME) lo que permite un diagnóstico más certero y un tratamiento más específico. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de asignación de camas para pacientes hospitalizados en tercer piso, dando lugar a la capacidad insuficiente de atención de pacientes graves Falta FARME biológicos, condicionando la evolución de las enfermedades reumáticas autoinmunes y la subsecuente discapacidad del paciente. Falta de equipo USME propio. Falta de microscopio de luz polarizada para realizar el diagnóstico diferencial de las artropatías por depósito de cristales.
Unidad de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> Impartición de talleres a personal médico, paramédico y administrativo sobre Violencia al trabajador, Seguridad del paciente, Neonatología a Padres sobre el cuidado al bebé, Psicoeducación al paciente oncológico en Pediatría y sensibilización al personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Reprogramación de la consulta por saturación de actividades de los psicólogos.
Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con un consultorio médico más para la selección de candidatos que puedan cumplir con la NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Fortalecimiento del Sistema de Hemovigilancia en sus dos vertientes: trazabilidad y hemovigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> Área de Banco de Sangre con poca funcionalidad y no cumple con la normatividad vigente. (está pendiente iniciar los trabajos de remodelación del área).
Laboratorio Clínico	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el primer sistema en México para mejorar la productividad y la automatización de estudios de Alta Especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha identificado una sobredemanda de estudios, algunos de los cuales no están sustentados para el diagnóstico específico, sobre todo generados en los servicios de hospitalización.
Radiodiagnóstico e Imagen		<ul style="list-style-type: none"> Falta mantenimiento y sustitución de algunos equipos de radiodiagnóstico e imagen.

		<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con un arco fluoroscopio para quirófano. Falta personal médico y técnico, en el turno especial y el nocturno respectivamente.
Neurofisiología clínica		<ul style="list-style-type: none"> Falta personal médico y técnico, lo que genera cargas de trabajo y el diferimiento de citas para realizar estudios. Solo se cuenta con un equipo de electroencefalografía. Solo se cuenta con una unidad de electromiografía/potenciales multimodales. La falta de equipos hace al servicio vulnerable en caso de descomposturas
Medicina Nuclear	<ul style="list-style-type: none"> Disminución del tiempo de espera para cita de estudio del paciente. Disminución en el tiempo de realización de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta un médico adscrito.
División de Pediatría		
Cirugía Pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> Contratación de un cirujano pediatra. Disminución de tiempos de espera en cirugía de urgencia. Incremento de procedimientos de alta especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de anesthesiólogos pediatras en el turno vespertino. Falta de cirujano pediatra en los turnos nocturnos. Se carece de cirujano urólogo pediatra y de cirujano oncólogo pediatra. No se cuenta con una sala quirúrgica asignada para urgencias, con prioridad en el paciente pediátrico. No se cuenta con espacio quirúrgico todos los días de la semana.
Pediatría Médica	<ul style="list-style-type: none"> Contratación de una nefróloga pediatra. Contratación de infectologa pediatra. Reincorporación de oncología pediátrica a la División. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta cuarto de máquinas para residentes y sala de procedimientos. Falta un médico cardiólogo pediatra, para solventar las solicitudes de ecocardiogramas.
Neonatología		<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con la ampliación de área de U.C.I.N, para que pueda funcionar como una Terapia Intensiva Neonatal. Falta un médico neonatólogo en el turno nocturno, para cubrir en forma adecuada las diferentes áreas.
Urgencias pediatría	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con una nueva organización y distribución de médicos para el triage. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta un médico en el turno nocturno los días lunes, miércoles y viernes, que cubra el perfil que solicita la institución.
División de Ginecoobstetricia		

<p>Ginecología</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instauración de los estudios Urodinámicos. • Fortalecimiento de la clínica de histeroscopia de consultorio e implementación del Diplomado de histeroscopia. • Disminución de requerimientos de hemoconcentrados al aumentar la realización de procedimientos ginecológicos por vía laparoscópica. • Disminución de tiempos de hospitalización por el incremento de procedimientos de mínima invasión. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un área física donde se agrupen los procedimientos de mínima invasión. • Faltan médicos para cubrir las diferentes áreas al 100%, situación que obliga a que los médicos residentes otorguen la atención. • Falta de especialistas Uroginecólogo, Ginecólogo laparoscopista, y un especialista en patología mamaria. • Es necesario un especialista en colposcopia, ya que al no contar con personal suficiente se ve disminuida la productividad del servicio, mismo que a la fecha de reporte es realizado por el jefe del área.
<p>Obstetricia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de la atención oportuna de la Emergencia Obstétrica (CÓDIGO MATER) en Urgencias, UTQ, Hospitalización y la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto con un resultado de una baja Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal en casos de alta complejidad. • Inicio de registro de pacientes a la plataforma de CAUSES para la recuperación de cuotas a través del Seguro Popular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta un médico materno-fetal en el turno vespertino. • Faltan dos gineco-obstetras en el turno de velada de lunes, miércoles y viernes. • Falta un médico gineco-obstetra en el turno de velada martes jueves y domingo. • Personal adscrito y en formación no actualizado en el curso ALSO (Soporte Vital Avanzado en Obstetricia) • Falta la renovación de acreditación en la atención de la emergencia Obstétrica por las instancias correspondientes.
<p>Biología de la Reproducción humana</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Falta un médico adscrito, subespecialista en Biología de la Reproducción Humana como apoyo en aspectos asistenciales, académicos y de investigación • No se cuenta con una clínica de anticoncepción en pacientes con alto riesgo reproductivo. • Falta un programa para atención de pacientes que requieren apoyo para fertilidad con baja frecuencia.
División de Medicina Crítica		
<p>Hemodinamia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio formal del programa de intervención en enfermedades congénitas del corazón con el cierre de defectos intracardiacos con dispositivos Amplatzer. • Actualmente, se cuenta con equipo de ultrasonido intravascular para los 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con equipo para medir el flujo de reserva coronario para determinar la susceptibilidad de las lesiones para ser intervenidas. • El equipo de fluoroscopia se encuentra próximo a terminar su tiempo de vida útil, por lo que se debe considerar su renovación.

	procedimientos de intervención coronaria.	
Unidad de Soporte Nutricional		<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con personal y equipo que se dedique exclusivamente a la colocación, manejo y cuidado de catéteres para Nutrición Parental. Falta equipamiento en la Unidad Metabólica: (Calorimetría Indirecta para cálculo de requerimientos energéticos, Ultrasonido para Colocación de Accesos Venosos Central, Monitor para la colocación del Acceso Venosos Central).
Urgencias adultos	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con equipo de ultrasonido exclusivo para el servicio. Capacitación en cursos de ultrasonido en pacientes de urgencias a personal médico de base y residentes. Utilización de un equipo "point of care" para determinación rápida de enzimas cardíacas, dimero D, BNP y prueba de embarazo. Instrucción en el curso ATLS para médicos adscritos 	<ul style="list-style-type: none"> Infraestructura inadecuada, área física mal distribuida. Se carece de un sistema digitalizado de registro de pacientes.
Unidad de Cuidados Coronarios		<ul style="list-style-type: none"> Irregularidad en la realización de cirugía cardíaca. Falta de personal que cubra el turno nocturno de martes, jueves y sábado. No se cuenta con servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes críticos cuando se rebasa la capacidad de la unidad. Falta de inclusión en el programa de Gastos Catastróficos para infarto al miocardio. Se requiere acceso a archivo de estudios angiográficos y de resonancia magnética cardíaca vía sistema webserver.
Unidad de Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> Adquisición de equipo diagnóstico. Disminución en el consumo de insumos. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta personal médico en turnos vespertino, nocturno y de jornada acumulada. Falta monitor central de arritmias en la central de enfermería. Falta aire acondicionado, con filtros antibacterianos adecuados.
Servicio de Apoyo a la Atención Médica		
Farmacia Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> Abasto del 99% en medicamentos y del 98% en material de curación. 	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con procesos de evaluación para cambio de insumos. Incompleta difusión de la información de las actividades de la

	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de medicamentos controlados de los grupos I, II y III, bajo la normatividad vigente. • Atención a las necesidades de medicamentos y material de curación de 10 quirófanos centrales y la Unidad de Tococirugía. 	<p>farmacia, lo cual impide una comunicación efectiva con los servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de apego en la prescripción médica a los catálogos establecidos de la farmacia Hospitalaria Subrogada 2015-2017.
CAUSES	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la población atendida representando un ingreso económico para el Hospital por un monto de \$963,696.07. • Mejora de procesos para la atención de pacientes incluyendo los turnos matutino, vespertino y de jornada acumulada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apego del personal Médico, de Enfermería, Trabajo Social y Becario del Hospital al programa CAUSES. • Falta de espacio físico para la atención de pacientes. • Falta de recursos humanos en el área. • Falta la acreditación del servicio de oftalmología para cubrir la intervención de catarata.

Avance del Programa de Trabajo 2016

Al periodo que se informa, se presentan los avances de las estrategias, líneas de acción y proyectos específicos del Programa de Trabajo 2016, de la Dirección Médica:

Se prevé capacitar en los conceptos fundamentales de prevención de la violencia, a un total de 740 enfermeras durante el segundo semestre de este año, lo que significaría contar con el 80% del personal de enfermería capacitado en el tema, además de considerar la capacitación de otras áreas en la prevención de la violencia.

Durante el primer semestre de 2016, se intensificaron las medidas para la detección de incidentes infecciosos asociados a la atención a la salud, mediante las siguientes acciones:

- Incorporación de un programa de vigilancia en áreas críticas.
- Campaña permanente de lavado de manos.
- Aplicación correcta de los aislamientos en pacientes infectados con gérmenes nosocomiales o inmunocomprometidos.
- Prevención de la neumonía asociada al uso de ventilador mecánico.
- Incorporación al Programa de Seguimiento de la Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC) para establecer una plataforma de registro de casos en servicios del hospital para generar información "en tiempo real".

Medidas que han permitido contar con un mejor registro de las infecciones nosocomiales, por lo que en este primer semestre se detectaron un total de 338 infecciones, que en proporción al total de días estancia anual programado de 102,000, nos muestra un alcance en la tasa de infecciones en un 3.3, lo que representa un 46.5% de avance en el semestre en relación a la tasa anual programada de 7.1, lo que refleja que se presentan un número esperado de estos procesos sin rebasar cifras que pudieran ser alarmantes.

La Farmacia Hospitalaria ha permitido un abasto de medicamentos y material de curación en un 99% a todos los servicios de hospitalización en relación a la demanda de insumos solicitados por los mismos, lo que significó haber entregado un total de 1,341 solicitudes de medicamentos en el primer semestre de 2016, en los cuales se incorporaron medicamentos de tipo general y controlados del grupo I, II y III. Lo que representa un avance del 53.6% respecto a las 2,500 solicitudes programadas para el 2016, logrando cubrir las necesidades médicas de cada paciente hospitalizado, al contar con el abasto suficiente y necesario de medicamentos por la farmacia subrogada y el centro de mezclas que abastece los antibióticos, antineoplásicos y nutrición parenteral.

En lo referente a la optimización en la atención del embarazo de alto riesgo, se atendieron un total de 41 casos de pacientes con emergencia obstétrica, los eventos atendidos mostraron una respuesta adecuada en sus condiciones de salud, lo que refleja un avance en un 63.1% en relación a las 65 emergencias obstétricas programadas para atender en 2016. Situación que hace notar que el servicio de obstetricia cuenta con el personal capacitado para atender este tipo de emergencias, además de que al requerirse un apoyo por otros servicios del Hospital, se obtiene de inmediato a través de la activación del equipo de respuesta rápida.

Se tiene contemplado contar al cierre de 2016, con fuentes de financiamiento externas, por lo que el llenado de las cédulas de autoevaluación, comenzará a partir del segundo semestre de 2016 para conocer las condiciones de infraestructura, recursos humanos y materiales, así como equipamiento con el que se cuenta y evaluar la factibilidad de solicitar la acreditación formal.

Programa de Trabajo 2016

Nombre de la Dirección de Área: Dirección Médica
Nombre del Programa Presupuestal: E023 "Atención Médica"
Responsable: Dr. José Manuel Conde Mercado

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Otorgar atención médico-quirúrgica con calidad y seguridad para el paciente y su familia, sin discriminación alguna cumpliendo con las políticas, objetivos y metas hospitalarias en un marco de ética, profesionalismo, transparencia institucional y en apego a los programas sectoriales.	1. Calidad y Seguridad	1.1.1 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores	Porcentaje de enfermeras capacitadas en la atención a la violencia V1: Número de enfermeras capacitadas en conocimientos y medidas de contención de violencia / V2: Total de enfermeras en plantilla x 100	$\frac{740}{925} = 80\%$	Anual	N/A	La capacitación de los trabajadores es una actividad que está programada para llevarse a cabo en el segundo semestre del año.
2			1.1.11 Disminución de los incidentes Infecciosos Asociados a la Atención de la Salud (IAAS)	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia) V1: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / V2: Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	$\frac{720}{102,000} = 7.1$	Trimestral, semestral y anual	N/A	$\frac{338}{102,000} = 3.3$ Se tuvo un cumplimiento del 3.3 en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia), con relación a la meta programada de 7.1. Este resultado se debió a la intensificación de medidas preventivas como: la incorporación de un programa de vigilancia en áreas críticas, lavado de manos, tratamiento correcto de los pacientes aislados, prevención de neumonía asociada al uso de ventilador mecánico e incorporación al INICC, lo que permitió contar con una mejor detección de las infecciones nosocomiales.
3			1.1.16 Consolidación y evaluación de la Farmacia Hospitalaria	Porcentaje de medicamentos surtidos a pacientes hospitalizados en el periodo de reporte V1: Número de medicamentos surtidos a pacientes hospitalizados en el periodo de reporte / V2: Total de medicamentos solicitados para pacientes hospitalizados en el periodo de reporte x 100	$\frac{2,450}{2,500} = 98\%$	Semestral y anual	N/A	$\frac{1,341}{2,500} = 53.6\%$ Se tuvo un cumplimiento del 53.6% en el porcentaje de medicamentos surtidos a pacientes hospitalizados en el periodo de reporte, con respecto a la meta programada de 98%. Este resultado se debió a que durante el primer semestre de 2016 se surtieron un total de 1,341 medicamentos a pacientes hospitalizados.
4			1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo	Porcentaje de casos atendidos por el personal sustantivo en la atención de la emergencia obstétrica V1: Número de casos con emergencia obstétrica con respuesta adecuada del personal sustantivo / V2: Número de casos considerados con emergencia obstétrica x 100	$\frac{52}{65} = 80\%$	Anual	N/A	$\frac{41}{65} = 63.1\%$ Se tuvo un cumplimiento del 63.1% en el porcentaje de casos atendidos por el personal sustantivo en la atención de la emergencia obstétrica, con relación a la meta programada de 80%. Este resultado se debió a que se atendieron un total de 41 emergencias obstétricas a través de la aplicación del Código Mater.
5			3. Administración eficiente	3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas	Porcentaje de cédulas llenadas correctamente V1: Número de cédulas correctamente llenadas / V2: Total de cédulas de autoevaluación x 100	$\frac{2}{2} = 100\%$	Anual	N/A

Reporte de avances del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
Estrategia 1.1: Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande	1.1.1. Prestar atención médica hospitalaria especializada a la población en los INS, HFR y HRAE acorde a las capacidades disponibles.	El Hospital Juárez de México continúa prestando atención médica a la población que la demanda en las 51 especialidades médicas con las que cuenta.
	1.1.2. Promover la implementación del expediente clínico electrónico apegado a las normas para contar con registros médicos de calidad.	La Institución no puede implementar el expediente clínico electrónico, debido a que no existe disponibilidad presupuestaria.
	1.1.3. Incorporar la calidad de la atención a la cultura institucional en las entidades coordinadas	Se estableció el tópico de auditoría clínica en instalación de catéter venoso central en pacientes oncológicos adultos, apegado al modelo de auditoría clínica propuesto por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Además, se continúa trabajando en Calidad y Seguridad del Paciente para consolidar la cultura hospitalaria y con fines de certificación.
	1.1.4. Mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad.	Se mantiene un reporte de eventos adversos e IAAS, principalmente por el personal de enfermería y médico. El Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente inició la reestructuración del Equipo Multidisciplinario para el Análisis de los Eventos Adversos (EMAEA). Asimismo, se gestionó ante el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica la actualización del Observatorio de Eventos Adversos, con la finalidad de sistematizar el registro de los incidentes reportados por las áreas de enfermería, médica y el observatorio, con la finalidad de contar con una sola fuente de información.
	1.1.5. Detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros.	En el Programa Anual de Trabajo 2016 del Hospital Juárez de México, se incluyó una línea de acción sobre la prevención de violencia entre y hacia los trabajadores, con la finalidad de sistematizar los eventos de agresiones hacia el personal por parte de otros trabajadores, familiares y pacientes. Además, en el servicio de Salud Mental se atienden a las personas que sufren violencia de género. Por otra parte, el 25 de cada mes se conmemora el "Día naranja" para promover la no violencia contra las mujeres.
	1.1.6. Favorecer el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.	La Farmacia Hospitalaria subrogada abastece el 99% de los medicamentos y el 98% de los materiales de curación e insumos para la salud. Además, el Hospital participó en una compra consolidada de medicamentos coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo que permitió asegurar el abastecimiento oportuno de medicamentos al Hospital.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	<p>1.1.7. Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes</p>	<p>Se realiza por los 51 servicios hospitalarios el diagnóstico oportuno basado en la disponibilidad de recursos tecnológicos en laboratorios, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y hay un servicio de rehabilitación física.</p>
	<p>1.1.8. Contar con comités hospitalarios correspondientes para promover la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.</p>	<p>El Hospital cuenta con Comités Hospitalarios los cuales fueron reestructurados y reinstalados, y están a cargo de las Direcciones de Administración, de Investigación, Médica y de Planeación Estratégica.</p>
	<p>1.1.9. Incluir a los profesionales de la salud acordes con necesidades actuales de operación de los servicios de salud.</p>	<p>El Hospital incluye a los profesionales de la salud acorde con las necesidades actuales y a la disponibilidad de plazas autorizadas.</p>
	<p>1.1.10. Impulsar la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes.</p>	<p>Se impulsa la donación familiar de sangre, ya que es difícil la conformación de un grupo comprometido de donadores altruistas, sin embargo el Hospital es autosuficiente y puede apoyar a otros bancos. Se han realizado trasplantes fundamentalmente de córnea y riñón.</p>
<p>Estrategia 1.2: Brindar atención ambulatoria a la población en las entidades coordinadas</p>	<p>1.2.1. Atender a la población que lo demande, principalmente a grupos vulnerables evitando el rechazo.</p>	<p>La Institución proporciona atención médica a cualquier persona que lo demanda, dando prioridad a grupos vulnerables sobre todo ancianos y población indígena; y al resto de la población sin importar su clase social o derechohabencia.</p>
	<p>1.2.2. Brindar servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieran considerando las especialidades y capacidad instalada.</p>	<p>Durante el primer semestre de 2016, el Hospital otorgó un total de 109,063 consultas en las especialidades con las que cuenta.</p>
	<p>1.2.3. Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y corta estancia.</p>	<p>Se realizaron un total de 18,246 procedimientos de diagnóstico y terapéutico, de los cuales 17,873 fueron de diagnóstico y 373 terapéuticos.</p>
	<p>1.2.4. Promover el enfoque preventivo en la atención a la salud acorde a la vocación de servicio.</p>	<p>El Hospital brinda atención médica ambulatoria de acuerdo al tipo de padecimiento del paciente, vigilando su evolución y aplicando medidas de salud preventivas.</p>
	<p>1.2.5. Fortalecer la atención por personal especializado a pacientes y/o usuarios receptores de violencia familiar, género y trata de personas.</p>	<p>En la Unidad de Salud Mental se otorga por personal capacitado, atención a pacientes y familiares víctimas de violencia de género e intrafamiliar. El 25 de cada mes se conmemora el "Día naranja" para promover la no violencia contra las mujeres.</p>
	<p>1.2.6. Impulsar la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida</p>	<p>Se realizó la medición de los indicadores que evalúan la percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria y ambulatoria recibida, reportando una satisfacción del 85.5%.</p>
	<p>1.2.7. Vigilar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.</p>	<p>Se vigila que en el laboratorio y gabinetes del Hospital se usen eficientemente los recursos, principalmente en el servicio de Radiología.</p>
	<p>1.2.8. Fortalecer el enfoque preventivo en la atención acorde a la vocación institucional.</p>	<p>El Hospital brinda atención médica ambulatoria de acuerdo al tipo de padecimiento del paciente, vigilando su evolución y aplicando medidas de salud preventivas.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	1.2.9. Favorecer la atención integral, considerando la salud mental y el apoyo psiquiátrico de enlace.	Tanto el Psiquiatra que tiene el Hospital como la Unidad de Salud Mental favorecen la atención integral a ésta. La Institución no cuenta con Psiquiatría de enlace.
Estrategia 1.3: Operar los servicios de urgencias y atención médica continua	1.3.1. Atender en los servicios de urgencias a todos los usuarios que lo soliciten de acuerdo a los procesos institucionales.	Los tres servicios de Urgencias otorgan atención médica diariamente a los usuarios que lo solicitan. El 32% de las urgencias fueron reales. Existe una sobredemanda de atención debido a la inexistencia de servicios resolutivos en alta especialidad en la zona norte de la Ciudad de México y la zona conurbada del Estado de México.
	1.3.2. Brindar atención en el servicio de admisión continua a los pacientes trasladados o que acudan con referencia.	El Hospital no cuenta con servicio de Admisión Continua
	1.3.3. Establecer mecanismos de triage y de orientación a la población para el mejor uso de los servicios.	Se aplica en los 3 servicios de Urgencia un modelo de triage, en el caso de la de adultos es el sistema de la Universidad de Manchester, aunque el problema actual es la disponibilidad de camas censables, para lo cual hay un grupo multidisciplinario que está revisando políticas sobre pre-altas y altas.
	1.3.4. Promover la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios en los servicios de urgencias y admisión continua.	Existe una sobredemanda sobre todo en Urgencias Adultos, que por razones obvias retrasa la posibilidad de un ingreso aunado a la menor disponibilidad de camas censables, lo que origina con frecuencia insatisfacción de los usuarios, sobre todo los que requieren aislamientos. Mediante la encuesta de "Aval Ciudadano" coordinada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se realizó la evaluación de indicadores relacionados con el trato digno y satisfacción de los servicios otorgados en Urgencias y Admisión, en el cual el Hospital se declaró avalado con un 77.7% de índice de satisfacción.
	1.3.5. Favorecer que la atención urgencias y admisión continua se vincule con la vocación institucional.	Los 3 servicios de Urgencias atienden diariamente a más de 100 pacientes, existe una sobredemanda de atención debido a la inexistencia de servicios resolutivos en alta especialidad en la Ciudad de México (zona norte) y la zona conurbada del Estado de México. El hospital no cuenta con Admisión Continua.
	1.3.6. Otorgar atención a las emergencias obstétricas vigilando el bienestar de la madre y el producto.	Se tiene implementado el Código mater que se activa en todas las emergencias obstétricas lo que ha logrado resultados muy satisfactorios en la atención integral de éstas, tanto para las madres como sus productos. A través de la aplicación del Código se atendieron a un total de 41 pacientes.
	1.3.7. Fomentar la disminución de procedimientos quirúrgicos en la atención obstétrica.	Se mantiene una vigilancia de las indicaciones en la realización de la cesárea con la segunda opinión, ya que el 60% de las mismas se indican por tipo relativo.
Estrategia 1.4: Aplicar modelos	1.4.1. Definir mecanismos que permitan la generación y uso de recursos a las entidades coordinadas, con apego normativo.	Se establecieron mecanismos para la captación de recursos como: la celebración del Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo al periodo que se informa

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
innovadores para la atención médica de alta especialidad y la generación de recursos	<p>1.4.2. Participar en proyectos nacionales o regionales para la atención médica.</p> <p>1.4.3. Propiciar la participación de la sociedad civil y los sectores privado y social en el financiamiento de la atención.</p> <p>1.4.4. Favorecer la innovación organizacional para mejorar el otorgamiento de los servicios médicos.</p> <p>1.4.5. Fomentar la integración y funcionamiento de los patronatos, y voluntariado enfocados al apoyo de la atención médica.</p> <p>1.4.6. Promover la donación altruista de sangre y órganos, y su uso y aprovechamiento de acuerdo a la normatividad vigente.</p>	<p>114 intervenciones que se atienden en el Hospital. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones entre la Delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital, para la celebración del contrato "Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico".</p> <p>Por otra parte, se obtuvieron ingresos por casos médicos atendidos del Seguro Popular por un monto de \$78,944 miles de pesos.</p> <p>El Hospital cuenta con un patronato que busca distintos mecanismos y apoyos para atender algunos requerimientos y necesidades de la Institución.</p> <p>Se impulsa la donación familiar de sangre, ya que es difícil la conformación de un grupo comprometido de donadores altruistas, sin embargo el Hospital es autosuficiente y puede apoyar a otros bancos. Se han realizado trasplantes fundamentalmente de córnea y riñón.</p>
Estrategia 1.5: Impulsar la creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes	<p>1.5.1 Atender casos de alto riesgo materno-infantil, enfermedades crónicas, malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad, entre otras.</p> <p>1.5.2 Dar atención a la población de adultos mayores a fin de mejorar su calidad de vida.</p> <p>1.5.3 Orientar la atención a las diferentes etapas de la vida considerando las capacidades resolutivas de las unidades médicas</p> <p>1.5.4 Promover grupos multidisciplinarios para atender a víctimas de violencia familiar y de género, trata de personas, entre otros.</p>	<p>El Hospital atiende una población importante de casos de embarazos de alto riesgo, principalmente en pacientes referidos, incluyendo aquellos que cumplen con criterios para activación del Código Mater.</p> <p>Se ha incrementado la atención de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer e insuficiencia renal; que provoca la saturación de los servicios. Además, se atienden pacientes con anomalías congénitas del tubo digestivo y sistema nervioso central por cirugía y neurocirugía pediátrica.</p> <p>El Hospital cuenta con una Clínica del Adulto Mayor que atiende población con perfil geriátrico en forma integral y asesora a otros servicios con casos de adultos mayores. Durante el periodo de enero a junio de 2016, la clínica realizó un total de 1,376 atenciones.</p> <p>La Unidad de Salud Mental y el Psiquiátrico del Hospital favorecen la atención integral de pacientes y familiares víctimas de violencia familiar y de género, asimismo, de contar</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	<p>1.5.5 Atender padecimientos que requieran de alta especialidad prioritariamente a pacientes con obesidad, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, entre otros.</p> <p>1.5.6 Favorecer los procesos de rehabilitación de los pacientes que lo requieran, limitando la discapacidad y promoviendo la reinserción social.</p> <p>1.5.7 Realizar prevención, diagnóstico oportuno y atención médica para cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata y otros en niños y adolescentes.</p> <p>1.5.8 Propiciar la creación de áreas de atención psiquiátrica y de salud mental en la atención de pacientes.</p>	<p>con el apoyo de estudiantes de la Maestría en Psiquiatría hospitalaria de la Universidad Nacional Autónoma de México.</p> <p>El Hospital atiende una población importante de casos de embarazos de alto riesgo, principalmente en pacientes referidos, incluyendo aquellos que cumplen con criterios para activación del Código Mater.</p> <p>Se ha incrementado la atención de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer e insuficiencia renal; que provoca la saturación de los servicios. Además, se atienden pacientes con anomalías congénitas del tubo digestivo y sistema nervioso central por cirugía y neurocirugía pediátrica.</p> <p>Se cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación que atiende pacientes de Ortopedia, Neurología y Neurocirugía. Durante el periodo de enero a junio de 2016 se realizaron 75,730 sesiones de rehabilitación. No obstante, por razones presupuestales no ha sido posible implementar los programas de rehabilitación respiratoria y cardiaca.</p> <p>En el aspecto preventivo hay poco que hacer porque la gran mayoría de nuestros pacientes con estos problemas son referidos o se presenta tardíamente. En cuanto a los aspectos de diagnóstico y tratamiento el servicio de Oncología cuenta con especialistas de Oncología Médica y Quirúrgica. Se cuenta con bomba de cobalto y está autorizada la adquisición de un acelerador lineal que se instalará en breve. El programa de gastos catastróficos de niños y adolescentes cuenta ahora con pacientes bajo tratamiento.</p> <p>La Unidad de Salud Mental y el Psiquiátrico del Hospital favorecen la atención integral de pacientes y familiares víctimas de violencia familiar y de género, asimismo, de contar con el apoyo de estudiantes de la Maestría en Psiquiatría hospitalaria de la Universidad Nacional Autónoma de México.</p>
<p>Estrategia 1.6: Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las entidades coordinadas</p>	<p>1.6.1 Impulsar esquemas descentralización de los servicios de atención médica</p> <p>1.6.2 Coordinar sectorialmente a las entidades para contar con la información homogénea y pertinente para la toma de decisiones.</p> <p>1.6.3 Realizar reuniones de grupos directivos vinculados con la atención médica a fin de promover una cultura corporativa.</p> <p>1.6.4 Coordinar acciones conjuntas para compartir experiencias y mejores prácticas entre las entidades coordinadas.</p> <p>1.6.5 Coordinar la planeación, seguimiento y evaluación del desempeño institucional en atención médica.</p> <p>1.6.6 Favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.</p>	<p></p> <p>CCINSHAE</p> <p>CCINSHAE</p> <p>CCINSHAE</p> <p>CCINSHAE</p> <p>El hospital dentro de la atención médica se fundamenta en el cumplimiento de las NOM que le corresponden en todos los</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	<p>1.6.7 Coordinar la generación e implementación de modelos de gestión hospitalaria.</p> <p>1.6.8 Propiciar la participación en los comités de las redes de servicios a las que pertenezcan.</p>	<p>servicios hospitalarios que conforma la institución, además lleva a cabo dicha atención dentro de un marco de calidad asistencial, lograda a través de recursos humanos médicos y de enfermería preparados y con capacitación y competencias adecuadas, unido a infraestructura adecuada de diagnóstico y tratamiento y en cuanto a la seguridad para los pacientes se verifican los reportes de incidentes adversos, se hace análisis de algunos de ellos y se capacita personal del hospital en cursos básicos y se tiene preparado para el segundo semestre el 6° Diplomado de Seguridad del Paciente.</p> <p>En la primera sesión ordinaria del COCASEP, se propuso un modelo de mejora de la calidad, basado en cuatro ejes que incluyen la cultura organizacional, satisfacción, seguridad del paciente y la proyección de estadística.</p> <p>El Hospital cuenta con Comités Hospitalarios los cuales fueron reestructurados y reinstalados, y están a cargo de las Direcciones de Administración, de Investigación, Médica y de Planeación Estratégica.</p>
<p>Estrategia 1.7: Vigilar el cumplimiento y promover la mejora del marco normativo</p>	<p>1.7.1 Profundizar las acciones del comité de bioética hospitalaria.</p> <p>1.7.2 Mantener vigilancia para garantizar el respeto a los valores, cultura y bioseguridad de los pacientes y usuarios.</p> <p>1.7.3 Favorecer el desarrollo, actualización y apego a las guías de práctica clínica y protocolos de atención.</p> <p>1.7.4 Apoyar la identificación de mecanismos innovadores para la generación y utilización de los recursos.</p>	<p>Se continúa trabajando con el Comité de Bioética, y continúa sesionando en forma ordinaria y ante las solicitudes de los servicios hospitalarios por situaciones de dilemas éticos.</p> <p>Se cuenta con cámaras de circuito cerrado en el Hospital, con la finalidad de reforzar la vigilancia y la seguridad de los pacientes y usuarios.</p> <p>Existe un equipo de trabajo que vigila la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el manejo de los pacientes; en el cual médicos del Hospital participan en la elaboración de nuevas guías.</p> <p>Durante el periodo de reporte, se reinstaló el equipo de trabajo de Guías de Práctica Clínica (GPC), sesionando en tres ocasiones de manera ordinaria. Asimismo, se realizó la supervisión de 31 servicios y la revisión de 60 expedientes clínicos, teniendo un apego a las GPC del 89.8%.</p> <p>Se obtuvieron ingresos por un monto de \$81,688.00 miles de pesos, por casos médicos atendidos del Seguro Popular y por la celebración de los convenios por Prestación de servicios médicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM) y con el Estado de Hidalgo.</p> <p>Además, se realizaron siete contrataciones plurianuales en materia de servicios generales como: el servicio de limpieza, vigilancia y aseguramiento de bienes patrimoniales.</p> <p>Asimismo, se participó en una compra consolidada de medicamentos coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo que permitió asegurar el abastecimiento oportuno de medicamentos al Hospital.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016													
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica															
	<p>1.7.5 Favorecer el reclutamiento de recursos humanos especializados egresados de las entidades coordinadas.</p> <p>1.7.6 Promover la actualización del marco legal y normativo de las entidades coordinadas en beneficio de su organización y administración.</p> <p>1.7.7 Promover el establecimiento de sistemas de promoción profesional específicos en las entidades coordinadas.</p> <p>1.7.8 Impulsar las acciones de transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas en las entidades coordinadas.</p> <p>1.7.9 Diseñar y mejorar indicadores, dar seguimiento al desempeño institucional en apoyo de los órganos colegiados y de gobierno.</p>	<p>Se da prioridad en el proceso de reclutamiento, selección y contratación a los médicos y personal de enfermería egresados del Hospital.</p> <p>CCINSHAE</p> <p>CCINSHAE</p> <p>Con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en los trabajos de difusión, así como incentivar el uso e intercambio de la Información Socialmente Útil o Focalizada, se llevó a cabo el Ejercicio de Participación Ciudadana en la que se difundieron los Temas de Transparencia Focalizada 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastos Catastróficos • Cita para donación de sangre • Cita para elaboración de estudio socioeconómico • Tabulador de cuotas • Contratos • Estadística • Solicitudes de Información <p>La difusión se realizó entre los diversos actores sociales, con el propósito de facilitar los trámites de los servicios que brinda este Hospital y propiciar con ello la toma de decisiones informadas, para lo cual se implementaron acciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carteles Informativos.- Se colocaron en las áreas de los servicios de Trabajo Social, Banco de Sangre y pasillo de Urgencias Adultos, con el propósito de captar audiencias estratégicas. • Dípticos.- Los cuales se distribuyeron entre los diversos actores sociales. • Circular.- Se solicitó a los mandos superiores y medios, la difusión en sus áreas de la información Socialmente Útil o Focalizada, publicada en el Portal Institucional. <p>Para el 2016, el Hospital Juárez de México, comprometió un total de 37 indicadores para resultados en tres programas presupuestales:</p> <table border="1" data-bbox="1182 1321 1940 1461"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Programa Presupuestal</th> <th colspan="3">Periodo de reporte</th> <th rowspan="2">Total de Indicadores</th> </tr> <tr> <th>Trimestral</th> <th>Semestral</th> <th>Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total de Indicadores	Trimestral	Semestral	Anual	E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	7	0	6	13
Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total de Indicadores											
	Trimestral	Semestral	Anual												
E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	7	0	6	13											

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016				
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica						
		E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	5	10
		E023 "Atención a la salud"	13	0	1	14
		Total	20	5	12	37
	1.7.10 Promover el establecimiento y revisión de las cuotas de recuperación y tarifas basadas en costos.	<p>Durante el periodo de enero a junio de 2016, el Hospital reportó un total de 25 indicadores en tiempo y forma a la CCINSHAE, dando cumplimiento a lo comprometido en la Matriz de Indicadores para Resultados.</p> <p>El 22 de enero de 2016, se envió mediante oficio a la CCINSHAE, el último proyecto de actualización del Tabulador de cuotas de recuperación del Hospital, solicitando la tramitación-autorización ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).</p>				

Resultados Objetivo 1:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	82.1	92.3	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante SHCP para reflejar la operación institucional.</p> <p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 4.7% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con respecto a la meta original programada de 90%.</p> <p>Las causa por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que se logró aplicar 172 encuestas más en atención hospitalaria con respecto a las 300 encuestas programadas; que se vio reflejado en una buena percepción por la atención recibida.</p>

			<p>EFECTO: Al obtener un resultado superior a 80 puntos de usuarios satisfechos por los servicios prestados por el Hospital, se propicia la confianza de la población en los servicios ofertados y en el prestigio de la Institución.</p>
<p>Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación</p>	94.4	91.6	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante SHCP para reflejar la operación institucional.</p> <p>CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento inferior en un 3.0% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta original programada de 94.4%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, obedece a diversos factores como: Contar con médicos especialistas capacitados y actualizados que cubren la demanda de los padecimientos que se atienden frecuentemente en el Hospital; abasto suficiente de medicamentos e insumos proporcionados por la farmacia hospitalaria; disponer de equipos especializados para el diagnóstico, así como los insumos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes.</p> <p>EFECTO: Se alcanzaron las metas de acuerdo a lo programado, cumpliendo con la misión institucional mediante una atención médica apropiada, logrando que los pacientes recuperen su salud con costos razonables, lo que permite que sean reintegrados a sus actividades cotidianas.</p>
<p>Tasa de infección nosocomial (por mil días estancia)</p>	7.1	6.4	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante SHCP para reflejar la operación institucional.</p> <p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 9.9% en la tasa de infección nosocomial (por mil días estancia), con respecto a su programación original de 7.1.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a incorporar un programa de vigilancia</p>

			<p>en áreas críticas, intensificar la aplicación de las medidas preventivas en el Hospital, realizar el lavado de manos en los momentos que está indicado, aplicar correctamente los aislamientos específicos, implementar paquetes de medidas específicas para el control y prevención de infecciones, así como la prevención de neumonía asociada al uso de ventilador mecánico.</p> <p>Además, la incorporación al INICC, que permite disponer de nuevas herramientas para el cumplimiento de la normatividad vigente.</p> <p>EFECTO: El mejoramiento de la profilaxis y la disminución de los riesgo de infecciones por brotes intrahospitalarios, sobre todo de gérmenes mutirresistentes como Pseudomonas, Acinetobacter y Clostridium difficile, disminuyen los días de estancia hospitalaria y mejoran la calidad de la atención médica otorgada a los pacientes.</p>
--	--	--	---

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
Estrategia 2.1: Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas	<p>2.1.1 Participar en la integración de los lineamientos para integrar un padrón de usuarios y pacientes.</p> <p>2.1.2 Promover la difusión de los mecanismos para la atención de pacientes.</p> <p>2.1.3 Impulsar la aplicación de criterios de clasificación socioeconómica homogéneos con las diversas instituciones.</p> <p>2.1.4 Promover la consolidación y conclusión del expediente clínico electrónico para facilitar el acceso a la información.</p> <p>2.1.5 Impulsar la revisión de la operación y actualización del intercambio de servicios con entre las distintas instituciones.</p> <p>2.1.6 Promover los procesos de acreditación, la certificación y recertificación de las unidades coordinadas cumpliendo los estándares de calidad.</p>	<p>El servicio de Trabajo Social aplica los criterios de clasificación socioeconómica unificados por la CCINSHAE.</p> <p>El Hospital no cuenta con recursos presupuestales para implementar el expediente electrónico.</p> <p>En mayo de 2016 se realizó la primera sesión ordinaria del COCASEP, en la cual se comentó la alineación de los ejes de Calidad y Seguridad del Paciente basados en el Programa de Trabajo de la Dirección General, donde se cita la Certificación del Hospital por el Consejo de Salubridad General bajo el modelo de estándares 2015, el cual considera dentro de sus alcances los ejercicios de auditoría, además de valorar la estructura de un equipo multidisciplinario con enfoque estratégico y táctico para asumir el liderazgo de los capítulos que se señalan en el Modelo del Consejo de Salubridad General.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
		Asimismo, se encuentra en autoevaluación la infraestructura del Hospital, para la acreditación de los programas de gastos catastróficos en Infarto del miocardio, Cáncer de testículo, colon y ovario.
Estrategia 2.2: Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive	2.2.1 Revisar las carteras de servicios considerando las necesidades y prioridades de salud de la población. 2.2.2 Difundir las carteras de servicios de las unidades médicas especializadas para favorecer el uso adecuado de los mismos. 2.2.3 Apoyar los procesos de capacitación de la atención médica para el control y seguimiento de padecimientos en unidades de menor capacidad resolutive. 2.2.4 Informar a la población sobre la cartera de servicios de alta especialidad que prestan las EC para su uso adecuado. 2.2.5 Coordinar en las redes los mecanismos que faciliten el conocimiento del personal de salud de las capacidades de servicio de las entidades coordinadas. 2.2.6 Promover el uso de tecnologías de la información para la atención y orientación de usuarios y pacientes.	Se entregó a la CCINSHAE la cartera de servicio con los que cuenta el Hospital, para incorporarlos en el proyecto de la Comisión de Referencia-Contrarreferencia.
Estrategia 2.3: Integrar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia de pacientes	2.3.1 Establecer lineamientos y políticas para la referencia y contrarreferencia entre las entidades coordinadas y con las redes de servicios. 2.3.2 Capacitar al personal responsable del proceso para la atención al usuario, con asertividad y compromiso de servicio. 2.3.3 Apoyar la puesta en marcha un sistema de coordinación hospitalaria para la referencia concertada de pacientes. 2.3.4 Actualizar la regionalización en función de las redes de servicio y necesidades. 2.3.5 Integrar y mantener actualizados los directorios de responsables de la referencia y contrarreferencia. 2.3.6 Hacer más eficiente el uso de las herramientas informáticas disponibles y participar en su evaluación y actualización. 2.3.7 Actualizar el marco normativo que facilite la generalización de instrumentos consensuados. 2.3.8 Reducir la incertidumbre en los usuarios y la discrecionalidad de los mecanismos de aceptación de pacientes referidos. 2.3.9 Propiciar la contrarreferencia de pacientes con las instituciones de la red de servicios.	CCINSHAE
Estrategia 2.4:	2.4.1 Favorecer que los mecanismos de financiamiento de la atención se apliquen de manera eficiente y transparente.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
Favorecer los mecanismos que beneficien a la población social o económicamente vulnerable	<p>2.4.2 Fomentar la atención oportuna de los pacientes de grupos vulnerables en las instituciones de acuerdo a las necesidades.</p> <p>2.4.3 Contar sistemas de información expeditos para el reporte y reembolso de casos atendidos entre las instituciones.</p> <p>2.4.4 Aplicar los instrumentos legales y normativos para el manejo de los recursos destinados a la atención médica especializada.</p> <p>2.4.5 Favorecer la atención de la población indígena con respeto a su cultura y valores.</p> <p>2.4.6 Prestar apoyo para la atención de población migrante, de acuerdo a la normatividad aplicable.</p> <p>2.4.7 Promover la aportación de recursos destinados a la atención de grupos vulnerables de los sectores social y privado.</p> <p>2.4.8 Desarrollar los sistemas de costeo que apoyen la revisión de los tabuladores para la prestación de los servicios.</p> <p>2.4.9 Propiciar la disminución de gasto de bolsillo principalmente en población vulnerable.</p>	<p>La Institución proporciona atención médica a cualquier persona que lo demanda, dando prioridad a grupos vulnerables sobre todo ancianos y población indígena; y a la demás población sin importar su clase social o derechohabiencia.</p> <p>La Institución proporciona atención médica a cualquier persona que lo demanda, dando prioridad a grupos vulnerables sobre todo ancianos y población indígena; y al resto de la población sin importar su clase social o derechohabiencia.</p> <p>El Hospital no atiende a la población migrante, debido a que no existe demanda alguna.</p> <p>El 22 de enero de 2016, se actualizaron las 1,436 claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación, mediante el procedimiento implementado que permite conocer el costo real de los procedimientos.</p> <p>Dentro del Tabulador de Cuotas de Recuperación se cuenta con seis niveles económicos para la población, los cuales se asignan de acuerdo al estudio socioeconómico que la trabajadora social realiza a los pacientes del Hospital.</p>
Estrategia 2.5: Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud de alta especialidad mediante la portabilidad y convergencia	<p>2.5.1 Contribuir a la conformación del Padrón General de Salud que permita la portabilidad de la información médica entre las instituciones.</p> <p>2.5.2 Promover la interoperatividad del expediente clínico cumpliendo la normatividad aplicable.</p> <p>2.5.3 Contribuir al avance de las herramientas que permitan la convergencia de la información en salud.</p> <p>2.5.4 Desarrollar lineamientos consensuados para la atención de usuarios entre las instituciones públicas de salud y las entidades coordinadas.</p> <p>2.5.5 Impulsar la uniformidad de los sistemas de información médica entre las entidades coordinadas.</p>	<p>El Hospital no cuenta con recursos presupuestales para implementar el expediente electrónico.</p>
Estrategia 2.6: Identificar oportunidades de	<p>2.6.1 Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras para la atención médica.</p> <p>2.6.2 Coordinar esfuerzos de colaboración con las unidades médicas de las redes de servicios.</p>	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
vinculación con otros actores nacionales e internacionales para la atención médica	2.6.3 Valorar las oportunidades de participar en proyectos para brindar servicios de atención médica a usuarios privados y extranjeros.	
Estrategia 2.7: Promover el intercambio de experiencias de los profesionales de la salud	2.7.1 Promover la difusión de buenas prácticas y guías en cuidado enfermero.	Se impartió capacitación al personal de enfermería en la implementación de PLACES. Se inició con los catálogos emitidos por la Comisión Permanente de Enfermería. Asimismo, la Coordinación de Enseñanza en Enfermería, realizó los PLACES por especialidad.
	2.7.2 Fomentar la capacitación de personal de enfermería en unidades de menor capacidad resolutive de la red de servicios.	
	2.7.3 Coordinar las reuniones de directivos de enfermería y trabajo social, para la mejorar la atención a los pacientes y usuarios.	CCINSHAE
	2.7.4 Propiciar la difusión del modelo de clasificación socioeconómica	A partir de la autorización del modelo de clasificación socioeconómica, mediante acuerdo presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación, se organizó un programa de capacitación a todo el personal del servicio de Trabajo Social, para el uso del mismo. Desde su aplicación, se supervisa al personal de manera constante.

Resultados Objetivo 2:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4. *	98.9	99.1	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte, tuvo un cumplimiento superior en un 0.2% en el porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4, con respecto a la meta programada de 98.9%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador, se debió a que en los turnos vespertino y nocturno se implementó la elaboración de estudios socioeconómicos de los pacientes programados para cirugía de la Consulta Externa.</p> <p>EFEECTO: Se cumplieron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado,</p>

			<p>con el objetivo de atender a la población usuaria de acuerdo a las normas y políticas institucionales, con la aplicación de una política con enfoque social, ofreciendo apoyo a la población más desprotegida o vulnerable.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
<p>Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional.</p>	12.3	1.6	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante SHCP para reflejar la operación institucional.</p> <p>CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento inferior en un 87.0% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con respecto a la meta original programada de 12.3%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que únicamente a 259 pacientes referidos por otras instituciones se les abrió expediente clínico. Cabe señalar, que todos los pacientes que requieren atención en el Hospital, son atendidos sin excepción alguna.</p> <p>EFEECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Obtener un mejor registro de las referencias de pacientes en los servicios hospitalarios.</p>
<p>Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.</p>	94.4	179.0	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 84.6%, en el porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios, con respecto a la meta programada del 94.4%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió principalmente por el pago de los adeudos de casos médicos atendidos por el Seguro Popular de ejercicios anteriores.</p> <p>EFEECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Al captar un mayor número de ingresos permite</p>

			la adquisición de bienes y servicios, y renovación de equipos, para brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.
--	--	--	---

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.		
Estrategia 3.1: Fomentar el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica	3.1.1 Fomentar el uso adecuado de los equipos y la correcta indicación de estudios y procedimientos.	Se impartió capacitación a 235 trabajadores del Hospital de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Neurocirugía, Ortopedia, Oncología y Cirugía General, en el manejo de equipos como: monitores de signos vitales marca Drager, camas mecánicas, camillas de traslado de pacientes, limpieza de colchones y desfibriladores.
	3.1.2 Impulsar la adquisición de los materiales y reactivos para la operación del equipamiento que permita, ofrecer atención médica oportuna y de calidad.	Como parte del diagnóstico oportuno del paciente, se garantizó el abasto oportuno de materiales y reactivos a través de contratación de licitaciones públicas y adquisiciones plurianuales para obtener mejores condiciones de precio, calidad, financiamiento y oportunidad en las mismas.
	3.1.3 Favorecer los mecanismos para agilizar el proceso de atención en los gabinetes.	
	3.1.4 Operar la infraestructura vigilando el cumplimiento de la bioseguridad tanto para los pacientes como para el personal y el medio ambiente.	
	3.1.5 Promover la vigilancia de alertas por efectos secundarios y la identificación de eventos adversos.	El Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, inició la reestructuración del Equipo Multidisciplinario para el Análisis de los Eventos Adversos (EMAEA). Asimismo, se gestionó la vinculación de las tres fuentes del reporte correspondientes al área de enfermería, área médica y el observatorio, con el propósito de sistematizar el registro en un solo banco de datos, calendarizar las reuniones de forma trimestral y programar sesiones de buenas prácticas. Además, se realizaron reuniones de trabajo con el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica, con la finalidad de proponer mejoras en el sistema de reporte.
	3.1.6 Establecer los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.	Se cuenta con el Programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo para el ejercicio 2016, realizando al periodo que se informa, el mantenimiento a los siguiente equipos: esterilizadores de vapor, equipos de radiología de la marca CMR y GMM, , equipo de ultrasonido marca Phillips, mesas quirúrgicas, lámparas de cirugía, monitores de signos vitales marca Criticare y Spacelabs, equipo simulador marca Siemens, equipos de la marca Pentax y equipo laser marca Technolas y equipo Accurus marca Alcon del servicio de Oftalmología.
Estrategia 3.2: Planear actualización	3.2.1 Contar con programas que evalúen la infraestructura y equipamiento para ofrecer servicios de calidad a la población.	Se cuenta con los Programas de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento del Hospital 2016. Al periodo que se informa, se realizaron los siguientes mantenimientos a la infraestructura: mantenimiento a las celdas de cimentación,

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.		
de equipos médicos	<p>3.2.2 Planear la sustitución y actualización del equipamiento acorde a las necesidades de servicios y la disponibilidad de recursos.</p> <p>3.2.3 Promover la identificación de fuentes alternas o complementarias de financiamiento para la adquisición del equipamiento de las unidades.</p> <p>3.2.4 Basar la incorporación de equipamiento en evidencia científica, costo beneficio y acorde a las necesidades de salud.</p> <p>3.2.5 Fomentar la capacitación del personal para que se faciliten las transiciones tecnológicas.</p>	<p>desazolve de pozos, adecuación del área de Urgencias Adultos, reparación de baños para usuarios y, plafones y muros en diversos servicios del área de Hospitalización.</p> <p>Se cuenta con cinco proyectos de inversión registrados en cartera de la SHCP con la finalidad de renovar equipo del Hospital, siendo los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México. 2. Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México. 3. Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México. 4. Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México. 5. Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del HJM. <p>De los programas anteriores, se concluyó el programa de Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México, en el cual se renovaron 1,407 equipos como: camas hospitalarias, básculas electrónicas, cunas, mesas puente, mesas pasteur, desfibriladores, monitores de signos vitales, lámparas, carros rojos, sillas para familiares de los pacientes, sillas para baño, pentapiés, electrocardiógrafo, gleiros, entre otros.</p> <p>Se definieron estrategias para la búsqueda de fuentes alternas de financiamiento para la adquisición de equipo, a través de la atención de casos médicos atendidos del Seguro Popular, convenios por Prestación de servicios médicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM) y con el Estado de Hidalgo, y a través del Patronato.</p> <p>Se impartió capacitación a 235 trabajadores del Hospital de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Neurocirugía, Ortopedia, Oncología y Cirugía General, en el manejo de equipos como: monitores de signos vitales marca drager, camas mecánicas, camillas de traslado de pacientes, limpieza de colchones y desfibriladores.</p>
Estrategia 3.3: Renovar los recursos tecnológicos para la	<p>3.3.1 Incorporar personal profesional en ingeniería biomédica y técnico para la adecuada operación del equipo e instalaciones.</p> <p>3.3.2 Capacitar al personal de ingeniería biomédica y técnico para el uso adecuado del equipamiento médico.</p>	<p>Se cuenta con un Ingeniero Biomédico y con pasantes de la carrera de Ingeniería Biomédica y Biónica como personal de apoyo en el área de Mantenimiento Biomédico.</p> <p>Se capacitó al personal del Departamento de Mantenimiento Biomédico en el uso de equipos como electrocardiógrafos y monitores de signos vitales.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.		
atención médica especializada atendiendo a las condiciones económicas y presupuestales	<p>3.3.3 Fortalecer el equipamiento de alta tecnología en las unidades coordinadas para el intercambio de servicios con las redes.</p>	Se elaboró un proyecto médico-arquitectónico para la adquisición de un acelerador lineal para el área de Oncología del Hospital, para su posterior registro en cartera de inversión ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	<p>3.3.4 Propiciar la incorporación de equipamiento y otras tecnologías basadas en evaluaciones integrales.</p>	
	<p>3.3.5 Participar en proyectos institucionales de planeación de infraestructura de servicios.</p>	Se elaboró el estudio de costo-beneficio del proyecto para la construcción de torre nueva de hospitalización, para el registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<p>Estrategia 3.4: Favorecer el avance del conocimiento y la profesionalización en las áreas vinculadas con el equipamiento médico</p>	<p>3.4.1 Apoyar la formación de recursos profesionales y técnicos en el manejo del equipo de gabinetes de diagnóstico y terapéuticos.</p>	Se capacitó al personal del Departamento de Mantenimiento Biomédico en el uso de equipos como electrocardiógrafos y monitores de signos vitales.
	<p>3.4.2 Contribuir al desarrollo de evaluación de resultados de investigación que favorezca el avance tecnológico en salud.</p>	
	<p>3.4.3 Participar en evaluaciones de tecnologías favoreciendo la incorporación de las más costo-efectivas</p>	
	<p>3.4.4 Incentivar el desarrollo y la divulgación de los avances tecnológicos en las unidades coordinadas.</p>	
	<p>3.4.5 Mejorar la utilización de la infraestructura y equipamiento, propiciando la aplicación de procedimientos y alternativas terapéuticas costo-efectivas</p>	
	<p>3.4.6 Apoyar la capacitación y desarrollo del personal de las áreas vinculadas con la operación y mantenimiento del equipamiento médico.</p>	Se impartió capacitación a 235 trabajadores del Hospital de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Neurocirugía, Ortopedia, Oncología y Cirugía General, en el manejo de equipos como: monitores de signos vitales marca drager, camas mecánicas, camillas de traslado de pacientes, limpieza de colchones y desfibriladores.
<p>Estrategia 3.5: Actualizar la infraestructura de tecnología de la información</p>	<p>3.5.1 Establecer un programa integral para la renovación la infraestructura de equipamiento informático.</p>	Se revisó y validó el inventario del equipo informático, con el objetivo de identificar la base de infraestructura tecnológica de equipo activo de red y de procesamiento de datos instalada. Además, se trabaja en conjunto con el área de almacenes e inventarios los procedimientos de registro y asignación del equipo informático, los cuales permitirán complementar y homologar la información, y sentar las bases para el análisis y la elaboración del programa integral de renovación del equipo.
	<p>3.5.2 Vigilar la intercomunicación interna y externa de las aplicaciones informáticas en las unidades de acuerdo al marco normativo.</p>	Se mantiene vigilancia permanente de los sistemas de monitoreo de red implementados, que permiten la supervisión de la intercomunicación entre los dispositivos y aplicaciones informáticas.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.		
	<p>3.5.3 Mantener estándares óptimos de seguridad y confiabilidad en la operación de las redes en las entidades coordinadas.</p>	<p>Se continúa reforzado las políticas de seguridad de acceso a la red de datos institucional, con base en mejores prácticas y en lo dispuesto en el MAAGTICSI.</p>
	<p>3.5.4 Promover la ampliación gradual del equipamiento de cómputo y la actualización de las soluciones informáticas.</p>	<p>Se realizó el análisis de la información obtenida de la implementación de herramienta tecnológica de Código Abierto, la cual permitió lograr la actualización del inventario de equipo informático, con la finalidad de continuar con la identificación del equipo necesario para su actualización y/o renovación.</p>
	<p>3.5.5 Favorecer sistemas informáticos homogéneos para integrar, procesar e intercambiar información entre las entidades y con las redes de servicios</p>	<p>Se continúa contribuyendo en conjunto con la Dirección General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud, mediante la administración de los usuarios e instalación del aplicativo, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Armonización Contable.</p>
	<p>3.5.6 Incorporar sistemas que propicien la eficiencia en los procesos, registros, informes y controles de la operación institucional.</p>	<p>En conjunto con un proveedor, se desarrolló el Sistema de Gestión de Pacientes, conformado en su primera fase de implementación por los módulos de admisión, archivo, urgencias y cajas.</p>
	<p>3.5.7 Establecer mecanismos e instrumentos para la seguridad y resguardo de los archivos electrónicos institucionales.</p>	<p>Se puso en operación el sistema de almacenamiento en red con tecnología de disco redundante y administración mejorada, con la finalidad de resguardar de manera segura la información y datos.</p>
<p>Estrategia 3.6: Fortalecer la atención médica y de enseñanza con el uso de tecnologías de la comunicación</p>	<p>3.6.1 Establecer un programa integral para la incorporación de la telemedicina para la prestación de servicios en la red.</p>	<p>Se continúa dando seguimiento a la etapa inicial, por lo que al periodo de reporte se asistió al evento "TIC SALUD", donde diversos proveedores dieron a conocer soluciones tecnológicas de conectividad necesarias para la implementación de equipo de telemedicina, con el objetivo de analizar las condiciones actuales de la infraestructura instalada y espacios disponibles dentro de la Institución y así poder elaborar el programa integral de incorporación de esta tecnología en el Hospital.</p>
	<p>3.6.2 Capacitar al personal médico y paramédico en el uso de equipos de telemedicina.</p>	<p>Derivado de la asistencia al evento "TIC SALUD", se revisó la situación actual de la capacidad técnica de conectividad con la que cuenta el Hospital, con la finalidad de evaluar soluciones tecnológicas de telemedicina acordes a ésta, para que, una vez implementadas se realice en conjunto con el área de Enseñanza el plan de capacitación para el uso de estos equipos.</p>
	<p>3.6.3 Promover la asesoría y análisis de casos entre las instituciones a través de sistemas basados en tecnologías de comunicación.</p>	<p>El Hospital cuenta con página WEB de pruebas que permitirá establecer las bases para el desarrollo de una Intranet, brindando comunicación e intercambio de contenido entre los institutos y hospitales miembros de la red NIBA.</p>
	<p>3.6.4 Favorecer la enseñanza y la asesoría académica a través de tecnologías de la comunicación.</p>	<p>Se brindó soporte técnico especializado del servicio de internet, instalación y operación de equipo de videoconferencias, para llevar a cabo el Diplomado Especializado en gerencia y certificación médica. Se capacitó a 50 profesores en el curso de "Tecnología para la Educación en Salud" impartido por la Escuela Nacional de Medicina del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.</p>

Resultados Objetivo 3:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas.	100.0	100.0	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas, con respecto a la meta programada de 100%.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio con respecto a la meta original, se debió a la efectiva renovación de 30 equipos (10 carros rojo, 10 cunas pediátricas y 10 lámparas de chicote).</p> <p>EFECTO: El Hospital, al contar con equipo renovado para las áreas sustantivas permite brindar una mejor atención a los pacientes y realizar mejores diagnósticos para sus tratamientos.</p>
Porcentaje de incremento de sesiones por teleconferencia.	83.3	85.7	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 2.9% en el porcentaje de incremento de sesiones por teleconferencia, con respecto a la meta programada de 83.3%.</p> <p>EFECTO: Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que se realizaron 18 sesiones por teleconferencia (5 más) con relación a las 13 programadas, derivado de los cambios realizados al formato del Diplomado.</p> <p>OTROS MOTIVOS: Se contribuye a la formación de recursos humanos a distancia y para asentar las bases y el conocimiento general para brindar el apoyo en la Certificación de Establecimientos Médicos.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
Estrategia 4.1: Favorecer la congruencia entre la oferta y la demanda de especialistas particularmente los altamente especializados.	4.1.1 Gestionar la asignación de las becas para la formación de especialistas en las entidades de alta especialidad.	Durante el periodo de reporte, no se gestionaron becas para la formación de especialistas, debido a que este procedimiento se realiza en el segundo semestre ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
	4.1.2 Favorecer la congruencia entre las necesidades de atención de alta especialidad y los programas de formación y educación continua.	Durante el primer semestre de 2016, se realizaron un total de los 44 cursos de educación continua, de los cuales 19 estuvieron relacionados con las necesidades de atención de alta especialidad.
	4.1.3 Vincular los principales problemas de salud en adultos y niños con la formación de recursos humanos especializados.	Los cursos de especialización de Medicina Interna y Pediatría, contemplan en sus programas académicos y operativos el análisis completo e integral de los principales problemas nacionales de salud como: obesidad, diabetes, prematuridad, padecimientos oncológicos y nefropatías.
	4.1.4 Priorizar las especialidades vinculadas con los problemas nacionales de salud de acuerdo a la vocación institucional.	En las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Oncología, se favorece la formación de recursos humanos en la atención de padecimientos crónico-degenerativos, metabólicos y oncológicos, de acuerdo a la vocación institucional.
	4.1.5 Fomentar la formación de personal de enfermería y paramédico acorde a las necesidades de las redes de servicios.	
	4.1.6 Impulsar el desarrollo de cursos de alta especialidad considerando las necesidades de atención de la población.	Se continúan impartiendo los diez cursos de alta especialidad (Cardiología intervencionista, Cirugía de columna, Córnea y cirugía refractiva, Ecocardiografía, Endoscopia gastrointestinal, Medicina del dolor y cuidados paliativos, Motilidad gastrointestinal, Oncología quirúrgica de cabeza y cuello, Toxicología aplicada a la clínica y Trasplante renal).
	4.1.7 Mantener la formación de licenciatura y especialización de personal de enfermería.	
	4.1.8 Favorecer la profesionalización del personal de salud para mejorar la atención.	
Estrategia 4.2: Fortalecer la vinculación institucional con el sector educativo, para el desarrollo programas de enseñanza.	4.2.1 Participar en el diseño de los planes de estudio de medicina de alta especialidad.	Los profesores titulares de cada curso de alta especialidad, elaboran sus programas académicos y operativos, actualizándolos anualmente. Durante el periodo de reporte, el Hospital sigue contando con 26 cursos de especialidad y diez cursos de alta especialidad.
	4.2.2 Promover la actualización de los programas académicos de formación de especialistas para hacerlos acordes a la mejor evidencia disponible.	Debido a que los programas académicos de cada especialidad, dependen de las universidades que las avalan, estas son autónomas y no es posible modificar programas académicos.
	4.2.3 Promover el establecimiento de convenios entre las unidades coordinadas para la formación de personal en medicina y áreas afines.	Se continúan estableciendo acuerdos entre los profesores titulares de los cursos universitarios de las diferentes instituciones, con la finalidad de promover las rotaciones externas de los médicos residentes.
	4.2.4 Difundir la información sobre la formación en farmacia, física médica, técnicos en imagenología diagnóstica y terapéutica, entre otras.	
	4.2.5 Fomentar el desarrollo de programas de posgrado no clínico en las instituciones de alta especialidad.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
	4.2.6 Favorecer el desarrollo de competencias de investigación y docentes en los programas de formación, educación continua y posgrados.	En el primer semestre de 2016, se realizaron dos cursos de metodología de investigación, uno para los profesionales de la salud como parte del programa de educación continua y otro para médicos residentes impartido por la Dirección de Investigación.
	4.2.7 Promover que las instituciones educativas incorporen el enfoque preventivo en las carreras y especialidades de salud.	Las Instituciones Educativas son autónomas y no es posible modificar sus programas académicos.
	4.2.8 Promover la formación especializada de profesionales de enfermería y paramédico.	
	4.2.9 Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza.	Se cuenta con 12 convenios vigentes: dos con la Universidad Justo Sierra, uno con la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, uno con la Universidad del Valle de México, uno con la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, uno con el Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, dos con la Universidad Nacional Autónoma de México, uno con la Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz, uno con el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", uno con la Universidad Tecnológica de México, S.C. y uno con el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
	4.2.10 Promover el establecimiento de convenios y el cumplimiento normativo en la enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado.	En los 12 convenios en materia de enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado con las diferentes universidades, se contemplan y se respetan los aspectos normativos de los programas académicos.
Estrategia 4.3: Formar recursos humanos de alta especialidad en las entidades coordinadas	4.3.1 Contar con programas de formación de especialistas con alta calidad y apegados a la normatividad en la materia.	Se cuenta con programas operativos y académicos en cada uno de los 26 cursos de especialización y diez de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM.
	4.3.2 Mantener una tasa de retención superior al 80% .	Durante el primer semestre de 2016, se contó con una tasa de retención superior al 98.4%.
	4.3.3 Actualizar los programa operativos considerando el adecuado cumplimiento de las actividades docentes.	Los profesores titulares de los cursos de especialidad y alta especialidad, continúan actualizando los programas operativos de todos los cursos.
	4.3.4 Favorecer la participación de los residentes en proyectos de investigación institucional.	Al final de los cursos de especialización y de alta especialidad, los médicos residentes presentaron un trabajo de investigación.
	4.3.5 Evaluar la satisfacción de los médicos residentes.	La evaluación de la satisfacción de los médicos residentes se realiza de forma anual.
	4.3.6 Apoyar el desarrollo profesional y la participación académicas internas y externas, nacionales e internacionales de los residentes y alumnos.	Se continúa apoyando la participación de los médicos residentes en congresos nacionales, así como a los extranjeros con becas.
	4.3.7 Coordinar el intercambio de experiencias académicas y aportes de los residentes para la mejora de la formación.	Se realizaron 25 sesiones generales con un promedio de asistencia de 180 médicos residentes.
	4.3.8 Coordinar la realización de eventos académicos entre los residentes de las EC.	Se colaboró con los jefes de residentes en la elaboración del Programa del Congreso de Médicos Residentes de los hospitales coordinados por la CCINSHAE.
	4.3.9 Contar con mecanismos para dar seguimiento a los egresados de los programas de formación de las EC.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
Estrategia 4.4: Actualizar permanentemente al personal de los servicios de salud	4.4.1 Realizar programas de educación continua para el personal de salud en beneficio de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	El Hospital cuenta con un Programa Anual de Actividades Académicas 2016 disponible para cualquier trabajador de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Durante el primer semestre de 2016, se contó con un total de 2,877 asistentes a los cursos de educación continua, de los cuales el 68% (1,955) pertenecen a otras instituciones de salud y educación superior.
	4.4.2 Desarrollar programas que desarrollen las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.	Durante el primer semestre de 2016, el Programa Anual de Actividades Académicas 2016 contempló un total de 44 cursos de educación continua, de los cuales 17 están directamente relacionados con las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.
	4.4.3 Promover la perspectiva de género y no discriminación en los cursos de actualización del personal.	En el primer semestre de 2016, se contó con una asistencia total de 2,877 a los cursos de educación continua, de los cuales 2,079 fueron mujeres.
	4.4.4 Evaluar la satisfacción de los participantes y asistentes de los cursos de actualización.	Durante el periodo de reporte, se realizó la evaluación de la percepción de la calidad en el 100% de los cursos impartidos.
	4.4.5 Promover la permanencia del personal en formación.	
	4.4.6 Facilitar la participación de personal externo en los cursos de educación continua con difusión oportuna de los programas.	El Programa Anual de Actividades Académicas 2016 se difundió de manera impresa, a través del portal institucional e intranet del Hospital y redes sociales. Asimismo, cada una de las instancias organizadoras de los cursos se encargan de difundirlos.
	4.4.7 Fortalecer las competencias del personal de las unidades médicas coordinadas.	
	4.4.8 Fortalecer la gestión médico-administrativa con personal actualizado en competencias y habilidades gerenciales.	Durante el periodo de reporte, cuatro cursos de educación continua estuvieron relacionados con el desarrollo o actualización de competencias y habilidades gerenciales.
	4.4.9 Fomentar la capacitación administrativa del personal médico directivo.	En 2016 se efectuó el curso administración de riesgos, control interno, para personal médico directivo.
Estrategia 4.5: Hacer de la investigación la base fundamental de la atención médica y de la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud	4.5.1 Favorecer que la atención médica incorpore los avances científicos y la mejor evidencia disponible.	
	4.5.2 Promover la participación en proyectos de investigación clínica, aplicada, de desarrollo tecnológico y de administración de servicios, entre otros.	Durante el periodo de reporte se tienen 55 protocolos en proceso, todos en líneas de investigación alienadas a las prioridades nacionales de salud.
	4.5.3 Colaborar con los programas de investigación para la prevención y atención de las prioridades nacionales en salud.	Durante el periodo de reporte se tienen 55 protocolos en proceso, todos en líneas de investigación alienadas a las prioridades nacionales de salud.
	4.5.4 Contribuir al avance en los sistemas de salud incorporando los resultados de investigación.	
	4.5.5 Participar en la actualización de guías de práctica clínica y protocolos de atención basados en resultados de investigación.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
Estrategia 4.6: Fortalecer la infraestructura en equipo para la docencia en las instituciones de alta especialidad	4.6.1 Establecer programas de incorporación y ampliación de equipamiento para el desarrollo de las actividades docentes.	
	4.6.2 Contar con mantenimiento, evaluación y sustitución de la infraestructura y equipos para la docencia de las unidades coordinadas.	
	4.6.3 Fomentar el desarrollo de las bibliotecas con énfasis en las modalidades que incorporan tecnologías de la comunicación.	El Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), realizó reuniones de trabajo conjuntamente con la Unidad de Enseñanza y las Subdirecciones de Recursos Financieros y de Conservación y Mantenimiento, en las cuales se acordó que el CIIMEIT sería el responsable de determinar la infraestructura de voz, datos, audio y video para la implementación de la biblioteca. Se envió al Titular de la Unidad de Enseñanza los anexos técnicos, propuestas económicas y cuadro de resumen de costos estimados, con la finalidad de realizar el registro del proyecto de inversión denominado "Biblioteca Virtual", en la Cartera de Inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	4.6.4 Promover la capacitación y actualización del personal de bibliotecas.	
	4.6.5 Mantener e incrementar el acervo bibliográfico e histórico de las instituciones coordinadas.	
	4.6.6 Apoyar el uso de equipos de cómputo para las actividades académicas de alumnos y residentes de acuerdo con la disponibilidad de recursos.	Durante el primer semestre de 2016, se proporcionó soporte técnico especializado multimedia para la realización y desarrollo de sesiones generales, cursos, diplomados, foros y eventos especiales en el Auditorio principal, Aula Magna y salas de usos múltiples.
	4.6.7 Orientar la atención al usuario de las bibliotecas institucionales, principalmente las digitales.	El Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica conjuntamente con las Direcciones Médica y de Investigación, continúan habilitando el acceso desde la red de datos institucional de manera controlada a publicaciones y bibliotecas digitales del Consejo Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica.
	4.6.8 Promover el intercambio ágil de bibliografía científica, educativa y relacionada con la salud.	
	4.6.9 Promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el área de manejo de acervos bibliográficos.	
Estrategia 4.7: Apoyar la realización de las actividades docentes y académicas	4.7.1 Establecer sistemas innovadores para el financiamiento de las actividades docentes de alta especialidad.	
	4.7.2 Fomentar la colaboración público-privada para las actividades docentes en las instituciones de alta especialidad.	El 26 de mayo de 2016, se realizó el curso de "Tecnología de la Salud" enfocado a habilidades docentes, impartido por la Escuela Nacional de Medicina del ITESM; contando con una asistencia de 50 docentes de los programas de especialidad y alta especialidad.
	4.7.3 Hacer uso óptimo de las áreas de enseñanza.	Se realizó la calendarización de las aulas para el manejo óptimo de las mismas, tomando en consideración el número de alumnos de ciclos clínicos e Internado de Pregrado que acuden a recibir clase.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
	4.7.4 Participar como sede de eventos académicos en la red de servicios.	El Hospital es sede de cursos de actualización y de formación de recursos para la salud.
	4.7.5 Posicionarse como centros de formación y actualización de recursos humanos de alta calidad.	El Hospital es sede de cursos de actualización y de formación de recursos para la salud. Cuenta con 26 cursos de especialización y diez de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la Facultad de Medicina de la UNAM.
	4.7.6 Realizar acciones de coordinación con directivos de enseñanza de las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	4.7.7 Apoyar las gestiones vinculadas con asignación de becas, programas de estímulos para alumnos y residentes.	CCINSHAE
	4.7.8 Favorecer los programas de rotaciones internas y externas para la adecuada formación y actualización de recursos humanos.	Acudieron al Hospital 202 médicos residentes provenientes de hospitales del área metropolitana, del interior de la república y del extranjero. Asimismo, 240 médicos residentes del Hospital acudieron a diversos hospitales del país y del extranjero a complementar su preparación.
	4.7.9 Coordinar los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las actividades sustantivas de enseñanza.	CCINSHAE

Resultados Objetivo 4:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Eficiencia terminal de médicos especialistas	0	0	Este indicador se reporta anualmente. CAUSA: EFECTO: OTROS MOTIVOS:
Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	0	0	Este indicador se reporta anualmente. CAUSA: EFECTO: OTROS MOTIVOS:
Percepción de la calidad de los cursos de educación continua	9.1	9.1	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante SHCP para reflejar la operación institucional. CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 100.0% en la percepción sobre la calidad de la educación continua, con respecto a la meta programada de 9.1%.

			<p>La causa por la cual se logró un cumplimiento satisfactorio obedece a que hubo más asistentes que participaron en los cursos de educación continua, quienes manifestaron una buena percepción en el desarrollo de los mismos y de los contenidos de los eventos.</p> <p>EFECTO: La percepción de la calidad sobre los cursos de educación continua de 9.1 refleja un alto grado de satisfacción con los aspectos que se evalúan, de los contenidos, los docentes y la organización de los cursos.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
--	--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 1er. Semestre 2016
Objetivo 5.- Impulsar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.		
Estrategia 5.1: Desarrollar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.	5.1.1 Elaborar la propuesta del sistema docente de las instituciones formadoras de recursos humanos especializados en salud.	CCINSHAE
	5.1.2 Proponer un sistema de incentivos al personal con actividades docentes en las instituciones de salud de alta especialidad.	La Unidad de Enseñanza cuenta con un programa de estímulos a la productividad y al rendimiento del personal académico de asignatura, el cuál es proporcionado por la UNAM anualmente.
	5.1.3 Favorecer el desarrollo institucional que fomente el desempeño y el reconocimiento de las actividades docentes.	La Unidad de Enseñanza cuenta con un programa de estímulos a la productividad y al rendimiento del personal académico de asignatura, el cuál es proporcionado por la UNAM anualmente.
	5.1.4 Desarrollar los criterios de ingreso y permanencia de docentes de alta especialidad, promoviendo la actualización continua del personal.	

Resultados Objetivo 5:

Indicador	Meta Primer Semestre 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presentación de propuesta de Programa de Reconocimiento del Ejercicio Docente en Entidades de Alta Especialidad.			

Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018 Informe de Resultados Relevantes Primer Semestre 2016

Referente a la prestación de atención médica hospitalaria con calidad y seguridad, el Hospital Juárez de México cuenta con 51 especialidades médicas para la atención de diversos padecimientos de la población usuaria, dando prioridad a grupos vulnerables como ancianos e indígenas; sin importar su clase social o derechohabiencia.

Se incorporó la calidad de la atención a la cultura institucional mediante el establecimiento del tópico de auditoría clínica en instalación de catéter venoso central en pacientes oncológicos adultos, apegado al modelo de auditoría clínica propuesto por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Para mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad; el Hospital mantiene un reporte de eventos adversos e IAAS, principalmente por el personal de enfermería y médico. Además, el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente inició la reestructuración del Equipo Multidisciplinario para el Análisis de los Eventos Adversos.

A fin de detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros, se cuenta con una línea de acción sobre la prevención de violencia entre y hacia los trabajadores, con la finalidad de sistematizar los eventos de agresiones hacia el personal por parte de otros trabajadores, familiares y pacientes. Además, en la Unidad de Salud Mental se atienden a las personas que sufren violencia de género. También, una campaña denominada "Día naranja", la cual promueve la no violencia contra las mujeres.

La farmacia hospitalaria subrogada abastece el 99% de los medicamentos y el 98% de los materiales de curación e insumos para la salud en forma permanente, con lo cual se favorece el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.

Se continúan brindando servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieren considerando las especialidades y capacidad instalada, otorgando 109,063 consultas. Además de realizar un total de 18,246 procedimientos de diagnóstico y terapéutico, de los cuales 17,873 fueron de diagnóstico y 373 terapéuticos.

Los servicios de Urgencias otorgan atención médica diariamente a los usuarios que lo solicitan, brindando 27,312 atenciones en Urgencias, de las cuales, el 32% fueron reales.

Se otorga atención a las emergencias obstétricas, vigilando el bienestar de la madre y el producto, para lo cual, se tiene implementado el Código mater que se activa en todas las emergencias obstétricas, logrando resultados satisfactorios en la atención integral de éstas. A través de la aplicación del Código se atendieron un total de 41 pacientes.

Para fomentar la disminución de procedimientos quirúrgicos en la atención obstétrica, Se mantiene una vigilancia de las indicaciones en la realización de la cesárea con la segunda opinión, ya que el 60% de las mismas se indican por tipo relativo.

El Hospital cuenta con una Clínica del Adulto Mayor que atiende población con perfil geriátrico en forma integral y asesora a otros servicios con casos de adultos mayores, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Durante el periodo de enero a junio de 2016, la clínica realizó un total de 1,376 atenciones.

Se cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que atiende a pacientes de Ortopedia, Neurología y Neurocirugía con el propósito de favorecer los procesos de rehabilitación, limitando su discapacidad y promoviendo la reinserción social. Al periodo de reporte, se realizaron 75,730 sesiones de rehabilitación.

En el servicio de Oncología, se brinda atención de diagnóstico y tratamiento a pacientes con cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata, entre otros; por especialistas en oncología médica y quirúrgica. Además, el programa de gastos catastróficos de niños y adolescentes cuenta ahora con pacientes bajo tratamiento. El hospital cuenta con una bomba de cobalto y está autorizada la adquisición de un acelerador lineal que se instalará en breve.

El Hospital fomenta la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes, además de ser autosuficiente lo que permite apoyar a otras Instituciones con unidades de sangre.

Con la finalidad de contar con los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica y promover los procesos de acreditación y certificación cumpliendo los estándares de calidad; se realizó la primera sesión ordinaria del COCASEP, en la cual se comentó la alineación de los ejes de Calidad y Seguridad del Paciente basados en el Programa de Trabajo de la Dirección General, en el cual se cita la Certificación del Hospital por el Consejo de Salubridad General bajo el modelo de estándares 2015, el cual considera dentro de sus alcances, los ejercicios de auditoría. Además, de valorar la estructura de un equipo multidisciplinario con enfoque estratégico y táctico para asumir el liderazgo de los capítulos que se señalan en el Modelo del Consejo de Salubridad General.

Asimismo, se encuentra en autoevaluación la infraestructura del Hospital, para la acreditación de los programas de gastos catastróficos en Infarto del miocardio, Cáncer de testículo, colón y ovario.

Se fomenta el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica a través de la capacitación a 235 trabajadores del Hospital en el manejo de equipos como: monitores de signos vitales marca drager, camas mecánicas, camillas de traslado de pacientes, limpieza de colchones y desfibriladores; de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia, Neurocirugía, Ortopedia, Oncología y Cirugía General,

Se cuenta con el Programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo para el ejercicio 2016, realizando al periodo que se informa, el mantenimiento de los siguientes equipos: esterilizadores de vapor, equipos de radiología de la marca CMR y GMM, equipo de ultrasonido marca Phillips, mesas quirúrgicas, lámparas de cirugía, monitores de signos vitales marca criticare y spacelabs, equipo simulador marca Siemens, equipos de la marca pentax y equipo laser marca technolas y equipo accurus marcaalcon del servicio de oftalmología.

Además, se cuenta con el Programa de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura del Hospital 2016, por lo que al periodo del reporte se realizaron los siguientes mantenimientos: celdas de cimentación, desazolve de pozos, adecuación de áreas como el servicio de Urgencias Adultos, reparación de baños para usuarios, reparación de plafones y muros en diversos servicios del área de hospitalización.

Se cuenta con cinco proyectos de inversión registrados en cartera de la SHCP con la finalidad de renovar equipo del Hospital, siendo los siguientes: Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México, Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México, Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México, Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México y el Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del HJM.

De los programas anteriores, se concluyó el programa de Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México, en el cual se renovaron 1,407 equipos.

Para fortalecer el equipamiento de alta tecnología en la Institución para el intercambio de servicios, se elaboró un proyecto médico-arquitectónico para la adquisición de un acelerador lineal para el área de Oncología.

Con la finalidad de actualizar la infraestructura de tecnología de la información y establecer un programa integral para la renovación de la infraestructura de equipamiento informático; Se revisó y validó el inventario del equipo informático, para identificar la base de infraestructura tecnológica de equipo activo de red y de procesamiento de datos instalada. Además, se trabajó en los procedimientos de registro y asignación del equipo informático, los cuales permitirán complementar y homologar la información, y sentar las bases para el análisis y la elaboración del programa integral de renovación del equipo.

Con el propósito de favorecer sistemas informáticos homogéneos para integrar, procesar e intercambiar información con las redes de servicios, se contribuye conjuntamente con la Dirección General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud, a través de la administración de los usuarios e instalación del aplicativo, para dar continuidad a la implementación del Sistema de Armonización Contable.

A fin de establecer un programa integral para la incorporación de la telemedicina para la prestación de servicios, se asistió al evento "TIC SALUD", en el cual diversos proveedores presentaron soluciones tecnológicas de conectividad necesarias para la implementación de

equipo de telemedicina, permitiendo analizar las condiciones actuales de la infraestructura instalada y espacios disponibles dentro de la Institución y así poder elaborar el programa integral de incorporación de esta tecnología en el Hospital.

Con la finalidad de favorecer la congruencia entre la oferta y la demanda de especialistas y los programas de formación y educación continua; se realizaron un total de los 44 cursos de educación continua, de los cuales 19 estuvieron relacionados con las necesidades de atención de alta especialidad.

Para vincular los principales problemas de salud en adultos y niños con la formación de recursos humanos especializados, los cursos de especialización de Medicina Interna y Pediatría, contemplan en sus programas académicos y operativos el análisis completo e integral de los principales problemas nacionales de salud como: obesidad, diabetes, prematuridad, padecimientos oncológicos y nefropatías.

Se impulsa el desarrollo de cursos de alta especialidad considerando las necesidades de atención de la población, a través de la impartición de diez cursos de alta especialidad (Cardiología intervencionista, Cirugía de columna, Córnea y cirugía refractiva, Ecocardiografía, Endoscopia gastrointestinal, Medicina del dolor y cuidados paliativos, Motilidad gastrointestinal, Oncología quirúrgica de cabeza y cuello, Toxicología aplicada a la clínica y Trasplante renal).

Se cuenta con programas operativos y académicos en cada uno de los 26 cursos de especialización y 10 de alta especialización, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM.

A efecto de fortalecer la vinculación institucional con el sector educativo, para el desarrollo programas de enseñanza y favorecer el desarrollo de competencias de investigación y docentes en los programas de formación, educación continua y posgrados; en el Hospital se realizaron dos cursos de metodología de investigación, uno para los profesionales de la salud como parte del programa de educación continua y otro para médicos residentes impartido por la Dirección de Investigación.

El Hospital, promueve la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza, por lo que al primer semestre de 2016, se cuenta con convenios en materia de enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado con las siguientes instituciones: Universidad Justo Sierra, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, Universidad del Valle de México, Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Universidad Nacional Autónoma de México, Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Universidad Tecnológica de México S.C. e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

El Hospital cuenta con un Programa Anual de Actividades Académicas disponible para cualquier trabajador de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, el cual contempló para

el primer semestre de 2016, un total de 44 cursos de educación continua, de los cuales 17 están directamente relacionados con las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.

En el Hospital se promueve la perspectiva de género y no discriminación en los cursos de actualización médica continua, en los cuales se contó con una asistencia total de 2,877 a los cursos de educación, de los cuales 2,079 fueron mujeres.

Para fomentar la capacitación administrativa del personal médico directivo de la Institución, se otorgó el curso "Administración de riesgos, control interno", para personal médico directivo.

Durante el periodo de reporte se tienen 55 protocolos en proceso en líneas de investigación alienadas a las prioridades nacionales de salud, promoviendo la participación en proyectos de investigación clínica, aplicada, de desarrollo tecnológico y de administración de servicios.

Con el objetivo de fortalecer la infraestructura en equipo para la docencia en la Institución, durante el primer semestre de 2016, se proporcionó soporte técnico especializado multimedia para la realización y desarrollo de actividades académicas de alumnos y residentes como: Sesiones generales, cursos, diplomados, foros y eventos especiales en el Auditorio principal, Aula Magna y salas de usos múltiples.

Se realizó el curso de "Tecnología de la Salud" enfocado a habilidades docentes, impartido por la Escuela Nacional de Medicina del ITESM; con una participación de 50 docentes de los programas de especialidad y alta especialidad; lo que fomenta y apoya la colaboración público-privada en las actividades docentes y académicas en la Institución.

El Hospital cuenta con 26 cursos de especialidad y diez de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la Facultad de Medicina de la UNAM, lo que fortalece el posicionamiento de la Institución como centro de formación y actualización de recursos humanos para la salud de alta calidad.

Para contribuir con los programas de rotaciones internas y externas para la adecuada formación y actualización de recursos humanos, se aceptaron para rotación en el Hospital a 202 médicos residentes provenientes del área metropolitana, interior de la república y del extranjero. Además, 240 médicos residentes de la Institución acudieron a diversos hospitales del país y del extranjero a complementar su preparación académica.

Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016 del Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud".

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2016							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2016							
Informe de <u>enero - junio</u> 2016							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:		NAW					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO					
INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"							
FIN (1)	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	12.3	12.3	1.6	87.0	ROJO	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento inferior en un 87.0% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con respecto a la meta original programada de 12.3% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que únicamente a 259 pacientes referidos por otras instituciones se les abrió expediente clínico. Cabe señalar que todos los pacientes que requieren atención en el Hospital, son atendidos sin excepción alguna.</p> <p>EFFECTOS: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Obtener un mejor registro de las referencias de pacientes en los servicios hospitalarios.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	4,320	2,160	259			
	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100	35,000	17,500	16,215			
PROPOSITO (2)	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	94.4	94.4	91.6	3.0	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento inferior en un 3.0% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta original programada de 94.4% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, obedece a diversos factores como: Contar con médicos especialistas capacitados y actualizados que cubren la demanda de los padecimientos que se atienden frecuentemente en el Hospital; abasto suficiente de medicamentos e insumos proporcionados por la farmacia hospitalaria; disponer de equipos especializados para el diagnóstico, así como los insumos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes.</p> <p>EFFECTOS: Se alcanzaron las metas de acuerdo a lo programado, cumpliendo con la misión institucional mediante una atención médica apropiada, logrando que los pacientes recuperen su salud con costos razonables, lo que permite que sean reintegrados a sus actividades cotidianas.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	17,000	8,500	8,749			
	Total de egresos hospitalarios x 100	18,000	9,000	9,555			
COMPONENTE (3)	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	91.3	90.0	85.6	4.9	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta obtuvo un cumplimiento inferior de un 4.9% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con respecto a la meta original programada de 90% que sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que no obstante el no haber aplicado las 1,200 encuestas programadas a usuarios en atención ambulatoria, los usuarios calificaron como satisfactoria la atención, sobre todo en los rubros "Trato recibido por parte de los servidores públicos", "La información que se les proporcionó" y "Discriminación".</p> <p>EFFECTOS: Al obtener un resultado favorable de usuarios satisfechos por los servicios ambulatorios prestados por el Hospital, lo que mejora la imagen institucional y propicia la confianza de la población.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	2,191	1,080	954			
	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	2,400	1,200	1,114			

COMPONENTE (4)	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento en un 100% en el porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado, con relación a su programación original de 100%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, obedece a la reducción en la plantilla del personal del servicio y de pasantes técnicos en fisioterapia, lo que ocasionó una disminución de 6,978 sesiones de rehabilitación especializadas. Sin embargo, el número de sesiones de terapia especializadas demandadas, fueron atendidas. EFECTOS: Al otorgarse las sesiones de rehabilitación demandadas y concluir el ciclo total de sesiones que requieren los pacientes, se contribuye a la recuperación del paciente y su reintegración social. OTROS MOTIVOS:
	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	168,084	82,708	75,730			
	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	168,084	82,708	75,730			
COMPONENTE (5)	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	86.6	86.6	31.4	63.7	ROJO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 63.7% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con respecto a su programación original de 86.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, obedecen a que se mejoró el registro de los procedimientos de diagnóstico realizados durante junio, reflejando un incremento del 227%. De igual manera, se tuvo un incremento del 18.7% en los procedimientos de diagnóstico ambulatorios de alta especialidad; debido a que se consideraron procedimientos que no fueron incluidos para la programación. Además, se trata de un indicador de nueva incorporación del cual se carece de antecedente para su programación. EFECTOS: El contar con infraestructura de vanguardia permite realizar un mayor número de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad, beneficiando a los pacientes con un diagnóstico oportuno. OTROS MOTIVOS:
	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	9,472	4,736	5,621			
	Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100	10,932	5,466	17,873			
COMPONENTE (6)	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	79.9	80.0	86.1	7.6	AMARILLO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 7.6% en el porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con respecto a su programación original de 80.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, obedece a un incremento del 29.4% en la demanda de procedimientos terapéuticos de alta especialidad solicitados por los servicios médicos como Gastroenterología, Oncología, Medicina Interna y Cirugía General. Además de contar con insumos y tecnología adecuada en forma ininterrumpida y a que se atendieron todas las solicitudes de estudios oportunamente. EFECTOS: Se alcanzaron las metas programadas, al contar con un catálogo de procedimientos terapéuticos en el Hospital, se brinda una atención médica oportuna e integral a los pacientes ambulatorios, evitando una hospitalización y abatiendo costos para el paciente y la institución. OTROS MOTIVOS:
	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	506	248	321			
	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	633	310	373			

COMPONENTE (7)	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, urgencias, preconsulta) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	98.8	98.8	100.0	1.2	VERDE	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 1.2% en la eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta) , con respecto a la programación original de 98.8%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. La causa por la que se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a la capacidad que tiene el Hospital para atender a la población que demanda servicios médicos de consulta, principalmente en los servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Oncología, Nefrología y Hematología.
	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, urgencias, preconsulta)	219,850	107,760	109,063			EFFECTOS: Al tener la capacidad de otorgar consultas externas de primera vez, subsecuentes y preconsultas, se produce un efecto positivo en la población usuaria que es atendida en las especialidades que se otorgan en la Institución de acuerdo con su objetivo primordial que es la atención médica.
	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, urgencias, preconsulta) x 100	222,500	109,055	109,055			OTROS MOTIVOS:
COMPONENTE (8)	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	91.3	90.0	85.8	4.7	VERDE	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 4.7% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con respecto a la meta original programada de 90% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causa por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que se logró aplicar 172 encuestas más en atención hospitalaria con respecto a las 300 encuestas programadas; que se vio reflejado en una buena percepción por la atención recibida.
	Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	548	270	405			EFFECTOS: Al obtener un resultado superior a 80 puntos de usuarios satisfechos por los servicios prestados por el Hospital, se propicia la confianza de la población en los servicios ofertados y en el prestigio de la Institución.
	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	600	300	472			OTROS MOTIVOS:
COMPONENTE (9)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	82.1	82.1	92.3	12.4	ROJO	CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 12.4% en el porcentaje de expedientes clínicos revisados y aprobados conforme a la NOM SSA 004 , con respecto a la programación original del 82.1%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la permanente vigilancia por las Jefaturas de Servicio y a la constante invitación a participar en la revisión de expedientes conjuntamente con el Comité del Expediente Clínico a jefes, residentes y adscritos de diferentes servicios médicos. Lo cual se vio reflejado en el aumento de 9.1% de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004, así como a la promoción permanente a los médicos becarios recién incorporados.
	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	414	230	251			EFFECTOS: El apoyo brindado de los jefes de servicio en la revisión de expedientes por parte del Comité del Expediente Clínico Institucional, beneficia a los pacientes en su atención, al contar con un expediente clínico que cumple con la Norma.
	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	504	280	272			OTROS MOTIVOS:

COMPONENTE (11)	<p>Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	82.7	82.7	88.1	6.5	AMARILLO	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 6.5% en el porcentaje de ocupación hospitalaria con respecto a su programación original de 82.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la demanda de internamiento por situaciones de urgencia como de la programación quirúrgica y a la estancia prolongada de pacientes hospitalizados, que debido al padecimiento que presentan requieren un mayor tiempo para su tratamiento y recuperación, en especial aquellos con padecimientos crónicos o complicaciones de sus enfermedades, lo que deriva en un mayor número de días paciente. Además, de que el grupo de trabajo creado en Hospitalización continúa agilizando la aplicación de las prealtas y las altas.</p> <p>EFFECTOS: La ocupación hospitalaria refleja las necesidades existentes en la población usuaria de solucionar la problemática de sus padecimientos médico-quirúrgicos, sobre todo de las enfermedades crónico-degenerativas que requieren de intervención quirúrgica para su atención y lograr de esta manera cumplir con la expectativa de salud de los usuarios.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de días paciente durante el periodo	117,120	58,560	62,394			
	Número de días cama durante el periodo x 100	141,642	70,821	70,821			
COMPONENTE (12)	<p>Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	5.7	5.7	5.5	3.5	VERDE	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 3.5% en el promedio de días estancia, con respecto a la meta original programada de 5.7 que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la oportuna atención de las complejas patologías médicas que presentan los pacientes que acuden al Hospital o son referidos, y que en la mayoría de los casos, requieren de un número mayor de días estancia para su recuperación.</p> <p>EFFECTOS: La recuperación integral de los pacientes se obtiene a través de una estancia hospitalaria, acorde a la enfermedad que presenta cada uno, la cual permite una atención médica oportuna para solucionar la problemática en los padecimientos de enfermedades crónicas o las que requieren de intervención quirúrgica y que ameritan de observación post-quirúrgica; con la finalidad de lograr la mejoría de la salud de los pacientes.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de días estancia	102,000	51,000	52,839			
	Total de egresos hospitalarios	18,000	9,000	9,555			
ACTIVIDAD (13)	<p>Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	70.0	70.0	75.2	7.4	AMARILLO	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 7.4% en la proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas, con relación a su programación original de 70.0, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que durante el primer trimestre del año el Servicio de Preconsulta no contó con la plantilla completa de médicos generales por lo cual se atendieron pacientes de acuerdo a la capacidad del servicio, situación que se logró subsanar a partir de abril al contar con la plantilla completa de médicos en el Servicio de Preconsulta.</p> <p>EFFECTOS: Se da cumplimiento al objetivo primordial de impulsar la atención con calidad, atendiendo la demanda de pacientes que requieren consulta médica de primer contacto.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	8,855	4,340	4,259			
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	12,650	6,200	5,665			
ACTIVIDAD (14)	<p>Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000</p>	7.1	7.1	6.4	9.9	AMARILLO	<p>CAUSAS: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 9.9% en la tasa de infección nosocomial (por mil días estancia), con respecto a su programación original de 7.1, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a incorporar un programa de vigilancia en áreas críticas, intensificar la aplicación de las medidas preventivas en el Hospital, realizar el lavado de manos en los momentos que está indicado, aplicar correctamente los aislamientos específicos, implementar paquetes de medidas específicas para el control y prevención de infecciones, así como la prevención de neumonía asociada al uso de ventilador mecánico.</p> <p>Además, la incorporación al INICC, que permite disponer de nuevas herramientas para el cumplimiento de la normatividad vigente.</p> <p>EFFECTOS: El mejoramiento de la profilaxis y la disminución de los riesgos de infecciones por brotes intrahospitalarios, sobre todo de gémenes multiresistentes como Pseudomonas, Acinetobacter y Clostridium difficile, disminuyen los días de estancia hospitalaria y mejoran la calidad de la atención médica otorgada a los pacientes.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	720	360	338			
	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	102,000	51,000	52,839			

ADMINISTRACIÓN

Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos).

Capítulo de Gasto	Presupuesto Federal						Ingresos Propios			
	1er. semestre 2015			1er. semestre 2016			1er. semestre 2015		1er. semestre 2016	
	Autorizado	Modificado	Ejercido	Autorizado	Modificado	Ejercido	Captados	Ejercidos	Captados	Ejercidos
1000	373,216	356,545	356,545	365,954	380,720	380,075	0	0	0	0
2000	46,810	92,375	92,375	88,900	89,798	89,567	57,905	22,116	39,507	16,153
3000	54,671	65,247	65,247	96,204	94,306	94,306	40,482	36,465	61,463	32,849
4000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5000	0	0	0	0	0	0	0	0	29,744	29,744
6000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	474,697	514,167	514,167	551,058	564,824	563,948	98,387	58,581	130,714	78,746

Comportamiento presupuestal.

Para el primer semestre de 2016, se contempló un presupuesto modificado de \$695,538 miles de pesos, integrado por los recursos federales e ingresos propios, ejerciéndose para la operación del Hospital un importe de \$642,694 miles de pesos, lo que representa un 92.4% respecto al presupuesto modificado.

El presupuesto ejercido de \$642,694 miles de pesos, corresponde a presupuesto pagado, quedando una disponibilidad de \$52,844 miles de pesos, que corresponden a gasto de operación, distribuidos entre los capítulos 2000 y 3000.

Para el periodo de reporte de enero a junio de 2016, se estimó captar ingresos por la cantidad de \$158,573 miles de pesos, logrando recibir únicamente ingresos por un monto de \$130,714 miles de pesos, alcanzando el 82.4% respecto a lo estimado.

En comparación con el primer semestre de 2015, la captación de recursos tuvo un incremento en \$32,327 miles de pesos, lo que representa el 32.9%.

Capítulo 1000 "Servicios Personales".

Los recursos fiscales modificados ascendieron a un total de \$380,720 miles de pesos, ejerciéndose \$380,075, lo que representa el 99.8%.

Capítulo 2000 “Materiales y Suministros”.

Los recursos modificados ascendieron a \$129,305 miles de pesos, ejerciéndose \$105,720 miles de pesos, lo que representa el 81.8% respecto al presupuesto modificado.

Capítulo 3000 “Servicios Generales”.

Los recursos modificados ascendieron a \$155,769 miles de pesos, ejerciéndose \$127,155 miles de pesos, lo que representa el 81.6% respecto al presupuesto modificado.

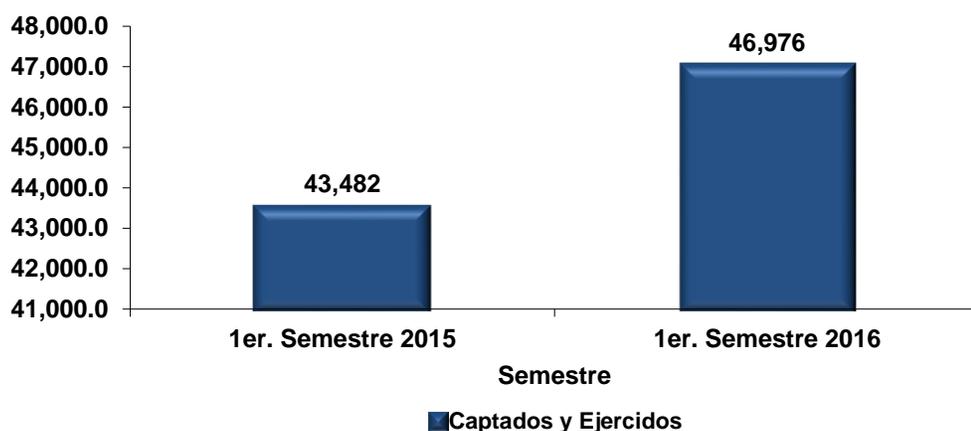
Capítulo 5000 “Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles”.

Los recursos modificados ascendieron a \$29,744 miles de pesos, ejerciéndose al 100%.

Capítulo 7000 “Otras Erogaciones”.

En el periodo de enero a junio de 2016, no se contó con presupuesto autorizado para este capítulo.

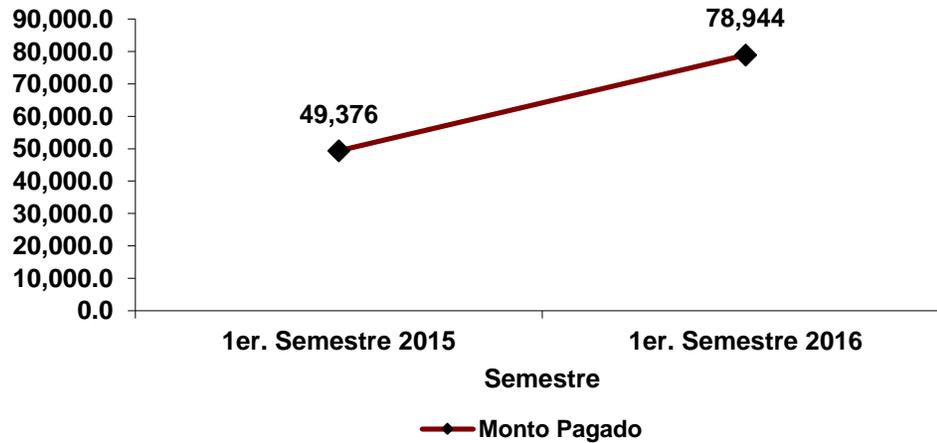
Ingresos por Cuotas de Recuperación
(Miles de Pesos)



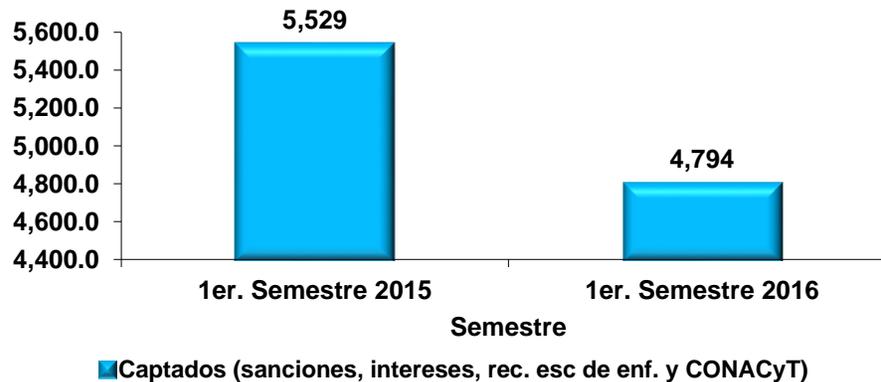
Ingresos	1er. semestre 2015	1er. semestre 2016	Incremento
Captados	43,482	46,976	8%
Ejercidos	43,482	46,976	
Cumplimiento	100%	100%	

Durante el periodo de enero a junio de 2016, se captaron ingresos por cuotas de recuperación por un importe total de \$46,976 miles de pesos, mostrando un incremento en un 8% con relación a los ingresos captados en el mismo periodo de 2015, que fueron de \$43,482 miles de pesos.

Ingresos por Seguro Popular (Miles de Pesos)



Otros Ingresos Propios (Miles de Pesos)



Con relación a la captación de otros ingresos propios, se captaron ingresos por un importe de \$4,794 miles de pesos por concepto de sanciones a proveedores, intereses bancarios, recursos por la escuela de enfermería y por CONACyT, mostrando una disminución de un 13.3% con relación a los captados en el mismo periodo de 2015 que fue de \$5,529 miles de pesos.

Estados Financieros comparativos.

La información financiera presenta cifras definitivas.

Indicadores Financieros.

Al primer semestre de 2016, el Estado de Situación Financiera del Hospital muestra un índice de liquidez de \$0.45 (cuarenta y cinco centavos) por cada peso de adeudo y una solvencia inmediata de \$1.69 (un peso con sesenta y nueve centavos). Cabe señalar, que el incremento

que se refleja en el rubro de pasivo se debe principalmente a las obligaciones contraídas con los proveedores por los contratos plurianuales. Es importante mencionar, que el gasto de operación se ha ejercido al cien por ciento, mes con mes y no se tienen subejercicios.

Balance General.

 HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA AL 30 DE JUNIO DE 2016 Y 2015 (Cifras en Miles de Pesos)					
ACTIVO	jun-16	jun-15	PASIVO	jun-16	jun-15
Activo Circulante			Pasivo Circulante		
Efectivo y Equivalentes	18.018,04	18.082,49	Cuentas por Pagar a Corto Plazo	36.032,62	18.383,79
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	49.854,87	39.759,83	Documentos por Pagar a Corto Plazo	0,00	0,00
Derechos a Recibir Bienes o Servicios	0,00	0,00	Porción a Corto Plazo de la Deuda Pública a Largo Plazo	0,00	0,00
Inventarios			Títulos y Valores a Corto Plazo	0,00	0,00
Almacenes	22.059,38	21.968,15	Pasivos Diferidos a Corto Plazo	0,00	0,00
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos Circulantes	-610,24	-484,30	Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o Administración a Corto Plazo	0,00	0,00
Otros Activos Circulantes	0,00	0,00	Provisiones a Corto Plazo	0,00	0,00
Total de Activos Circulantes	89.322,05	79.326,17	Otros Pasivos a Corto Plazo	4.019,24	3.807,64
			Total de Pasivos Circulantes	40.051,86	22.191,43
Activo No Circulante			Pasivo No Circulante		
Inversiones Financieras a Largo Plazo	0,00	0,00	Cuentas por Pagar a Largo Plazo	0,00	0,00
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes a Largo Plazo	0,00	0,00	Documentos por Pagar a Largo Plazo	0,00	0,00
Bienes Inmuebles, Infraestructura y Construcciones en Proceso	1.324.209,11	556.283,13	Deuda Pública a Largo Plazo	0,00	0,00
Bienes Muebles	433.842,27	390.595,99	Pasivos Diferidos a Largo Plazo	0,00	0,00
Activos Intangibles			Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o en Administración a Largo Plazo	0,00	0,00
Depreciación, Deterioro y Amortización Acumulada de Bienes	-548.375,68	-523.613,77	Provisiones a Largo Plazo	0,00	0,00
Activos Diferidos	0,00	0,00	Total de Pasivos No Circulantes	0,00	0,00
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos no Circulantes	0,00	0,00			
Otros Activos no Circulantes	0,00	0,00	Total del Pasivo	40.051,86	22.191,43
Total de Activos No Circulantes	1.209.675,70	423.265,35	HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO		
Total del Activo	1.298.997,75	502.591,52	Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido	627.891,11	620.251,95
			Aportaciones	607.564,18	607.564,18
			Donaciones de Capital	20.326,93	12.687,77
			Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0,00	0,00
			Hacienda Pública/Patrimonio Generado	631.054,78	-139.851,86
			Resultados del Ejercicio (Ahorro/ Desahorro)	64.953,58	34.194,73
			Resultados de Ejercicios Anteriores	-239.856,77	-210.768,98
			Revalúos	800.362,23	35.783,89
			Reservas	0,00	0,00
			Rectificaciones de Resultados de Ejercicios Anteriores	5.595,74	938,50
			Exceso o Insuficiencia en la Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0,00	0,00
			Resultado por Posición Monetaria	0,00	0,00
			Resultado por Tenencia de Activos no Monetarios	0,00	0,00
			Total Hacienda Pública/Patrimonio	1.258.945,89	480.400,09
			Total del Pasivo y Hacienda Pública/Patrimonio	1.298.997,75	502.591,52

Balance General:

Las cuentas de disponibilidad inmediata en caja, bancos y valores al periodo que se informa presentan un saldo de \$18,018 miles de pesos, recursos que serán utilizados principalmente para cubrir las obligaciones devengadas por proveedores de bienes y servicios.

Las principales variaciones del análisis comparativo del primer semestre de 2016 contra el primer semestre de 2015, se comentan a continuación:

La disponibilidad inmediata presenta un decremento neto de \$64 miles de pesos, derivado principalmente de los pagos realizados a los proveedores de bienes y servicios del Hospital.

Almacenes presenta un saldo de \$21,449 miles de pesos y un decremento neto de \$35 miles de pesos, derivado principalmente por la estimación de lento y nulo movimiento determinado por el Departamento de Almacenes e Inventarios.

El total de pasivo circulante, presenta un saldo de \$40,052 miles de pesos integrado por \$25,706 miles de pesos de proveedores de bienes y servicios, \$10,327 miles de pesos de acreedores y \$4,019 miles de pesos de otros pasivos, comparado con el mismo periodo de 2015 que tenía un saldo de \$22,191 miles de pesos, se presenta un incremento de las obligaciones de pago de \$17,861 miles de pesos, derivado del incremento de las obligaciones contraídas con los proveedores por los contratos plurianuales.

El patrimonio presenta un incremento al periodo que se informa derivado principalmente por la revaluación del valor del terreno y edificio del Hospital por un importe de \$800,362 miles de pesos, determinado en el Avalúo paramétrico emitido por el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN).

Estado de Actividades.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO		ESTADO DE ACTIVIDADES	
DEL 1° DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2016 Y 2015			
(Cifras en Miles de Pesos)		jun-16	jun-15
INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS			
Ingresos de la Gestión:		46.978,74	43.482,29
Impuestos		0,00	0,00
Cuotas y Aportaciones de Seguridad Social		0,00	0,00
Contribuciones de Mejoras		0,00	0,00
Derechos		0,00	0,00
Productos de Tipo Corriente		0,00	0,00
Aprovechamientos de Tipo Corriente		0,00	0,00
Ingresos por Venta de Bienes y Servicios		46.978,74	43.482,29
Ingresos no Comprendidos en las Fracciones de la Ley de Ingresos Causados en Ejercicios Fiscales Anteriores Pendientes de Liquidación o Paqo		0,00	0,00
Participaciones, Aportaciones, Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		563.948,12	514.167,72
Participaciones y Aportaciones			
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		563.948,12	514.167,72
Otros Ingresos y Beneficios		85.962,76	56.830,42
Ingresos Financieros		220,51	169,63
Incremento por Variación de Inventarios		0,00	0,00
Disminución del Exceso de Estimaciones por Pérdida o Deterioro u Obsolescencia		0,00	0,00
Disminución del Exceso de Provisiones		0,00	0,00
Otros Ingresos y Beneficios Varios		85.742,25	56.660,79
		0,00	0,00
Total de Ingresos y Otros Beneficios		696.889,62	614.480,43
		0,00	0,00
GASTOS Y OTRAS PÉRDIDAS			
Gastos de Funcionamiento		618.658,89	568.102,10
Servicios Personales		378.369,13	353.988,34
Materiales y Suministros		124.711,76	130.851,01
Servicios Generales		115.578,00	83.262,75
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		0,00	0,00
Transferencias Internas y Asignaciones al Sector Público		0,00	0,00
Transferencias al Resto del Sector Público		0,00	0,00
Subsidios y Subvenciones		0,00	0,00
Ayudas Sociales		0,00	0,00
Pensiones y Jubilaciones		0,00	0,00
Transferencias a Fideicomisos, Mandatos y Contratos Análogos		0,00	0,00
Transferencias a la Seguridad Social		0,00	0,00
Donativos		0,00	0,00
Transferencias al Exterior		0,00	0,00
Participaciones y Aportaciones		0,00	0,00
Participaciones		0,00	0,00
Aportaciones		0,00	0,00
Convenios		0,00	0,00
Intereses, Comisiones y Otros Gastos de la Deuda Pública		113,36	77,88
Intereses de la Deuda Pública		0,00	0,00
Comisiones de la Deuda Pública		113,36	77,88
Gastos de la Deuda Pública		0,00	0,00
Costo por Coberturas		0,00	0,00
Apoyos Financieros		0,00	0,00
Otros Gastos y Pérdidas Extraordinarias		13.163,79	12.105,69
Estimaciones, Depreciaciones, Deterioros, Obsolescencia y Amortizaciones		13.163,79	12.105,69
Provisiones		0,00	0,00
Disminución de Inventarios		0,00	0,00
Aumento por Insuficiencia de Estimaciones por Pérdida o Deterioro y Obsolescencia		0,00	0,00
Aumento por Insuficiencia de Provisiones		0,00	0,00
Otros Gastos		0,00	0,00
Inversión Pública		0,00	0,00
Inversión Pública no Capitalizable			
Total de Gastos y Otras Pérdidas		631.936,04	580.285,67
Resultados del Ejercicio (Ahorro/Desahorro)		64.953,58	34.194,76

Estado de Actividades:

El resultado del primer semestre de 2016, alcanzó un efecto positivo de \$64,954 miles de pesos, derivado principalmente por la disponibilidad que se tiene y que se encuentra en inversión, la cual se utilizará en el segundo semestre de 2016 para hacer frente a la presión de gasto del Hospital.

Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Al periodo que se informa enero-junio de 2016, se realizó lo siguiente:

1. Solicitudes de Información.

1.1. Electrónicas (INFOMEX).

Con la finalidad de dar cumplimiento a los artículos 45 y 61 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se recibieron 116 solicitudes de información, mismas que fueron atendidas en tiempo y forma conforme a lo establecido por los artículos 132 y 135 de la Ley en comento.

1.2. Atención personal a solicitantes.

Se atendieron en la Unidad de Transparencia a 21 usuarios, los cuales solicitaron tener acceso al Sistema de Solicitudes INFOMEX y/o a la Plataforma Nacional de Transparencia, con lo que se dio cumplimiento a los artículos 117 y 120 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

2. Recursos de Revisión ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

Al periodo que se informa, el Hospital recibió un recurso de revisión el cual fue sobreseído.

3. Actualización del Sistema Persona.

Con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 23 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se informó al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, lo siguiente:

- Se actualizó en el Sistema Persona del Archivo Clínico :
 - CURP.
 - Nacionalidad.
 - Domicilio.
 - Credencial de elector.
 - Acta de nacimiento.
- Respecto a la publicación del aviso de Manejo de Datos Personales, se solicitó su colocación en los Servicios de Urgencias Pediatría y Adultos, así como en todas las áreas de la Unidad de Enseñanza, en donde se recaban datos personales.
- Se enviaron oficios solicitando a las áreas del Hospital que notificaran si en el desempeño de sus atribuciones y facultades recaban datos personales, con la finalidad de detectar las áreas en las que es necesario intensificar acciones para la

protección de datos. Por lo que se dieron de alta ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) ocho nuevos Sistema Persona, siendo los siguientes:

- Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- Unidad de Comunicación Social.
- Departamento de Abastecimiento.
- Unidad de Gastos Catastróficos.
- Admisión Hospitalaria.
- División de Calidad y Servicios de Atención.
- Jefatura de Trabajo Social.
- Programa de CAUSES.

4. Actualización del Portal de Obligaciones de Transparencia de la Administración Pública Federal (POT).

Con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, referente a las Obligaciones en Materia de Transparencia, se actualizaron las siguientes fracciones:

Fracción I.- Estructura Orgánica

Fracción II.- Facultades

Fracción III.-Directorio de Servidores Públicos

Fracción IV.-Remuneración Mensual

Fracción VII.-Servicios

Fracción X.- Auditorías practicadas

Fracción XIII.- Contratos y Convenios Modificatorios celebrados por la Unidad Hospitalaria

Fracción XIV.- Marco Normativo

Fracción XV.- Informes

Fracción XVI.- Participación Ciudadana

Fracción XVII.- Información Relevante

5. Comité de Transparencia.

El Comité de Transparencia sesionó en cinco ocasiones, teniendo dos sesiones ordinarias y tres sesiones extraordinarias.

6. Resoluciones del Comité de Transparencia

Derivado del artículo 100 y 101 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el Comité de Transparencia no emitió resoluciones.

7. Capacitación en materia de transparencia.

Se realizó lo siguiente en materia de capacitación:

- Con fecha 1 de marzo de 2016, el Hospital recibió los reconocimientos como Institución y Comité 100% capacitados en Materia de Transparencia, correspondientes al ejercicio 2015.

- Personal adscrito a la Unidad de Transparencia del Hospital, asistió a la Primera reunión de la RED por una Cultura de Transparencia de la Administración Pública Federal, realizada en el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), donde se informó que la obligación de capacitar a los servidores públicos, se verá reflejada con la entrada en vigor de la nueva Ley General de Transparencia durante mayo de 2016, actividad que será evaluada a partir de este ejercicio por el INAI, de acuerdo a las actividades que solicite la Dirección de Capacitación como: la asistencia a reuniones, generar un Programa de Trabajo, notificar el nombramiento del Enlace en capacitación, los recursos de revisión recibidos y los Reconocimientos como Institución y Comité 100% capacitados.
- En cumplimiento al artículo 53 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, personal de la Unidad de Transparencia se capacitaron en el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) con el curso de Instructores, asimismo se encuentran en capacitación permanente, siendo al periodo que se informa siete cursos en los que se han capacitado.

8. Acciones vinculadas al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.

Mediante oficio-circular del 18 de marzo de 2016, girado a los Directores, Subdirectores, Jefes de División y Jefes de Servicio del Hospital, se promovió la práctica sistemática de la desclasificación de expedientes, mejora de tiempos de respuesta a solicitudes de información y recursos de revisión, y documentación de toda decisión y actividad gubernamental. Por lo anterior, se recibió la propuesta de desclasificar 202 expedientes de las siguientes áreas: 158 expedientes de la Unidad Jurídica, 12 de la Dirección de Administración, 31 expedientes de la Dirección de Investigación y Enseñanza, un expediente de la Unidad de Transparencia; y además cuatro expedientes por haber cumplido su periodo de reserva.

Asimismo, en cumplimiento a lo establecido en los Artículos 97,100, 113 y 114 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública en concordancia con los Lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2016, se solicitó a las diversas áreas del Hospital informar si cuentan con expedientes a clasificar como reservados; sin embargo, al periodo que se informa no se recibieron respuestas.

9. Evaluación emitida por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales al Hospital Juárez de México, correspondiente al segundo semestre de 2015.

El Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales INAI notificó al Hospital a través de oficio número INAI/CAI-DGE/493/16, del 14 de marzo de 2016, la evaluación correspondiente al segundo semestre del ejercicio 2015.

1. Indicador de tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas (ITRC)

Indicador de tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas (ITRC)		
Resultado del Indicador	Variación de los tiempos promedios de respuesta	Variación de porcentajes de recursos de revisión con respecto a las solicitudes respondidas en cada periodo
100.00%	100.00%	100.00%

2. Obligaciones de transparencia (ODT)

Apartados					
Resultados del indicador	Financiero	Regulatorio y de Toma de Decisiones	Relación con la Sociedad	Organización Interna	Información Relevante
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Cabe señalar, que se reportó la calificación del primer semestre 2015 en el rubro anual, debido al tiempo que tarda el INAI en informar los resultados al Hospital.

3. Alineación de criterios, comportamiento de las resoluciones y su cumplimiento (A3C)

Alineación de Criterios, Comportamiento de las Resoluciones y su Cumplimiento (A3c)			
Resultado del Indicador	Componente 1	Componente 2	Componente 3
75.39	61.58	40.00	100.00

Asimismo, se informó que con el fin de cumplir con las nuevas atribuciones conferidas al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, se consideró revisar los indicadores a fin de armonizarlos con la nueva normatividad en materia de transparencia y acceso a la información, por lo que durante el segundo semestre de 2015 no se calcularon los indicadores de Respuesta a Solicitudes de Información (RSI), Atención a Solicitudes de Información (AUE) y Obligaciones de Transparencia (ODT).

Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS
RESUMEN GENERAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN
REALIZADOS EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2016

No. PROG.	TIPO DE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN	No. DE PROCEDIMIENTOS	MONTO DE LAS CONTRATACIONES (PESOS ANTES DE I.V.A.)	No. DE CONVENIOS (ART. 47, 52 Y 53 DE LA LAASSP)	MODIFICACIONES A LAS CONTRATACIONES (ART. 47 Y 52 LAASSP)	MONTO TOTAL ADJUDICADO (PESOS SIN I.V.A.)	PORCENTAJE (%)
	LICITACIONES PUBLICAS NACIONALES REALIZADAS POR EL HJM.	10	242,244,882.97	9	9,399,191.62	251,644,074.59	48.78
	LICITACIONES PUBLICAS NACIONALES EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS).	2	32,143.82	8	23,726.78	55,870.60	0.01
1	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL	12	242,277,026.79	17	9,422,918.40	251,699,945.19	48.79
	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	9	384,955.96	7	76,399.17	461,355.13	0.09
2	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS REALIZADAS POR EL HJM.	3	155,241,938.72	43	39,192,442.88	194,434,381.60	37.69
	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES ABIERTAS EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
3	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES ABIERTAS REALIZADAS POR EL HJM.	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
2 y 3	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL.	12	155,626,894.68	50	39,268,842.05	194,895,736.73	37.78
1, 2 y 3	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA (NACIONAL E INTERNACIONAL)	24	397,903,921.47	67	48,691,760.45	446,595,681.92	86.58
4	CONTRATACIONES CON OTRAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES ART. 1º DE LA LEY Y 4º DEL REGLAMENTO	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
	CONTRATACIONES DICTAMINADAS PROCEDENTES POR EL COMITÉ (FRACCIONES I,III,VIII,IX, SEGUNDO PARRAFO, X,XIII,XIV,XV,XVI,XVII, XVIII Y XIX DEL ART. 41 DE LA LAASSP)	4	17,575,978.00	7	4,847,287.66	22,423,265.66	4.35
	SESIÓN ORDINARIA No. 22/2015 DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS - EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADA POR EL IMSS).	4	1,054,790.41	2	13,606.64	1,068,397.05	0.21
5	TOTAL DE CONTRATACIONES DICTAMINADAS PROCEDENTES DEL COMITÉ (FRACCIONES I,III,VIII,IX, SEGUNDO PARRAFO, X,XIII,XIV,XV,XVI,XVII, XVIII Y XIX DEL ART. 41 DE LA LAASSP).	8	18,630,768.41	9	4,860,894.30	23,491,662.71	4.55
6	CONTRATACIONES DICTAMINADAS POR FACULTAD DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
7	CONTRATACIONES CORRESPONDIENTES A LOS CASOS DE LAS FRACCIONES:II,IV,V,VI,VII,IX PRIMER PARRAFO, XI,XII, Y XX DEL ARTICULO 41 DE LA LEY.	2	7,467,999.00	1	34,482.76	7,502,481.76	1.45
4, 5, 6 y 7	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR EXCEPCIÓN DE LICITACIÓN.	10	26,098,767.41	10	4,895,377.06	30,994,144.47	6.01
SUBTOTALES PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA Y EXCEPCIONES.		34	424,002,688.88	77	53,587,137.51	477,589,826.39	92.59
8	INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS (ARTICULO 42 Y 43 DE LA LAASSP)	4	3,962,585.23	4	801,486.03	4,764,071.26	0.92
9	ADJUDICACIONES DIRECTAS (ARTICULO 42 DE LA LAASSP)	203	33,485,893.03	11	-519.24	33,485,373.79	6.49
10	ADJUDICACIONES DIRECTAS POR MONTO REALIZADAS POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS (ARTICULO 42 SEGUNDO PARRAFO DE LA LAASSP)	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
SUBTOTALES EXCEPCIONES DE LICITACIÓN (ARTÍCULO 42 DE LA LAASSP).		207	37,448,478.26	15	800,966.79	38,249,445.05	7.41
GRAN TOTAL		241	461,451,167.14	92	54,388,104.30	515,839,271.44	100.00

Cumplimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.

En materia de obra pública, el Hospital no llevó a cabo obra pública, debido a que no le fue asignado presupuesto para este fin.

Transparencia Focalizada.

Durante el primer semestre de 2016, se realizaron las siguientes acciones en cumplimiento al Manual Administrativo de Aplicación General de Materia de Transparencia y Archivos (MAAGMTA) en el numeral 11 Bis, y la Guía Anual de Acciones de Transparencia 2015 emitida por la Secretaría de la Función Pública :

1. Actualizaciones trimestrales.

Con el apoyo del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), se llevaron a cabo las actualizaciones de la sección de Transparencia en el Portal Institucional, en los siguientes apartados:

- a) Transparencia
- b) Normatividad
- c) Comité de Transparencia
- d) Transparencia Focalizada
- e) Indicadores de Programas Presupuestarios
- f) Recomendaciones dirigidas al Hospital Juárez de México
- g) Estudios y Opiniones
- h) Rendición de Cuentas
- i) Participación Ciudadana
- j) Acceso a la Información
- k) Obligaciones de Transparencia
- l) Estudios financiados con recursos públicos
- m) Planes, Programas e Informes

2. Acciones para dar cumplimiento a la Guía de Transparencia Focalizada.

Al periodo que se informa, se dio cumplimiento en tiempo y forma a las actividades contenidas en la Guía de Transparencia Focalizada emitida por la Secretaría de la Función Pública, siendo las siguientes:

- Se remitieron a la Secretaría de la Función Pública a través de la Secretaría de Salud, la siguiente información:
 - Identificación de las necesidades de información socialmente útil por parte de la población.
 - Analizar y seleccionar las necesidades de información socialmente útil.
- Derivado de la identificación y análisis de necesidades de la Información Socialmente Útil, se determinaron los nuevos temas de Transparencia Focalizada, que ya se encuentran publicados en el Portal Institucional, siendo los siguientes:
 - 1) Programa de Gastos Catastróficos
 - 2) Cita para donación de sangre
 - 3) Agenda tu cita para la elaboración de estudio socioeconómico

- 4) Tabulador de Cuotas de Recuperación
 - 5) Contratos
 - 6) Estadísticas
 - 7) Solicitudes de Información
- Se remitieron los siguientes anexos a la Secretaría de la Función Pública, a través de la Secretaría de Salud:
 - Anexo 3 “Construir temas con Información Socialmente Útil y publicarlos en la Sección de “Transparencia” de los Portales Institucionales de internet”.
 - Anexo 4 “Evaluar la calidad de la Información Socialmente Útil”.
 - Anexo 5 “Construir temas con Información Socialmente Útil y publicarlos en la Sección de “Transparencia” de los Portales Institucionales de internet”.
 - Anexo 6 “Evaluar la calidad de los temas con Información Socialmente Útil publicados”.
3. Difusión de los temas de Transparencia Focalizada.
- Con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en los trabajos de difusión, así como incentivar el uso e intercambio de la Información Socialmente Útil o Focalizada, se llevó a cabo el ejercicio de Participación Ciudadana en la que se difundieron los Temas de Transparencia Focalizada 2016, siendo los siguientes.
- Gastos Catastróficos.
 - Cita para donación de sangre.
 - Cita para la elaboración de Estudio Socioeconómico.
 - Tabulador de Cuotas de Recuperación.
 - Contratos.
 - Estadísticas.
 - Solicitudes de información.

La difusión se realizó a través de los siguientes medios:

1. Carteles Informativos. Se colocaron en las áreas de Trabajo Social, Banco de Sangre y Urgencias Adultos, con el propósito de captar audiencias estratégicas.
2. Dípticos. Los cuales se distribuyeron entre los diversos actores sociales.
3. Circular. Se solicitó a los mandos medios y superiores, la difusión en sus áreas sobre la información Socialmente útil o Focalizada, publicada en el Portal Institucional.

Cadenas Productivas.

Durante el primer semestre de 2016, el Hospital informó a los proveedores que pueden adherirse al Programa de Cadenas Productivas, con la finalidad de hacer efectivas sus facturas y agilizar su pago, acumulando al periodo de reporte 524 proveedores registrados en este programa, 175 proveedores con cuentas por pagar registradas, 5,749 documentos registrados con un monto total de \$437,545 (miles de pesos), con un plazo promedio de pago de ocho días.

Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto (Programa de Ahorro).

Concepto	Unidad	Consumo programado 1er. Sem 2016	Consumo realizado 1er. Sem 2016	Variación
Energía Eléctrica	KWH	2,047,692	2,172,241	6.1%
Fotocopiado	COPIA	700,000	777,469	11%
Agua potable	M ³	57,808	58,694	1.5%
Telefonía local y larga distancia	PESOS	185,750	127,502	-31%
Gasolina	LITRO	7,000	6,262	-11%

Energía Eléctrica. Se reporta un incremento de un 6.1% con relación a la meta programada, lo que representa un importe de \$215 miles de pesos. No obstante que se realizaron trabajos para la disminución del consumo: aprovechamiento de luz natural en diversas áreas del Hospital, se continuó el mantenimiento preventivo a las subestaciones eléctricas bajo la NOM-001-Sede-2012; se continúa con el uso de lámparas ahorradoras de energía y el mantenimiento y limpieza a motores eléctricos en las unidades manejadoras de aire permitiendo un menor desgaste mecánico y un consumo eficiente de energía eléctrica.

Fotocopiado Se reporta un incremento del 11% respecto a la meta programada, lo cual representa un importe de \$18 miles de pesos, este incremento se debió a que durante el periodo de reporte se encontraron en proceso dos auditorías de instancias fiscalizadoras, siendo necesario el fotocopiado de documentación soporte solicitado por dichas instancias.

Sin embargo, se continúa con la concientización efectuada al personal sobre el uso racional del servicio y al fomento en el uso de correo electrónico para el envío, recepción y seguimiento de oficios, así como la implementación de marcar copias de documentos de manera digital.

Agua Potable. Se reporta un incremento en un 1.5% respecto a la meta programada, lo que representa un importe de \$72 miles de pesos, este incremento se debió a las fugas detectadas en diversas áreas del Hospital.

Sin embargo se ha realizado el constante monitoreo en el consumo de agua, la reparación de baños y el cambio de elementos hidráulicos de mejor calidad, así como la detección y reparación oportuna de fugas.

Telefonía local y de larga distancia. Se reporta un ahorro en un 31% con relación a la meta programada, lo cual representa un importe de \$58 miles de pesos. Cabe señalar que el importe del consumo solamente incluye el concepto de servicio medido, derivado del número de llamadas realizadas al periodo que se informa y no se incluye el importe de las rentas y otros conceptos contenidos en la facturación del proveedor de servicios de voz. Asimismo, se continúa con el fomento de concientización entre el personal sobre el uso racional del servicio, el monitoreo constante y restricción de las líneas telefónicas.

Gasolina. Se reporta un ahorro en un 11% con relación a la meta anual programada, lo que representa un importe de \$10 miles de pesos, como resultado de la implementación de controles como las bitácoras para el registro de salidas de vehículos, elaboración de rutas de traslado diarias para compartir vehículos y que los traslados de personal sólo se realizan para labores oficiales.

Informe de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

Durante el periodo de enero a junio de 2016, se realizaron las siguientes actividades (Se anexa archivo).

Programa de Mejora de la Gestión.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 2013, el Hospital Juárez de México registró en el Sistema SWIPPSS-PGCM, el reporte correspondiente al segundo trimestre de 2016, del Informe de resultados y avances de compromisos pactados en Bases de Colaboración suscritas en el marco del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, previa validación de los Enlaces de cada tema en la DGPOP. (Se anexa archivo).

Informe sobre sesiones de comités internos.

Los Comités y Subcomités administrativos sesionaron durante el primer semestre de 2016 de manera regular, generando acuerdos y dando los seguimientos respectivos.

Comité de Hostigamiento y Acoso Sexual.

En el periodo de enero a septiembre de 2016, no sesionó el Comité debido a que no se reportaron quejas en el correo electrónico de atención, mismo que es monitoreado por la Subdirección de Recursos Humanos una vez por semana.

Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).

Durante el periodo de enero a junio de 2016, este Comité sesionó en una ocasión de manera ordinaria, en la cual se trataron los siguientes temas:

- Presentación del Informe anual de actividades realizadas por el COMERI en el 2015.
- Presentación del Programa de Trabajo para el ejercicio 2016 del COMERI.

Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

El Comité sesionó de manera extraordinaria en ocho ocasiones, tratando los siguientes asuntos:

- Revisión del 4º Informe trimestral de 2015, de los resultados generales de las Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios, en cumplimiento a lo previsto por el artículo 23 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

- Presentación para su revisión y, en su caso, aprobación del caso de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa bajo el artículo 41-III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, para el "Arrendamiento de equipos de ventilación para soporte respiratorio", para el Hospital Juárez de México, para el periodo del 3 de marzo al 31 de diciembre de 2016.
- Excepción de licitación pública para contratar mediante el procedimiento de adjudicación directa para la adquisición de "Equipo primario para bomba de infusión de dos canales de la marca Abbott".
- Presentación para su revisión y, en su caso, aprobación de actualización de las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios (POBALINES) del Hospital Juárez de México para el ejercicio fiscal 2016.
- Continuación de revisión y en su caso aprobación de actualización a las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios (POBALINES) del Hospital Juárez de México para el ejercicio fiscal 2016.
- Presentación para revisión y, en su caso, aprobación de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa, al amparo del artículo 41-I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público para la contratación del servicio de "Mantenimiento preventivo, correctivo y actualización del Sistema RIS (Sistema de Información Radiológica, por sus siglas en inglés) - PACS (Sistema de Archivo y Transmisión de Imágenes) de la marca CMR propiedad del Hospital Juárez de México".
- Presentación para revisión y, en su caso, aprobación de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa, al amparo del artículo 41-I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público para la contratación del "Suministro de tres fuentes radioactivas de iridio 192, que incluye el mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipo de braquiterapia de la marca Varian. modelo gammamed plus, así como sus trámites de importación y exportación, calibración al momento de la instalación de la fuente, y verificación y puesta en marcha del equipo de braquiterapia con la nueva fuente".
- Presentación del primer informe trimestral del ejercicio fiscal 2016, de los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y contratación de servicios del Hospital Juárez de México.
- Presentación para su revisión, y en su caso aprobación del caso de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa bajo el artículo 41-I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, para la contratación del servicio de "Mantenimiento preventivo y correctivo a equipos de la marca Olympus".
- Presentación para su revisión y en su caso aprobación del caso de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa bajo el artículo 41-I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, para la contratación del servicio de "Mantenimiento preventivo y correctivo a equipos de la marca Pentax".
- Presentación para su revisión y, en su caso, aprobación del caso de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa bajo

el artículo 41-I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, para la contratación del servicio de "Mantenimiento preventivo y correctivo a equipos de radiología e Imagen de la marca Philips".

- Presentación para su revisión y, en su caso, aprobación del caso de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa bajo el artículo 41-I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, para la contratación del servicio de "Mantenimiento preventivo y correctivo para equipos médicos de radiología e Imagen de la marca General Electric".

Control Interno Institucional.

En cumplimiento a lo establecido en el "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno" publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010, mismo que tuvo la última reforma el 4 de mayo de 2014, numeral 31 se informan los avances al segundo trimestre de 2016, de las 56 acciones de mejora pendientes de atender de las 116 acciones comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) 2015:

ELEMENTO DE CONTROL	ACCIONES DE MEJORA COMPROMETIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE
1.1.b	Revisar el código de conducta de acuerdo a los valores establecidos en el Modelo de cultura organizacional centrado en el ciudadano.	100%
1.1.c	Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2015 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.	100%
1.1.f	Presentar en las reuniones de pre COCODI los apartados que conforman el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.	100%
1.2.c	Identificar los procesos susceptibles a posibles actos de corrupción de acuerdo a la metodología establecida por la Auditoría Superior de la Federación, llevar a cabo la evaluación de riesgos y determinar las acciones para su prevención y mitigación.	70%
	Implantar un programa para el seguimiento de las acciones de prevención y mitigación de posibles actos de corrupción.	40%
1.3.c	Revisar y/o actualizar la normatividad y lineamientos de los Comités en funcionamiento del Hospital.	100%
	Dar seguimiento a los acuerdos generados en las sesiones de los Comités.	25%
	Presentar al Comité de Mejora Regulatoria Interna el tema de la falta de normatividad para los Comités, con el propósito de definir cómo se trabajará.	100%
1.3.d	Dar seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETIC).	75%
1.4.a	Concluir la evaluación de riesgos de los cinco sistemas de información automatizados relevantes.	100%
	Implementar los controles que permitan presentar información confiable, veraz y oportuna en los Indicadores de Desempeño Estratégico.	100%
	Fortalecer los tramos de supervisión en el proceso de recopilación y registro de información, para asegurar que las cifras cuentan con el debido soporte documental. Asimismo, debe quedar evidencia de las supervisiones realizadas.	100%
1.4.c	Presentar en las reuniones de pre COCODI los apartados que conforman el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.	100%

2.1.a	Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2015 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias	100%
2.2.g	Identificar los procesos susceptibles a posibles actos de corrupción de acuerdo a la metodología establecida por la Auditoría Superior de la Federación, llevar a cabo la evaluación de riesgos y determinar las acciones para su prevención y mitigación.	70%
	Implantar un programa para el seguimiento de las acciones de prevención y mitigación de posibles actos de corrupción.	40%
2.3.c	Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2015 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.	100%
2.3.d	Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2015 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.	100%
2.3.e	Dar seguimiento a la implementación de los 33 planes de mejora en los diferentes servicios del Hospital, en cumplimiento a la seguridad hospitalaria.	100%
2.3.h	Revisar y/o actualizar la normatividad y lineamientos de los Comités en funcionamiento del Hospital. Asimismo, dar seguimiento a los acuerdos generados	100%
	Presentar al Comité de Mejora Regulatoria Interna el tema de la falta de normatividad para los Comités, con el propósito de definir cómo se trabajará.	100%
	Incluir en las actas de las sesiones de Comités el seguimiento de acuerdos, para asegurar que se dé la atención correspondiente.	25%
2.3.i	Implementar un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).	80%
	Implementar el sistema de gestión de pacientes	90%
2.3.j	Implementar un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).	80%
2.3.k	Identificar los controles de claves de acceso a los sistemas y cómo se cancelan.	50%
2.4.a	Implementar los controles que permitan presentar información confiable, veraz y oportuna en los Indicadores de Desempeño Estratégico.	100%
	Fortalecer los tramos de supervisión en el proceso de recopilación y registro de información, para asegurar que las cifras cuentan con el debido soporte documental. Asimismo, debe quedar evidencia de las supervisiones realizadas.	100%
2.4.b	Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2015 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.	100%
	Implementar los controles que permitan presentar información confiable, veraz y oportuna en los Indicadores de Desempeño Estratégico.	100%
	Fortalecer los tramos de supervisión en el proceso de recopilación y registro de información, para asegurar que las cifras cuentan con el debido soporte documental. Asimismo, debe quedar evidencia de las supervisiones realizadas.	100%
2.4.c	Implementar un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).	80%
2.4.e	Revisar el proceso para la atención de quejas presentadas por los usuarios de los servicios y proponer acciones de mejora y/o medidas de control que permitan disminuirlas.	100%
2.4.f	Implementar un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).	80%
	Implementar el sistema de gestión de pacientes.	90%
2.5.a	Documentar las actividades de supervisión inherentes a los procesos, para asegurar que estos se realicen conforme a lo establecido.	100%
3.2.a	Seguimiento a la matriz de riesgos 2015.	78%
3.3.a	Seguimiento a la matriz de riesgos 2015.	78%
3.3.c	Dar seguimiento a las actividades inherentes a: Seguimiento a la autorización del Catálogo de Disposición Documental, Archivo de trámite, Archivo de concentración y Archivo para baja y destino final.	50%

	Capacitar a los encargados del archivo de las diversas áreas del hospital.	60%
3.3.d	Continuar con la integración del inventario del equipo de cómputo.	85%
3.3.f	Dar seguimiento a la implementación de la farmacia hospitalaria.	99%
3.4.a	Documentar las actividades de supervisión para asegurar que la información que se registre en la matriz de indicadores y en los reportes de avance de los programas de trabajo es confiable y está sustentada.	100%
3.5.a	Documentar las actividades de supervisión para asegurar que la información que se registre en la matriz de indicadores y en los reportes de avance de los programas de trabajo es confiable y está sustentada.	100%
3.3.g	Continuar con la implementación de los controles mínimos que establece el proceso de Administración de Seguridad de la Información (ASI) del MAAGTICSI	30%
3.3.h	Identificar los equipos de cómputo que no cuentan con licencias.	100%
	Integrar los requerimientos de software y realizar las acciones necesarias para que los equipos cuenten con licenciamiento.	15%
3.3.i	Continuar con la implementación del proceso de Operación de Controles de Seguridad de la Información (OPEC) y del Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad (ERICs) del MAAGTICSI.	14%
3.3.j2	Continuar con la implementación de los procesos de Administración de Servicios (ADS) de MAAGTICSI	50%
3.3.k	Continuar con la implementación del proceso de Administración de Proveedores (APRO)	5%
3.3.l	Continuar con la implementación del proceso de Operación de Controles de Seguridad de la Información (OPEC) y del Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad (ERICs) del MAAGTICSI.	14%
3.3.m2	Identificar y asegurar el control de acceso a los equipos de cómputo de cada uno de los usuarios de la institución.	30%
3.3.m3	Analizar y desarrollar un procedimiento para la solicitud de acceso a los Sistemas Aplicativos para usuarios y administradores de los mismos.	30%
3.3.m4	Analizar y desarrollar un procedimiento para el acceso a los equipos de cómputo de cada uno de los usuarios de la institución.	30%
3.3.m5	Implementar el procedimiento de solicitud de acceso a los Sistemas de Aplicaciones.	0%
3.3.m6	Implementar el procedimiento de solicitud de acceso a los equipos de cómputo de los usuarios de la institución.	0%

El Programa de Trabajo de Control Interno 2015 presenta un porcentaje de avance global de un 66% al primer semestre de 2016. A continuación, se mencionan las actividades realizadas para el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas:

- Se elaboró el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, de conformidad con los Lineamientos Generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético a través de los Comités de Ética, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2015.
- El Coordinador de Control Interno realizó una presentación sobre el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno en la reunión de Pre-COCODI de la Segunda Sesión 2016, llevada a cabo el 10 de mayo del año en curso, y se aplicó a los asistentes un Cuestionario respecto al Manual. Asimismo, se reforzó la información contenida en el MAAG de Control Interno mediante el seminario de "Control Interno" que se impartió en las instalaciones del Hospital los días 25, 26 y 27 de abril de 2016 a los Directores, Subdirectores, Jefes de División y personal del área de TIC's.

- Se elaboró un procedimiento por parte de la Dirección de Planeación, para dar el seguimiento correspondiente a los Comités, dicho procedimiento fue aprobado y está en proceso de implementación.
- Se integró una Comisión por personal de diversas áreas del Hospital, encargada de dar seguimiento al “Estudio sobre las Estrategias para Enfrentar la Corrupción establecidas en las Instituciones del Sector Público Federal” de la Auditoría Superior de la Federación, teniendo al periodo que se informa un total de ocho sesiones de trabajo, asimismo, se llevó a cabo la autoevaluación de las áreas para la determinación de los Riesgos a la Integridad Institucional.
- Se impartieron capacitaciones a 15 áreas sustantivas y administrativas del Hospital, en materia de archivo de trámite.

Avance físico y financiero de los proyectos de inversión, en su caso.

Los Programas y Proyectos de Inversión vigentes al primer semestre de 2016, son los siguientes:

Clave Cartera	Nombre del Programa o proyecto de inversión	Tipo de programa o proyecto	Costo total Original	Avance físico	Etapas en el periodo
1512NAW0001	Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México	Programa de inversión de adquisiciones	\$32,397,867.32	100%	El programa se concluyó.
1512NAW0002	Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México	Programa de inversión de adquisiciones	\$75,016,225.00	0%	Este programa se actualizó para el ejercicio 2016.
1512NAW0004	Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México	Programa de inversión de adquisiciones	\$8,237,311.00	0%	Este programa se actualizó para el ejercicio 2016.
1512NAW0005	Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México	Programa de inversión de adquisiciones	\$8,428,189.00	0%	Este programa se actualizó para el ejercicio 2016.
1612NAW0001	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del HJM	Programa de inversión de adquisiciones	\$2,994,894.21	0%	Este programa fue registrado en 2016.

Otros Aspectos.

Informe de la situación de infraestructura del Hospital

Instalación en la subestación eléctrica No.1, del generador eléctrico donado.



Cambio de válvulas, pintura y rotulación de contenedores de gas.



Pintura en líneas de seguridad de la casa de máquinas No.1



Reparación de la Sala No.483 de Infectología Pediátrica, en el 4º piso de Hospitalización.



Reparación de plafón en el servicio de Hemodiálisis.



Reparación de muros en las salas 128 y 134 del Primer piso de Hospitalización.



Cambio de filtros y limpieza en general de las Unidades Manejadoras de Aires de las áreas de Quirófanos, Laboratorio Central y Tococirugía



Reparación de baños de hombres y mujeres de la Consulta Externa segundo piso.



Reparación de alimentador principal de agua en el servicio de Cabeza y Cuello.



Limpieza a difusores de inyección en el área de Gobierno, edificio B, planta alta.



Limpieza a evaporadores de áreas del Laboratorio Central (Pruebas, Unidad de Aféresis, Fracciones sanguíneas y Toma de muestras).



Reparación de mini-splits de las áreas de Laboratorio No.6 de Investigación, servicio de Hemodinamia,



Rehabilitación de extractores de aire en el área de Lavandería.



Colocación de extractores de aire en la Jefatura de Trabajo Social.



Rehabilitación del sistema de iluminación en la casa de máquinas, en el área de Gobierno.



Colocación de cerradura digital en el área de vestidores de Enfermería.



Recursos Humanos.

Grupo de plazas	enero-junio 2016	% que representa el total de plantilla
Mandos medios y superiores	18	0.7
Médica	343	13.7
Investigación	16	0.6
Enfermería	949	37.7
Paramédica	290	11.5
Afín (apoyo médico)	113	4.5
Afín (apoyo administrativo)	521	20.7
Afín (apoyo a servicios)	267	10.6
Total	2,517	100.0

Durante el primer semestre de 2016, se contó con un total de 2,517 plazas autorizadas, destinadas principalmente al área médica, paramédica y enfermería, con la finalidad de cuidar el equilibrio de la fuerza de trabajo y brindar una atención de calidad a los usuarios del Hospital.

Asimismo, al periodo que se informa se muestran los indicadores de resultados, que permiten mejorar la operación de los servicios relacionados con la administración de los recursos humanos y el control eficiente de los recursos institucionales.

Indicador de resultados	Avance
Reducir el porcentaje de errores u omisiones por incidencias en nómina.	Se aplicaron los descuentos principalmente por faltas, omisiones de entrada y/o salida, retardo mayor, los cuales no fueron justificados en tiempo y forma.

Certeza del personal pagado a través de nómina.	No se reportaron inconsistencias en la dispersión de la nómina, la cual se realiza a través de la Tesorería de la Federación.
Incrementar la satisfacción del personal.	Se continúa fomentando la competitividad del personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos, a través de la mejora de procesos, capacitación, entre otros, permitiendo brindar una mejor atención al personal.

Abasto.

Al primer semestre de 2016, el porcentaje de abasto de medicamentos e insumos fue del 99.8%.

Logros de la Dirección de Administración

- El presupuesto asignado a gasto de operación, se ejerció al cien por ciento sin generar sub ejercicios.
- Se renovó equipo como: camas hospitalarias, básculas electrónicas, camillas de traslado, cunas, mesas puente, mesas pasteur, desfibriladores, monitores de signos vitales, lámparas, carros rojos, sillas para familiares de los pacientes, buros clínicos, sillas para baño, pentapiés, electrocardiógrafo, gleiros para techo con riel, derivado del proyecto de inversión denominado “Equipamiento y mobiliario para el área de hospitalización”.

Debilidades de la Dirección de Administración

- Falta de recursos para la reparación integral del estacionamiento.
- Falta de recursos para realizar mantenimiento mayor a las instalaciones del Hospital.
- Falta de recursos para la sustitución de equipo médico, que por su uso ha dejado de funcionar.

Avances del Programa de Trabajo 2016.

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2016, de la Dirección de Administración.

El presupuesto ejercido fue de \$642,694 miles de pesos que representa el 92.4% del presupuesto total modificado que fue de \$695,538 miles de pesos. Este resultado se debió principalmente porque el Hospital reservó recursos económicos para hacer frente a la presión de gasto durante el segundo semestre.

En relación al porcentaje de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación, el Hospital cuenta con un tabulador de cuotas actualizado, el cual entrará en vigor a partir del 1 de agosto de 2016. No obstante, se está trabajando en la actualización de 1,436 claves para el ejercicio 2017.

Durante el periodo que se reporta, el Hospital cuenta con el Convenio de colaboración en materia de prestación de servicios a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica, en el cual se tienen registradas 114 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); lo que permitió lograr un cumplimiento en un 50% del indicador de Porcentaje de financiamientos externos recibidos.

Se elaboró el Estudio de costo-beneficio de la construcción de la torre nueva de hospitalización, el cual fue incluido en el Plan Maestro de Infraestructura, lo que permitió dar cumplimiento a una de las actividades programadas en el indicador Porcentaje de avance en la construcción de la torre nueva de hospitalización.

En continuidad con los trabajos para la reparación y modernización del estacionamiento del Hospital Juárez de México, se realizaron las siguientes actividades:

- Propuesta de reparación por ingeniero estructurista con base en estudio de mecánica de suelos.
- Elaboración del catálogo de conceptos.
- Envío a la DGPOP del Programa de Mantenimiento del Estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016 para su registro en cartera de inversión de la SHCP.
- Se atendieron las observaciones emitidas por la DGPOP.

Con relación a la adquisición del acelerador lineal, se elaboró el proyecto médico-arquitectónico denominado “Adquisición de un Acelerador Lineal para el área de Oncología del HJM”, para ser registrado en cartera de Inversión de la SHCP. Adicionalmente, se envió a revisión por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Es importante mencionar, que el informe de la auditoría externa emitido el 4 de abril de 2016, por el Auditor Externo, no dictaminó salvedades en los siguientes rubros:

- Informe a los procesos de adquisiciones y de obra pública por el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015.
- Dictamen sobre el cumplimiento de las obligaciones fiscales establecidas en el Código Fiscal del Distrito Federal.
- Informe sobre la revisión de la situación fiscal del contribuyente.

Programa de Trabajo 2016

Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Administración.
Nombre del Programa Presupuestal: No Aplica.
Responsable: Lic. Miguel Ángel Torres Vargas.

No.	Objetivo	Estrategia	Lineas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1			3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	Porcentaje de presupuesto efectivamente ejercido V1: Presupuesto total ejercido / V2: Presupuesto total modificado x 100	\$1,503,823,262.00 = 100% \$1,503,823,262.00	Semestral	N / A	\$642,694 = 92.4% \$695,538 Se logró un cumplimiento del 92.4% en el porcentaje de presupuesto efectivamente ejercido con respecto a la meta anual programada del 100%. Este resultado se debió principalmente a la disponibilidad que se tiene y que se encuentra en inversión, la cual se utilizará en el segundo semestre de 2016, para hacer frente a la presión de gasto del Hospital. Cabe señalar, que el gasto de operación se ha ejercido mes con mes al cien por ciento.
2			3.1.3 Actualización de tabuladores de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias.	Porcentaje de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación V1: No. de claves actualizadas del Tabulador de Cuotas de Recuperación / V2: No. total de claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación x 100	1,436 = 100% 1,436	Semestral	N / A	0 = 0% 1,436 El cumplimiento del indicador se tiene programada concluir en el segundo semestre de 2016. Sin embargo, se dio inicio al proceso de actualización de las 1,436 claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital.
3			3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas.	Porcentaje de financiamientos externos recibidos V1: No. de fuentes de financiamiento obtenidas / V2: No. de fuentes de financiamiento programados x 100	2 = 100% 2	Semestral	N / A	1 = 50% 2 Se logró un cumplimiento del 50% en el porcentaje de financiamientos externos recibidos con relación a la meta anual programada del 100%. Este resultado se debió a que se cuenta con el Convenio de colaboración en materia de prestación de servicios a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica, por lo que actualmente, se tienen registradas en el Hospital 114 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
4	1. Administrar, dirigir y organizar el Presupuesto Autorizado del Hospital, así como vigilar el cumplimiento de las políticas, normas, sistemas y procedimientos de los recursos humanos, financieros y materiales, para el logro eficaz de las metas y objetivos acorde a los lineamientos de la Dirección General, dependencias globalizadoras y la Coordinación del Sector. 2. Supervisar el ejercicio eficiente de los recursos autorizados al Hospital. 3. Supervisar la eficiente distribución de la plantilla del personal autorizada al Hospital.	3. Administración eficiente. 4. Desarrollo Organizacional y Clima Laboral.	3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización	Porcentaje de avance en la construcción de torre nueva de hospitalización V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas x 100	3 = 100% 3	Semestral	N / A	1 = 33.3% 3 Se logró un cumplimiento del 33.3% en el porcentaje de avance en la construcción de torre nueva de hospitalización respecto a la meta anual programada del 100%, debido a que fue elaborado el Estudio de costo-beneficio para ser incluido en el Plan Maestro de Infraestructura (elaboración de planos, programa arquitectónico y programa de mobiliario y equipo), y su posterior registro en la cartera de Inversión de la SHCP.
5	4. Vigilar el proceso para llevar a cabo la adquisición de bienes y servicios del Hospital. 5. Supervisar los procesos de mantenimientos correctivos y preventivos efectuados a las instalaciones y equipamiento del Hospital.		3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.	Porcentaje de avance en la reparación y modernización del estacionamiento V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas x 100	5 = 100% 5	Semestral	N / A	4 = 80% 5 Se logró un cumplimiento del 80% en el porcentaje de avance en la reparación y modernización del estacionamiento con respecto a la meta anual programada del 100%, ya que se cuenta con la propuesta de reparación por ingeniero estructuralista con base en estudio de mecánica de suelos, se elaboró el catálogo de conceptos, se envió a la DGP/OP al Programa de Mantenimiento del Estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016 para su registro en cartera de inversión de la SHCP y se atendieron las observaciones generadas en la revisión del programa antes mencionado, quedando a la espera del registro en cartera de inversión de la SHCP.
6			3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	Porcentaje de avance en la adquisición de un acelerador lineal V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas x 100	4 = 100% 4	Semestral	N / A	1 = 25% 4 Se logró un cumplimiento del 25% en el porcentaje de avance en la adquisición de un acelerador lineal con relación a la meta anual programada del 100%. Este resultado se debió a que se elaboró el proyecto médico-arquitectónico para ser registrado en cartera de Inversión de la SHCP, asimismo se envió el proyecto denominado "Adquisición de un Acelerador Lineal para el área de Oncología del HUM" para su revisión por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
7			4.1.5 Profesionalización de personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación	Porcentaje de profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación V1: No. de personal profesionalizado / V2: No. de personal programado x 100	80 = 100% 80	Semestral	N / A	0 = 0% 80 El cumplimiento del indicador se tiene programada concluir en el segundo semestre de 2016.

Sistema de Evaluación del Desempeño (SED)

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EVOLUCION DEL GASTO PROGRAMABLE DE ENERO A JUNIO DEL 2016

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE JUNIO		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	PROGRAMADO (3)	EJERCIDO (4)	ABSOLUTA (5) = (4) - (3)	RELATIVA (6) = (5) / (3)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	(7) = (4) / (2)
I.- GASTO CORRIENTE	1,503.8	1,440.1	665.8	612.9	-52.9	-7.9			42.6
SERVICIOS PERSONALES	891.9	891.7	380.7	380.1	-0.7	-0.2			42.6
MATERIALES Y SUMINISTROS	267.6	258.5	129.3	105.7	-23.6	-18.3			40.9
SERVICIOS GENERALES	344.2	289.8	155.8	127.2	-28.6	-18.4			43.9
OTRAS EROGACIONES	0.1	0.1			0.0	#¡DIV/0!			0.0
II.- GASTO DE CAPITAL	0.0	29.7	29.7	29.7	0.0	0.0			100.0
INVERSIÓN FÍSICA	0.0	29.7	29.7	29.7	0.0	0.0			100.0
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	0.0	29.7	29.7	29.7	0.0	0.0			100.0
OBRAS PUBLICAS	0.0	0.0			0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0			0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
III.- OPERACIONES AJENAS NETAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
TERCEROS					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
IV.- TOTAL DEL GASTO	1,503.8	1,469.8	695.5	642.7	-52.9	-7.6			43.7

FUENTE DE INFORMACIÓN: Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público (SII@WEB).

Criterios de asignación de color de los semáforos.

Menor Gasto		Mayor Gasto	
Correctivo	Mayor al 10%	Correctivo	Mayor al 10%
Preventivo	Mayor al 5% y hasta el 10%	Preventivo	Mayor al 5% y hasta el 10%
Razonable	Menor al 5%	Razonable	Menor al 5%

ANEXO III

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México

INDICADORES DE DESEMPEÑO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO

PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) Y CLAVE 1/	INDICADOR			UNIDAD DE MEDIDA	META			SEMÁFORO	
	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A JUNIO 2016			PORCENTAJE DE AVANCE
						PLANEADA	REALIZADA		
Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL PEF									
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución	Porcentaje	Trimestral	97.5	95.3	97.7%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	Porcentaje de cursos de educación continua realizados por la institución respecto a los programados en el periodo	Porcentaje	Trimestral	97.9	93.6	95.6%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua	Proporción de la actividad institucional de educación continua que es transmitido al Sistema Nacional de Salud	Porcentaje	Trimestral	68.2	64.8	95.0%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Calidad	Percepción sobre la calidad de la educación continua	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos de educación continua que concluyen en el periodo	Promedio	Trimestral	9.1	9.1	100.0%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua	El indicador muestra la fortaleza organizacional para el uso de infraestructura educativa (aulas, recursos didácticos, etc.) para la impartición de cursos de educación continua a partir de la formulación del Programa de educación continua y la estimación del número de asistentes a estos eventos	Porcentaje	Trimestral	93.6	106.0	113.2%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Porcentaje	Trimestral	92.0	84.0	91.3%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	Expresa la eficacia en el otorgamiento de los cursos de capacitación administrativa y gerencial programados	Porcentaje	Trimestral	91.7	100.0	109.1%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Porcentaje de artículos científicos publicados	Porcentaje de artículos científicos institucionales de impacto alto publicados en revistas de los grupos III a VII (de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) respecto al total de artículos científicos institucionales publicados en revistas en el periodo	Porcentaje	Semestral	66.7	53.3	79.9%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel	Promedio de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII, de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) por investigadores vigentes en el Sistema Institucional (D,E y F) más otro personal de la institución que sea miembro vigente en SNI y que no tenga nombramiento de investigador, en el periodo	Promedio	Semestral	0.6	0.6	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas (I-VII de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) realizados en colaboración con otras instituciones que realizan investigación	Tasa	Semestral	83.3	86.7	104.1%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Promedio de productos por investigador Institucional	Promedio de productos de la investigación de los investigadores vigentes del SII, más otro personal de la institución que sea miembro vigente en SNI y que no tenga nombramiento de investigador	Porcentaje	Semestral	0.6	0.7	116.7%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas	Promedio	Semestral	100.0	93.8	93.8%	

E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento	Porcentaje	Trimestral	12.3	1.6	13.0%	
E023 Atención a la salud	Efectividad	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Este indicador permite evaluar los resultados de la efectividad clínica de la atención médica de los pacientes en áreas hospitalarias que presenta problemas de salud y son tratados en las entidades coordinadas	Porcentaje	Trimestral	94.4	91.6	97.0%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios ambulatorios que se atiende en las entidades que participan en el programa	Porcentaje	Trimestral	90.0	85.6	95.1%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida	Porcentaje	Trimestral	100.0	100.0	100.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad	Porcentaje	Trimestral	86.6	31.4	36.3%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad	Porcentaje	Trimestral	80.0	86.1	107.6%	
E023 Atención a la salud	Eficacia	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, urgencias, preconsulta)	La evaluación de la eficacia en el otorgamiento de la consulta muestra el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la entidad	Porcentaje	Trimestral	98.8	100.0	101.2%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios hospitalarios que se atiende en las entidades que participan en el programa	Porcentaje	Trimestral	90.0	85.8	95.3%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	El porcentaje de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología establecida en la Norma Oficial Mexicana	Porcentaje	Trimestral	82.1	92.3	112.4%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias	Porcentaje	Trimestral	82.7	88.1	106.5%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados	Porcentaje	Trimestral	5.7	5.5	96.5%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Muestra la proporción de los usuarios valorados a los que se les abre expediente por primera vez para su atención	Porcentaje	Trimestral	70.0	75.2	107.4%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia	Tasa por 1000 días de estancia hospitalaria	Trimestral	7.1	6.4	90.1%	

NO SELECCIONADOS EN EL PEF ^{2/}

								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	

FUENTE DE INFORMACION: Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público "PASH" (Módulo Pbr-Evaluación del Desempeño).

^{1/} Anotar denominación del Programa Presupuestario y su Clave correspondiente al que pertenece cada indicador, sean "Seleccionados en el PEF" o no "Seleccionados en el PEF"

^{2/} En el caso específico de los Pp que no tienen Indicadores Seleccionados en el PEF, se deberán incorporar preferentemente los indicadores de los Pp que están vinculados con los objetivos

NOTA: En los casos de aquellos indicadores que sus metas sean descendentes (Ejemplo: Pérdidas de energía eléctrica), sus resultados cuando sean favorables no deberán ser mayores a los programados. En este caso, se deberá ajustar la fórmula correspondiente de ese indicador

Criterios de asignación de color de los semáforos

Correctivo	Cumplimiento Inferior al 90%
Preventivo	Cumplimiento del 90% al 99%
Razonable	Cumplimiento Igual o mayor al 100%

ANEXO IV

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México

Avance del Gasto por Programa Presupuestario (Pp) y Cumplimiento de Metas de los Indicadores de Desempeño que conforman su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

Programa Presupuestario Seleccionado ^{1/}:

(Millones de Pesos con un decimal)

AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCIDO 2015	PRESUPUESTO ANUAL 2016 MODIFICADO	DE ENERO A JUNIO 2016		VARIACIÓN		SEMÁFORO	
					PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	ABS.	REL.	MENOR GASTO	MAYOR GASTO
18	E023	Atención a la Salud	1,268.4	1,189.7	576,588.0	523,744.0	-52,844.0	-9.2		

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

INDICADORES DE DESEMPEÑO				UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	PERIODO Y VALOR DE LA LINEA BASE	META			SEMÁFORO
NIVEL DE OBJETIVO	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN				ENERO - JUNIO 2016		DIFERENCIA ABSOLUTA	
							PLANEADA	REALIZADA		
Propósito	Eficacia	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	97.5	95.3	-2.2	
Componente	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	Porcentaje de cursos de educación continua realizados por la institución respecto a los programados en el periodo	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	97.9	93.6	-4.3	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua	Proporción de la actividad institucional de educación continua que es transmitido al Sistema Nacional de Salud	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	68.2	64.8	-3.4	
Componente	Calidad	Percepción sobre la calidad de la educación continua	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos de educación continua que concluyen en el periodo	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	9.1	9.1	0.0	
Actividad	Eficacia	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua	El indicador muestra la fortaleza organizacional para el uso de infraestructura educativa (aulas, recursos didácticos, etc.) para la impartición de cursos de educación continua a partir de la formulación del Programa de educación continua y la estimación del número de asistentes a estos eventos	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	93.6	106.0	12.4	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	92.0	84.0	-8.0	
Componente	Eficacia	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	Expresa la eficacia en el otorgamiento de los cursos de capacitación administrativa y gerencial programados	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	91.7	100.0	8.3	

Propósito	Eficacia	Porcentaje de artículos científicos publicados	Porcentaje de artículos científicos institucionales de impacto alto publicados en revistas de los grupos III a VII (de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) respecto al total de artículos científicos institucionales publicados en revistas en el periodo	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	66.7	53.3	-13.4
Propósito	Eficacia	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel	Promedio de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII, de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) por investigadores vigentes en el Sistema Institucional (D,E y F) más otro personal de la institución que sea miembro vigente en SNI y que no tenga nombramiento de investigador, en el periodo	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.6	0.6	0.0
Actividad	Eficacia	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas (I-VII de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) realizados en colaboración con otras instituciones que realizan investigación	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	83.3	86.7	3.4
Actividad	Eficacia	Promedio de productos por investigador Institucional	Promedio de productos de la investigación de los investigadores vigentes del SII, más otro personal de la institución que sea miembro vigente en SNI y que no tenga nombramiento de investigador	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.6	0.7	0.1
Actividad	Eficacia	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	100.0	93.8	-6.2
Fin	Eficiencia	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	12.3	1.6	-10.7
Propósito	Efectividad	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Este indicador permite evaluar los resultados de la efectividad clínica de la atención médica de los pacientes en áreas hospitalarias que presenta problemas de salud y son tratados en las entidades coordinadas	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	94.4	91.6	-2.8
Componente	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios ambulatorios que se atiende en las entidades que participan en el programa	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	90.0	85.6	-4.4
Componente	Eficiencia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	100.0	100.0	0.0

Componente	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	86.6	31.4	-55.2	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	80.0	86.1	6.1	
Componente	Eficacia	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)	La evaluación de la eficacia en el otorgamiento de la consulta muestra el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la entidad	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	98.8	100.0	1.2	
Componente	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios hospitalarios que se atiende en las entidades que participan en el programa	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	90.0	85.8	-4.2	
Componente	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	El porcentaje de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología establecida en la Norma Oficial Mexicana	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	82.1	92.3	10.2	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	82.7	88.1	5.4	
Componente	Eficiencia	Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	5.7	5.5	-0.2	
Actividad	Eficiencia	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Muestra la proporción de los usuarios valorados a los que se les abre expediente por primera vez para su atención	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	70.0	75.2	5.2	
Actividad	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia	Tasa por 1000 días de estancia hospitalaria	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	7.1	6.4	-0.7	

FUENTES DE INFORMACIÓN: Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público (SII@WEB) y Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público "PASH" (Módulo PbR-Evaluación del

AI = Actividad Institucional

PP = Programa Presupuestario, de acuerdo con el Análisis Funcional Programático Económico del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016.

1/ Los Pp a seleccionar con su correspondiente MIR, será tomando como base los de mayor peso presupuestal y/o que más contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Institución, y

NOTA: En los casos de aquellos indicadores que sus metas sean descendentes (Ejemplo: Pérdidas de energía eléctrica), sus resultados cuando sean favorables no deberán ser mayores a los

Criterios de asignación de color de los semáforos del avance financiero del Pp.

Menor Gasto		mayor Gasto	
Correctivo	mayor al 10%	Correctivo	mayor al 10%
Preventivo	mayor al 5% y hasta el 10%	Preventivo	mayor al 5% y hasta el 10%
Razonable	Menor al 5%	Razonable	Menor al 5%

Criterios de asignación de color de los semáforos del avance de las metas de los indicadores.

Correctivo	Cumplimiento inferior al 90%
Preventivo	Cumplimiento del 90% al 99%
Razonable	Cumplimiento igual o mayor al 100%

Sistema de Evaluación del Desempeño (SED)

Para el 2016, el Hospital Juárez de México, comprometió un total de 37 indicadores para resultados en tres Programas Presupuestales:

Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total de Indicadores
	trimestral	semestral	anual	
E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	7	0	6	13
E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	5	10
E023 "Atención a la salud"	13	0	1	14
Total	20	5	12	37

Durante el periodo de enero a junio de 2016, el Hospital reportó un total de 25 indicadores en tiempo y forma ante la CCINSHAE, informando el cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados por programa presupuestal y al Programa Anual de Trabajo 2016 del Director General, alcanzando diversos grados de cumplimiento de acuerdo a los criterios de semaforización de la SFP.

En relación al Programa Presupuestal E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud", se reportaron un total de siete indicadores de los cuales tres se ubicaron en semáforo de cumplimiento razonable y cuatro se situaron en cumplimiento preventivo.

Los indicadores que lograron un desempeño razonable fueron:

“Percepción sobre la calidad de la educación continua”, “Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua” y “Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial”, en estos tres indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, como resultado de haber logrado una calificación del 9.1 en la percepción sobre la educación continua, al contar con más participantes en los cursos de educación continua, quienes manifestaron una buena percepción en los contenidos de los eventos y en el desarrollo de los mismos. Asimismo, se tuvo un cumplimiento satisfactorio, en la impartición de los cursos en materia administrativa y gerencial, logrando un incremento en un 9.1% con relación a los 22 cursos programados.

Los indicadores que lograron un desempeño preventivo fueron los siguientes:

“Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua”. La causa por las que este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador al final del periodo de enero a junio de 2016, alcanzó un cumplimiento del 95.3% con respecto a la meta programada de 97.5%, observando una disminución del 2.2% debido a que de un total

de 3,019 profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua, 142 profesionales no recibieron constancia de conclusión debido a que no cumplieron con la asistencia requerida.

“Eficacia en la impartición de cursos de educación continua”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador al final del periodo que se reporta alcanzó un cumplimiento en un 93.6%, con respecto a la meta programada de 97.9%, reflejando una disminución del 4.3%, debido a que de los 46 cursos de educación continua programados, se impartieron únicamente 44, por la cancelación de dos cursos por falta de asistentes.

“Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador, al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 64.8% con respecto a la meta programada de 68.2%, mostrando una disminución del 3.4%, debido a que se registraron 135 profesionales externos más en relación a los 1,820 participantes externos programados a los cursos de educación continua impartidos por la Institución. Además, se contó con un incremento del 13.1% en el total de participantes en los cursos de educación continua, en relación a los 2,667 programados. Este resultado se debió a una mayor difusión por parte de las áreas organizadoras.

“Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 84% con respecto a la meta programada de 92%, observando una disminución del 8%, debido a que, de un total de 582 servidores públicos inscritos en los cursos, 93 servidores públicos no recibieron constancia de conclusión, por no haber cumplido con el requisito del 80% mínimo de asistencias.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 21.2 mdp.

En relación al Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud", se reportaron un total de cinco indicadores de los cuales; tres se situaron en semáforo de cumplimiento razonable, uno en cumplimiento preventivo y el otro correctivo.

Los indicadores que se situaron en cumplimiento razonable fueron los siguientes:

“Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel”, “Porcentaje de artículos científicos en colaboración” y “Promedio de productos por investigador Institucional”, en estos tres indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto, destacando la publicación de un artículo de nivel IV, dándole mayor prestigio al Hospital, así como contribuir a la generación del conocimiento científico que en un futuro permita mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes. Asimismo, se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo I-II por parte de los Investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de

Investigadores y un artículo más del grupo III por el personal médico del Hospital. Además, tres mandos medios (Jefes de División) del área médica ingresaron al Sistema Institucional de Investigadores (SII) en la Convocatoria 2016.

El indicador que se situó en semáforo preventivo fue “Porcentaje de ocupación de plazas de investigador”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 93.8% con respecto a la meta programada de 100%, observando una disminución del 6.2%, debido a la jubilación de una investigadora ICM "D".

El indicador que se situó en semáforo correctivo fue “Porcentaje de artículos científicos publicados”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2016, alcanzó un cumplimiento del 53.3% con respecto a la meta programada del 66.7%, observando una disminución del 13.4%. Este resultado obedece a que se publicaron tres artículos adicionales a la programación original del grupo I-II, lo que diluyó el porcentaje de artículos científicos publicados, a pesar de cumplir con la programación en el número de artículos de impacto alto.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 57.4 mdp.

En el Programa Presupuestal E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud", se reportaron un total de 13 indicadores de los cuales; seis se situaron en semáforo de cumplimiento razonable, cinco preventivos y dos en cumplimiento correctivo.

Los indicadores que se situaron en un desempeño razonable fueron los siguientes:

“Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto a las realizadas”, “Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados”, “Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, urgencias, preconsulta)”, “Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004,” “Porcentaje de ocupación hospitalaria”, “Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas”.

En estos seis indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, como resultado de la capacidad que tiene el Hospital para atender a la población que demanda servicios médicos de consulta, principalmente en los servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Oncología, Nefrología y Hematología, dando cumplimiento al objetivo primordial de impulsar la atención con calidad, atendiendo la demanda de pacientes que requieren consulta médica de primer contacto.

Asimismo, se brinda una atención oportuna, eficaz, eficiente e integral a los pacientes al otorgar las sesiones de rehabilitación demandadas y concluir el ciclo total de sesiones que requieren los pacientes, se contribuye a la recuperación del paciente y su reintegración social.

De igual manera, se beneficia a los pacientes en su atención, al contar con un expediente clínico que cumple con la Norma y al haber logrado una ocupación hospitalaria del 86.1%, refleja las necesidades existentes en la población usuaria de solucionar la problemática de sus padecimientos médico-quirúrgicos, sobre todo de las enfermedades crónico-degenerativas que requieren de intervención quirúrgica para su atención y lograr de esta manera cumplir con la expectativa de salud de los usuarios.

Por otra parte, se da cumplimiento al objetivo primordial de impulsar la atención con calidad, atendiendo la demanda de pacientes que requieren consulta médica de primer contacto.

Los indicadores que se situaron en cumplimiento preventivo fueron los siguientes:

“Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación”. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2016, alcanzó un cumplimiento del 91.6% con respecto a la meta programada del 94.4%, observando una diferencia de 2.8%. Este resultado obedece a diversos factores como: Contar con médicos especialistas capacitados y actualizados que cubren la demanda de los padecimientos que se atienden frecuentemente en el Hospital; abasto suficiente de medicamentos e insumos proporcionados por la farmacia hospitalaria; disponer de equipos especializados para el diagnóstico, así como los insumos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes.

Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2016 alcanzó un cumplimiento del 85.6% con respecto a la meta programada del 90%, observando una diferencia de 4.4%. Este resultado se debió a que a pesar de no haber aplicado las 1,200 encuestas programadas a usuarios en atención ambulatoria, los usuarios calificaron como satisfactoria la atención, sobre todo en los rubros “Trato recibido por parte de los servidores públicos”, “La información que se les proporcionó” y “Discriminación”. Lo que mejora la imagen institucional y propicia la confianza de la población.

Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2016 alcanzó un cumplimiento del 85.8% con respecto a la meta programada del 90%, observando una diferencia de 4.7%. Este resultado obedece a que se logró aplicar 172 encuestas más en atención hospitalaria con respecto a las 300 programadas; que se vio reflejado en una buena percepción por la atención recibida. Al obtener un resultado superior a 80 puntos de usuarios satisfechos por los servicios prestados por el Hospital, se propicia la confianza de la población en los servicios ofertados y en el prestigio de la Institución.

Promedio de días estancia. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2016 alcanzó un cumplimiento de 5.5 con respecto a la meta programada de 5.7, observando una disminución

de 0.2%. Este resultado obedece a la oportuna atención de las complejas patologías médicas que presentan los pacientes que acuden al Hospital o son referidos, y que en la mayoría de los casos, requieren de un número mayor de días estancia para su recuperación.

Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria). La razón por el cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2016 alcanzó un cumplimiento de 6.4 con respecto a la meta programada de 7.1, observando una disminución de 0.7. Este resultado se debió a la incorporación de un programa de vigilancia en áreas críticas que contempló intensificar la aplicación de las medidas preventivas en el Hospital, realizó el lavado de manos en los momentos que está indicado, aplicar correctamente los aislamientos específicos, implementar paquetes de medidas específicas para el control y prevención de infecciones, así como la prevención de neumonía asociada al uso de ventilador mecánico. Además, la incorporación al INICC, que permite disponer de nuevas herramientas para el cumplimiento de la normatividad vigente.

Los indicadores que se situaron en cumplimiento correctivo fueron los siguientes:

Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional. La razón por la cual este indicador se situó en semáforo correctivo se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del 1.6% con respecto a la meta programada del 12.3%, observando una disminución de 10.7%. Este resultado se debió a que únicamente a 259 pacientes referidos por otras instituciones se les abrió expediente clínico. Cabe señalar, que todos los pacientes que requieren atención en el Hospital, son atendidos sin excepción alguna.

Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados. La razón por la cual este indicador se situó en semáforo correctivo se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del 31.4% con respecto a la meta programada del 86.6%, observando una disminución de 55.2%. Este resultado obedece a que se mejoró el registro de los procedimientos de diagnóstico realizados durante junio, reflejando un incremento del 227%. De igual manera, se obtuvo un incremento del 18.7% en los procedimientos de diagnóstico ambulatorios de alta especialidad; debido a que se consideraron procedimientos que no fueron incluidos para la programación. Además, se trata de un indicador de nueva incorporación el cual carece de antecedentes para su programación.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 523.7 mdp.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

1. Calidad

En junio de 2016, se inició la reestructura del equipo multidisciplinario para el análisis de los eventos adversos, además de gestionar la vinculación de las tres fuentes del reporte, para sistematizar el registro en un solo banco de datos, calendarizar las reuniones de forma trimestral y programar sesiones de buenas prácticas.

Además, se realizaron reuniones de trabajo con el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica, con el fin de plantear actualizaciones y herramientas que permitan al sistema de reporte la automatización.

Con relación al tema de Eventos Adversos, se muestra la tabla en la cual se muestra el comparativo de enero a junio 2015 y 2016.

Eventos	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Cuasifalla	0	2
Adversos	224	197
Centinela	40	11
Úlceras por presión	215	107
Reacciones a hemoderivados	2	1
Total	481	318

Área que reporta	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Enfermería	379	238
Farmacovigilancia	59	46
Otros	43	34
Total	481	318

Se identificaron áreas de oportunidad en cuanto al reporte de cuasifallas, en la cuales se establece que el mayor número de reportes de eventos adversos debería estar representado por cuasifallas para trabajar con enfoque proactivo.

En lo referente al reporte de Eventos Centinela se ha proyectado el apego al Análisis de Causa Raíz (ACR) para establecer barreras de seguridad de acuerdo al tiempo estipulado en la Guía de ACR de la Secretaría de Salud, y con ello permitir la implementación de barreras de seguridad transversales en toda la organización.

La incidencia de úlceras por presión se vio disminuida debido a la adquisición y mantenimiento de colchones de compresión alterna en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, a la colocación de protectores oronasaes en pacientes con mascarilla de alta concentración y el uso de apósitos hidrocálidas en pacientes que así lo requieran.

Durante marzo y mayo de 2016, se realizaron dos cursos de seguridad en el paciente hospitalizado, capacitando a un total de 75 profesionales de la salud de enfermería y médicos residentes.

Actualmente, se continúa capacitando al personal en temas relacionados con la seguridad del paciente que permiten generar una cultura del reporte de eventos adversos basada en calidad y prevención.

2. Comunicación Social

Fortaleciendo la estrategia de comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilos de vida saludable, la Unidad de Comunicación Social durante el primer semestre de 2016, participó en 116 entrevistas, 51 de televisión, 26 de radio, nueve en medios impresos y 30 en medios digitales (blogs y páginas web) a diferentes medios de comunicación. Esto para difundir la medicina con humanidad que se realiza en el Hospital y dar a conocer la calidad y atención que reciben nuestros pacientes.

Se cuenta con dos espacios fijos en medios de comunicación, uno en la estación Radiorama que da al Hospital un espacio de promoción a la salud todos los lunes y el otro en la televisora Efekto Tv que trasmite todos los jueves una capsula de salud con especialistas del Hospital, además de la participación en reportajes con Tv Azteca al menos dos veces al mes. La televisión al ser un medio masivo de comunicación garantiza una audiencia de millones de personas, impulsando la estrategia nacional de difusión de la medicina preventiva.

Se elaboró en Manual de contención de Riesgos para el manejo de medios de comunicación en casos de crisis, que se traduce en garantizar un procedimiento adecuado en el manejo de eventos adversos que son inherentes a la comunicación en cualquier nivel.

Se cubrieron con nota periodística y fotografía 165 eventos en el Hospital, los cuales fueron publicados en el Blog, la página web y redes sociales oficiales del Hospital. En redes sociales se incrementó sustancialmente el número de seguidores.

En Facebook en enero seguían la cuenta 9,322 fans y para el 30 de junio el número de fans subió a 14,285, en seis meses aumentó 4,963 seguidores. Twitter en enero la cuenta tenía 6,043 seguidores y para el 30 de junio se cuenta con 7,127 seguidores, en seis meses aumentó 1,084 seguidores. Adicionalmente se subieron videos y contenido atractivo en la cuenta de Youtube del Hospital.

Las redes sociales tienen el impacto de réplica de la información que se sube, esto garantiza que los datos que se comparten con el mundo son científicos y médicos, a su vez, nos da el estatus de líder de opinión para el hospital, siendo una institución con sentido humanista y con una práctica médica humanista, que se refleja en el manejo de la información y los datos. Además de que se garantiza dejar un precedente, debido a que todo lo que se sube a internet queda ahí para siempre.

Con relación a la difusión interna, se elaboró el Manual de Identidad Gráfica del Hospital Juárez de México y se apoyó a diversas áreas en la elaboración e impresión de soportes gráficos: 44 carteles, 400 identificadores, 29 banners de días mundiales para redes sociales, 11 trípticos y dípticos; así como la gestión del voceo para la difusión de actividades. Se cubrieron mediante fotografía y video 23 sesiones académicas del Hospital. Todo lo anterior, para reforzar el sentido de pertenencia de los trabajadores con la institución, apoyar la campaña permanente de seguridad y trato digno.

Para favorecer el clima organizacional y la satisfacción del personal y los pacientes se organizaron cinco eventos culturales. Además se festejó el Lanzamiento de globos en Helipuerto, entrega de juguetes el Día de Reyes y Súper Día del Niño con apoyo del Patronato del Hospital Juárez de México y las fundaciones y grupos voluntarios que participan en el Programa Amigos del Juárez.

En cuanto a relaciones públicas, mediante la gestión con el Voluntariado de la Secretaría de Salud se recibieron los siguientes donativos: cajas de jabón en tiras de sachet y en botellas que beneficio a 1400 personas entre pacientes y familiares, así como 1600 trabajadores durante la campaña de “Lavado de manos” en coordinación con la UVEH; nueve cajas de pañales de diferentes etapas, que beneficiaron a pacientes de neonatología y hospitalización 4to piso.

Se implementó el programa Amigos del Juárez para la coordinación y registro de las fundaciones y grupos voluntarios que participan con el Hospital, en este programa se tiene el registro de los siguientes grupos: Iluminando con Amor, Risaterapia, México Sonríe, Con Ganas de Vivir, Leer Contigo, Vida Nueva para tu Salud, Alcohólicos Anónimos y Regalo de Amor.

Los participantes del Programa Amigos del Juárez, realizaron visitas los fines de semana en áreas de Hospitalización y salas de espera para ofrecer acompañamiento, actividades recreativas y alimentos. Durante el semestre se beneficiaron 6,347 pacientes y cuidadores.

3. Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT)

En cuanto a las actividades realizadas por el CIIMEIT, apoyó a la Unidad de Enseñanza en el desarrollo e implementación de un sistema para el registro de aspirantes a la licenciatura en Enfermería, el cual permitió que este proceso se realizara de manera digitalizada, obteniendo mayores beneficios administrativos y de control. Además, se diseñaron y elaboraron trípticos informativos, se dio seguimiento al proceso de registro de aspirantes, se entregó la base de datos a la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud y se brindó apoyo técnico especializado para la aplicación del examen de conocimientos, mediante el Sistema Electrónico Educatest y su publicación de resultados en el portal institucional.

En relación al sistema de registros de médicos residentes y de pregrado, se brindó apoyo técnico y se elaboró respaldo de la base de datos del sistema con la finalidad de que los responsables de la información tengan un acceso independiente que les permita la generación de estadísticas y reportes.

Asimismo, se continúa con la implementación en la Intranet, de la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), favoreciendo la continuidad a la iniciativa de digitalizar procesos dentro de la Institución.

Se apoyó a la Unidad de Calidad en el desarrollo y validación del buzón electrónico de quejas, sugerencias y reconocimientos en el portal institucional; lo que permitirá que los usuarios cuenten con una herramienta más de comunicación con la institución.

Se registraron las siguientes publicaciones en el Portal Institucional:

- Ocho licitaciones.
- Tres en la sección del Comité de Mejora Regulatoria Interna
- Ocho encuestas (gastos catastróficos, donación de sangre, cita para elaboración de estudio socioeconómico, tabulador de cuotas, contratos, estadísticas, solicitudes de información y calidad).
- Actualización y homologación de las secciones de transparencia (Transparencia, Normatividad, Comité de Información, Transparencia Focalizada, Indicadores de Programas Presupuestarios, Recomendaciones dirigidas al Hospital Juárez de México, Estudios y Opiniones, Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana).

En lo referente a redes y conectividad, la disponibilidad del acceso a la red de datos institucional se mantuvo en 99%, y el acceso al servicio de Internet de la red NIBA se encontró en 98%. También, se puso en marcha en seis ocasiones el plan de contingencia de acceso al servicio de internet de la red de TELMEX, con la finalidad de mantener el nivel de acceso global del 99%.

4. Archivo Clínico

Durante el primer semestre de 2016, el Archivo Clínico del Hospital, llevó a cabo las siguientes actividades:

Actividad	Número
Apertura de expediente en consulta externa	16,800
Préstamo de expediente a consulta externa	144,000
Préstamo de expediente a médicos residentes	2,400
Préstamo de expediente para resumen clínico	1,800
Expedientes depurados	52,925

Se han implementado estrategias para fortalecer el uso adecuado y correcto del expediente clínico, concientizando a los usuarios del mismo para evitar retrasos en la atención médica de los pacientes, mediante controles como: elaborar vale por cada expediente prestado y dejar gafete de identificación, limitar el acceso a personal no autorizado y que la revisión de expedientes para protocolos de investigación se efectúa dentro del Archivo Clínico.

5. Trabajo Social

El área de Trabajo Social, durante el periodo de enero a junio del 2016, contó con un total de 49 trabajadoras sociales, una menos con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 50 trabajadoras, debido a la jubilación de una de ellas.

El número de estudios socioeconómicos realizados durante el primer semestre de 2016 por cada trabajador social, fue de 204, mostrando un incremento del 11%, en comparación con el mismo periodo de 2015, en el que se realizaron 184 estudios socioeconómicos por cada trabajador social.

En relación al índice de No. de camas / No de trabajadores sociales, fue de 20, debido a que se asignaron 19 trabajadores sociales para el área de hospitalización en los diferentes turnos, en comparación de 2015 que fue de 30 con 18 trabajadores sociales.

El promedio de casos nuevos atendidos / No de trabajadores sociales, fue de 173, mostrando un incremento del 12%, con respecto al mismo periodo de 2015 que fue de 153 casos.

Además, se realizaron las siguientes actividades:

Concepto	1er. Semestre 2015	1er. Semestre 2016
Actividades administrativas	83,824	93,053
Actividades de coordinación	24,027	24,619
Trámites hospitalarios	22,870	25,263
Notas de seguimiento de caso	31,204	31,847
Visitas domiciliarias	44	31

- Se incorporaron al Programa de Gastos Catastróficos a 224 pacientes.
- Se otorgaron 211 pláticas de educación para la salud a pacientes y familiares pertenecientes a los servicios de Nefrología, Trasplante Renal, Medicina Física y Rehabilitación y Clínica de Obesidad.
- Se capacitó a 16 trabajadoras sociales en tópicos relacionados al ejercicio de la profesión.

6. Admisión

El Hospital cuenta con 387 camas censables, las cuales son coordinadas por el servicio de Admisión, efectuando los trámites administrativos para el ingreso y egreso de pacientes hospitalizados, además de levantar el censo diario para tener un control estricto de la disponibilidad de camas.

La distribución de las camas censables, se encuentra de la siguiente manera:

División de Cirugía		División de Medicina		División de Pediatría		División de Ginec Obstetricia	
Servicio	No.	Servicio	No.	Servicio	No.	Servicio	No.
Cirugía general	47	Geriatría	9	Cirugía pediátrica	16	Ginecología	25

Cirugía cardiovascular y torácica	6	Neurología	9	Medicina interna pediátrica	8	Obstetricia	12
Oncología	48	Reumatología	2	Infectología pediátrica	10		
Urología	9	Medicina interna	30	Nefrología pediátrica	6		
Cirugía maxilofacial	3	Nefrología	12	Neonatología	21		
Neurocirugía	12	Hematología	15	Ortopedia pediátrica	6		
Cirugía plástica y reconstructiva	6	Gastroenterología	12				
Otorrinolaringología	6	Cardiología	12				
Oftalmología	4	Endocrinología	3				
Ortopedia y traumatología	16	Neumología	10				
Oncología pediátrica	6						
Total	163		144		67		37

Además, se cuenta con seis camas censables que corresponden al servicio de Infectología, el cual está a cargo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

El servicio de admisión se coordina con el personal de Enfermería, Trabajo Social, Archivo Clínico e Informes, para eficientar el ingreso de pacientes al área de Hospitalización con la finalidad de proporcionar una atención de calidad, que satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios. También se cuenta con el área de Admisión en Urgencias que se encarga de la apertura de expedientes clínicos de primera vez a aquellos pacientes que ameriten continuar su atención médica en la Institución.

7. Departamento de Organización y Gestión de Procesos

Durante el primer semestre de 2016, el Departamento de Organización y Gestión de Procesos ha realizado las siguientes acciones:

Se analizaron y revisaron 46 Manuales de Organización Específicos y 203 Procedimientos de 50 servicios correspondientes a las siguientes áreas: Médica, Planeación Estratégica, Investigación, Administración, Unidad de Enseñanza, Unidad Jurídica y Órgano Interno de Control; lo que permitió identificar la falta de un enfoque sistémico e interrelación en los procedimientos de los servicios que intervienen en procesos de atención y gestión. Además, se observó que los Manuales carecen de relación entre la misión del servicio, las funciones y los procedimientos descritos, por lo cual se emitieron recomendaciones específicas y se diseñaron estrategias para mejorar la congruencia de los procesos en cada una de las actividades descritas en los Manuales, mediante un desarrollo lógico y cronológico apegado a la Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos y de procedimientos de la Secretaría de Salud.

8. Unidad de Planeación y Evaluación

Al periodo que se reporta se logró un cumplimiento del 50% en el uso del tablero de indicadores hospitalarios, con respecto a la meta anual programada del 80%. Este resultado se debió a que 10 usuarios de las áreas de Administración, Enseñanza, Atención Médica y Planeación; cuentan con acceso al tablero de indicadores hospitalarios.

Se revisó, analizó e integró la información estadística del área Médica, Investigación, Enseñanza y Administración para la formulación del Informe de autoevaluación del Director General 2015 y el Reporte de Gestión correspondiente al primer trimestre de 2016. Asimismo, se elaboraron las carpetas de la Primera y Segunda Sesión Ordinaria 2016 de la H. Junta de Gobierno.

Se cumplió en tiempo y forma con los reportes solicitados por la Secretaría de la Función Pública, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, y el Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México.

Los informes presentados durante el primer semestre de 2016, son los siguientes:

- Informe del Sistema de Evaluación del Desempeño, correspondiente al periodo enero-junio 2016.
- Reporte de indicadores correspondiente a los periodos enero-mayo (avance de Cuenta Pública) y enero-junio de 2016, de los programas presupuestales E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud” y E023 “Atención a la salud”.
- Informe del cumplimiento de los compromisos adquiridos en las Bases de Colaboración y los resultados en las metas de los Indicadores del Programa de Gobierno Cercano y Moderno (PGCM), en materia de Presupuesto Basado en Resultados, correspondiente al segundo trimestre de 2016.
- Informe del seguimiento del desempeño, correspondiente al periodo enero-junio 2016, para presentarlo en el Comité de Control y Desempeño Institucional.

Evaluación del desempeño institucional a través del Modelo Sintético del Desempeño de los programas presupuestales E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud” y E023 “Atención a la salud”, correspondiente al periodo enero-junio de 2016.

Se colaboró en la elaboración, revisión e integración del Programa Anual de Trabajo 2016 de las Direcciones de área, Unidad de Transparencia, Departamento de Organización y Gestión de Procesos. Además de entregar un ejemplar a cada una de las Direcciones de área.

Otros Aspectos.

Informe sobre Sesiones de Comités Internos

Derivado de la reestructuración de los comités, se diseñó un procedimiento en la Dirección de Planeación Estratégica, para llevar un control y seguimiento de los Comités y los acuerdos generados, dicho procedimiento fue autorizado en junio de 2016.

Logros de la Dirección de Planeación Estratégica

- Reestructuración del equipo multidisciplinario para el análisis de los eventos adversos.
- Fortalecimiento de la imagen y posicionamiento institucional como líder de opinión y promotor de estilos de vida saludable.
- Desarrollo y validación del buzón electrónico de quejas, sugerencias y reconocimientos en el portal institucional.
- Se analizaron y revisaron 46 Manuales de Organización Específicos y 203 Procedimientos de 44 servicios, los cuales están estructurados con base a un enfoque sistémico.
- Evaluación del desempeño institucional a través del Modelo Sintético del Desempeño de los programas presupuestales E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud” y E023 “Atención a la salud”.

Debilidades de la Dirección de Planeación Estratégica

- Incremento en las cargas de trabajo por retraso en la entrega de la información por parte de las áreas generadoras.
- Equipo de cómputo obsoleto, con poco mantenimiento y limitada conectividad a la red (internet y red local).
- Personal insuficiente para dar cumplimiento a mayores responsabilidades.
- Falta de equipo ergonómico y espacio físico reducido y disperso.
- Falta de generación de indicadores propios de mejora de la calidad.
- Incertidumbre en el estatus de la contratación del personal y área de adscripción.

Avances del Programa de Trabajo 2016.

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2016, de la Dirección de Planeación Estratégica:

Para fortalecer la calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes, se realizó la encuesta de aval ciudadano a 208 usuarios, logrando un cumplimiento del 77.7% con relación a la meta anual programada del 85%. Este resultado se debió a que los usuarios encuestados manifestaron sentirse satisfechos en los rubros de Trato recibido, Tiempo de espera, Interacción médico-paciente, y la Información recibida sobre su padecimiento y tratamiento.

Con la finalidad de establecer un programa de auditorías que permita llevar a cabo identificación de riesgos y problemas en los procesos de atención clínica, se llevó a cabo la auditoría clínica relacionada con "Instalación de catéter venoso central en pacientes oncológicos adultos".

Durante el primer semestre de 2016, se logró un cumplimiento del 50% en el uso del tablero de indicadores hospitalarios, con respecto a la meta anual programada del 80%. Este resultado se debió a que 10 usuarios de las áreas de Administración, Enseñanza, Atención Médica y Planeación; tienen acceso al tablero de indicadores hospitalarios.

A fin de elaborar la planeación anual de los Comités hospitalarios que permita efficientar tiempos y procesos, mejorar el control en el seguimiento de acuerdos y la sistematización del funcionamiento de los mismos; se realizaron 67 sesiones de comités hospitalarios con relación a las 88 sesiones programadas, logrando un 76.1% en el cumplimiento del indicador.

En el primer semestre de 2016, se realizaron un total de 172 publicaciones en el Portal Institucional, con relación a la meta anual programada de 188, lo que representa un cumplimiento del 82.7%. Del total de publicaciones alcanzadas, 165 corresponden a actividades médico asistenciales, académicas y culturales que se llevan a cabo en el Hospital, y siete en materia de Transparencia Focalizada (Gastos Catastróficos, Cita para donación de sangre, cita para elaboración de estudio socioeconómico, Tabulador de Cuotas, Contratos, Estadísticas y Solicitudes de Información).

Con el propósito de establecer una base de datos centralizada para normalizar la información básica del paciente con el objetivo de integrar nuevas funcionalidades, cumplir con los lineamientos de la Estrategia Digital de Salud y el Censo Nacional de Pacientes, durante el periodo de reporte se consideró implementar para la primera fase, cuatro módulos del Sistema de Gestión de Pacientes (SGP), correspondientes a las áreas de Admisión Hospitalaria, Estadística, Archivo Clínico, Urgencias y áreas de Recursos Financieros; los cuales se encuentran en fase de pruebas. Este resultado se debió a que se realizó un análisis de procesos, para determinar las necesidades para la implementación de un SGP.

Programa de Trabajo 2016

Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Planeación Estratégica
Nombre del Programa Presupuestal: No Aplica.
Responsable: Dra. María Isabel Villegas Mota

No.	Objetivo	Estrategia	Lineas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Impulsar un sistema de gestión por procesos para satisfacer las expectativas de los usuarios.		1.1.15 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	Porcentaje de satisfacción del paciente de la encuesta de aval ciudadano. V1: Sumatoria de Satisfacción por tópico / V2: Número total de tópicos	765 _____ = 85 9	Semestral	N/A	$\frac{544}{7} = 77.7\%$ Al periodo que se reporta se logró un cumplimiento del 77.7% en el porcentaje de satisfacción del paciente de la encuesta de aval ciudadano, con relación a la meta programada del 85%. Este resultado se debió a que los usuarios encuestados manifestaron estar satisfechos en los rubros de trato recibido, tiempo de espera, interacción médico-paciente, y la información recibida sobre su padecimiento y tratamiento.
2			1.1.18 Reestructura de auditorías internas.	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas. V1: Número de auditorías clínicas realizadas / V2: Número de auditorías clínicas programadas x 100	2 _____ = 67% 3	Semestral	N/A	$\frac{1}{3} = 33.3\%$ Se tuvo un cumplimiento del 33.3% en el porcentaje de auditorías clínicas incorporadas, con respecto a la meta programada del 67%, debido a que únicamente se realizó la auditoría "Instalación de catéter venoso central en pacientes oncológicos adultos".
3	Consolidar el Tablero de Indicadores Hospitalarios que permita contar con información oportuna, veraz y confiable, que conlleve al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. Coadyuvar en materia de programación de metas a las diferentes áreas, departamentos o servicios para alinearlos a los objetivos institucionales o sectoriales. Compilar y analizar la información de los procesos de áreas sustantivas y de apoyo del Hospital, así como preparar los informes respectivos y someterlos a la Dirección General para su presentación ante instancias superiores.	1. Calidad y Seguridad.	1.2.1 Desarrollo del tablero gerencial de indicadores de calidad y seguridad.	Porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios entre jefes de división y de servicio. V1: Número de servicios a los que se les instaló el tablero de indicadores hospitalarios / V2: Número de servicios programados para instalación de tablero de indicadores hospitalarios x 100	16 _____ = 80% 20	Semestral	N/A	$\frac{10}{20} = 50\%$ Al periodo que se reporta se logró un cumplimiento del 50% en el uso del tablero de indicadores hospitalarios, con respecto a la meta anual programada del 80%. Este resultado se debió a que 10 usuarios de las áreas de: Unidad de Enseñanza: Jefatura del CECAD, Jefatura de Posgrado, Jefatura de Educación Continua, y Jefatura de la Coordinación de Ciclos Clínicos y Servicio Social. Dirección Médica: Director Médico. Dirección de Administración: Subdirección de Recursos Financieros. Dirección de Investigación: Jefatura de la División de Investigación. Dirección de Planeación Estratégica: Directora de Planeación Estratégica, Jefatura del Departamento de Gestión de Procesos y Jefatura de la Unidad de Planeación y Evaluación.
4	Elaborar la planeación anual de los comités hospitalarios que permita eficientar tiempos y procesos, mejorando el control en el seguimiento de acuerdos.		1.2.2. Sistematización del funcionamiento de los comités hospitalarios.	Porcentaje de sesiones de comités hospitalarios realizadas. V1: Número de sesiones de comités realizadas / V2: Número de sesiones de comités programadas x 100	66 _____ = 75% 88	Semestral	N/A	$\frac{67}{88} = 76.1\%$ Se tuvo un cumplimiento del 76.1% en el porcentaje de sesiones de comités realizadas con respecto a la meta programada del 75%. Este resultado se debió a que durante el primer semestre de 2016, los Comités sesionaron en 67 ocasiones.
5	Certificar al Hospital como Hospital Seguro ante Protección Civil de la Secretaría de Gobernación.		1.2.3. Certificación como Hospital Seguro.	Porcentaje de cumplimiento de los documentos de evaluación de Hospital Seguro. V1: Número de documentos desarrollados / V2: Total de documentos solicitados x 100	5 _____ = 45% 11	Semestral	N/A	$\frac{1}{11} = 9\%$ Durante el periodo de reporte se integro el Programa de Capacitación en Materia de Protección Civil el cual corresponde a uno de los rubros necesarios para la evaluación de Hospital Seguro.
6	Generar propuestas de mejora a la estructura, procesos y resultados de las funciones sustantivas y de apoyo del hospital.		1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad.	Porcentaje de planes de integración de sistemas desarrollados para certificación. V1: Número de planes desarrollados / V2: Número total de planes x 100	2 _____ = 40% 5	Semestral	N/A	$\frac{1}{5} = 20\%$ Durante el periodo de reporte se desarrollo el Plan orientado al Manejo y Uso de los Medicamentos, correspondiente a uno de los cinco sistemas críticos que indica el modelo del Consejo de Salubridad General

7	<p>Informar a la ciudadanía y a la opinión pública, sobre las acciones y programas que lleva a cabo el Hospital Juárez de México, mediante el uso de medios de comunicación tradicionales y las nuevas tecnologías de la información.</p> <p>Informar a los servidores públicos del Hospital Juárez de México, sobre los logros y actividades que se llevan a cabo en la institución para incrementar el sentido de pertenencia, la cultura de calidad y el grado de motivación en el trabajo.</p>	5.1.1 Transparencia Proactiva. 5.2.1 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - medios digitales. 5.2.2 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas. 5.2.3 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos. 5.2.4 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - cultura de calidad.	<p>Porcentaje de publicaciones anuales en el portal institucional.</p> <p>V1: Número de notas publicadas en el portal realizadas / V2: Número de notas publicadas en el portal programadas x 100</p>	<p>187</p> <p>_____ = 90%</p> <p>208</p>	Semestral	N / A	<p>172 _____ = 82.7% 208</p> <p>Se tuvo un cumplimiento del 82.7% en el porcentaje de publicaciones anuales en el portal institucional, con relación a la meta programada de 90%. Este resultado se debió a que durante el primer semestre de 2016, se publicaron un total de 172 publicaciones en el portal institucional, de las cuales 165 corresponden a actividades médico asistenciales, académicas y culturales que realiza el Hospital y 7 relacionadas a Transparencia Focalizada (Gastos Catastróficos, Cita para donación de sangre, cita para elaboración de estudio socioeconómico, Tabulador de Cuotas, Contratos, Estadísticas y Solicitudes de Información).</p>
8	5. Transparencia, Comunicación y Tecnología.	5.2.5 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - satisfacción laboral. 5.2.6 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - comunicación efectiva.	<p>Porcentaje de encuestas realizadas para determinar clima y comunicación organizacional.</p> <p>V1: Número de encuestas sobre el clima y organización institucional realizadas / V2: Número de encuestas sobre el clima y organización institucional programadas x 100</p>	<p>2</p> <p>_____ = 100%</p> <p>2</p>	Semestral	N / A	<p>0 _____ = 0% 2</p> <p>Durante el periodo de reporte no se tiene avance en el cumplimiento del indicador, debido a que la Encuesta de Comunicación Organizacional se encuentra en proceso de validación por parte de un comité de expertos para su aplicación en el segundo semestre del 2016 y la Encuesta de Clima Laboral está en la fase de diseño.</p>
9	<p>Promover acciones coordinadas para el rediseño del nuevo modelo de Gestión Hospitalaria.</p> <p>Propiciar e implementar los procesos de mejora continua de la calidad en la atención.</p>	5.3.3 Implementación de un SGP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<p>Porcentaje de módulos implementados del Sistema de Gestión de Pacientes (SGP).</p> <p>V1: Número de módulos implementados SGP / V2: Número de módulos SGP programados x 100</p>	<p>4</p> <p>_____ = 25%</p> <p>16</p>	Semestral	N / A	<p>4 _____ = 25% 16</p> <p>Se tuvo un cumplimiento del 25% en el porcentaje de módulos implementados del Sistema de Gestión de Pacientes (SGP). Este resultado satisfactorio se debió a que se realizó un análisis de procesos, para determinar las necesidades para la implementación de un SGP, considerando para la primera fase a las áreas de Admisión Hospitalaria, Archivo Clínico, Urgencias y áreas de Recursos Financieros. Cabe señalar, que se tiene implementado los 4 módulos en fase de pruebas, capacitando con ello a las áreas de Admisión y Archivo.</p>