

Informe de enero - diciembre 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

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 (3)	Eficiencia terminal de médicos especialistas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento en un 100.0% de eficiencia terminal de médicos especialistas, con respecto a la meta programada de 100.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que ingresaron tres médicos más a los cursos de alta especialidad, de los cuales dos son de cirugía de columna y uno de ecocardiografía. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador es adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador es adecuado.
	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtienen constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico	133	133	136			
	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico x 100	133	133	136			
PROPÓSITO (5)	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.7	99.7	97.0	2.7	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 2.7% en el porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 99.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que de los 6,381 profesionales de salud que se estimó se inscribirían a los cursos de educación continua, únicamente se logró que se inscribiera el 87.4%, debido a que se cancelaron algunos cursos por falta de participantes y en algunos cursos la asistencia fue menor a la estimada; impactando este resultado en el número de profesionales que recibieron constancia de conclusión de estudios, aunado a no cumplir con la asistencia requerida del 80%. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Los profesionales de la salud que no son actualizados, pierden la oportunidad de mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Se implementarán acciones para una mejor difusión de las actividades académicas programadas. Mejora la calidad de los temas que se imparten en los cursos y los ponentes de los mismos, con la finalidad de atraer el interés en educación continua de los profesionales de la salud internos y externos.
	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución	6,365	6,365	5,414			
	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	6,381	5,580			
COMPONENTE (6)	Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento en un 100.0% de porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior de 80 puntos, con respecto a la meta programada de 100.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que la encuesta emitida por la CCINSHAE aplicada a los médicos en formación mostró resultados iguales o superiores al 80%. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador es adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador es adecuado.
	Número de cursos de formación de posgrado impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad por parte de los médicos en formación superior a 80 puntos	36	36	36			
	Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el periodo x 100	36	36	36			

Informe de enero - diciembre 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:

NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
COMPONENTE (8)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	98.9	98.9	93.5	5.5	AMARILLO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 5.5% de eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 98.9%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que, de los 93 cursos de educación médica continua programados, únicamente se impartieron 87, a causa de la cancelación de cursos por falta de asistentes.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Los profesionales de la salud que no son actualizados, pierden la oportunidad de mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad y no cumplir con el objetivo institucional.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Se implementarán acciones para una mejor difusión de las actividades académicas programadas. Mejora la calidad de los temas que se imparten en los cursos y los ponentes de los mismos, con la finalidad de atraer el interés en educación continua de los profesionales de la salud internos y externos.</p>
	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	92	92	87			
	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	93	93	93			
COMPONENTE (9)	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	69.8	69.8	73.5	5.3	AMARILLO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 5.3% en el porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 69.8% que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que se registró una disminución del 8.0% de profesionales externos en los cursos de educación continua con relación a los participantes externos programados, a causa de la cancelación de los cursos de educación continua.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Los profesionales de la salud que no son actualizados, pierden la oportunidad de mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad y no cumplir con el objetivo institucional.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Se implementarán acciones para una mejor difusión de las actividades académicas programadas. Mejora la calidad de los temas que se imparten en los cursos y los ponentes de los mismos, con la finalidad de atraer el interés en educación continua de los profesionales de la salud internos y externos.</p>
	Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	4,455	4,455	4,099			
	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100	6,381	6,381	5,580			
COMPONENTE (10)	Percepción sobre la calidad de la educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	9.4	9.4	9.1	3.2	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior 3.2% en la percepción sobre la calidad de la educación continua, con respecto a la meta programada de 9.4% 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 las siguientes causas: Para el periodo de enero a septiembre de 2016, la distribución del cálculo de la meta en ambas variables, presentó un error.</p> <p>Asimismo, se observó que en los cursos de "Exploración neurológica", "VIII Curso taller de nutrición clínica y metabolismo" y "3er Curso taller de intoxicaciones, envenenamientos y desastres químicos", solamente el 68% de los participantes en esos cursos, llenó la encuesta de percepción de la calidad.</p> <p>Además, la baja inscripción y la cancelación de los cursos impactaron en el resultado del indicador; sin embargo, la percepción de la calidad en los cursos fue de 9.1.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: No calcular adecuadamente la programación de las metas y no cumplir con el objetivo institucional. Dificultad para conocer</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	58,001	44,195			

Informe de enero - diciembre 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	6,200	6,200	4,858			la calidad de los cursos y la oportunidad de mejorarlos. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Vigilar la correcta programación de la meta y supervisar el proceso de la aplicación de las encuestas de la percepción de la calidad de los cursos de educación continua. Se implementarán acciones para resaltar la importancia del cumplimiento en el llenado adecuado de la encuesta, por parte de los asistentes a los cursos de educación continua.
ACTIVIDAD (12)	Porcentaje de cobertura de matrícula requerida FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.1	99.1	100.0	0.9	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior 0.9% en el porcentaje de cobertura de matrícula requerida, con respecto a la meta programada de 99.1%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se logró un cumplimiento satisfactorio obedece a que el Hospital pudo ofertar campos clínicos de especialidad y alta especialidad a un total de 438 profesionales de la salud de posgrado nacionales y extranjeros. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador es adecuado.
	Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (becas o matrícula)	421	421	438			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador es adecuado.
	Número de espacios educativos de posgrado requeridos de acuerdo a las necesidades institucionales x 100	425	425	438			
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de postulantes aceptados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	65.9	65.9	61.4	6.8	AMARILLO	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 6.8% en el porcentaje de postulantes aceptados, con respecto a la meta programada de 65.9% que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que la Institución aceptó a 112 profesionales de la salud nacionales y 23 extranjeros para realizar estudios de posgrado, sin embargo, debido a la cancelación de becas por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, no se aceptó a 10 candidatos seleccionados. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: La falta de becas repercute en la formación de médicos especialistas.
	Número de candidatos seleccionados por la institución para realizar estudios de posgrado	145	145	135			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Gestionar ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud oportunamente el incremento de becas asignadas al Hospital Juárez de México.
	Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 100	220	220	220			
ACTIVIDAD (14)	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.7	99.7	87.2	12.5	ROJO	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior 12.5% de eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 99.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que, de un total de 6,381 profesionales de la salud que se proyectó se inscribirían a los cursos de actualización, solamente se inscribieron 5,580, lo cual refleja una diferencia de 12.6%, debido a que en algunos cursos hubo menos participantes inscritos y fueron cancelados.
	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	6,381	6,381	5,580			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Los profesionales de la salud que no son actualizados, pierden la oportunidad de mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad.
	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	6,401	6,401			

Informe de enero - diciembre 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:

NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

NIVEL MML	INDICADORES DEFINICIÓN	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
	Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100	44	44	44			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Implementar acciones que permitan cuidar la capacidad máxima programada de asistentes con base al número de profesores, aulas y recursos disponibles en el Hospital.
ACTIVIDAD (4)	Porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	40.7	40.7	40.7	0.0	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0% en el porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación, con respecto a la meta programada de 40.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	Número de temas detectados que se apegan a las funciones de los servidores públicos	44	44	44			El cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que se identificaron 44 temas apegados a las funciones de los servidores públicos (34 de conocimiento, 7 de habilidad y 3 de aptitud), mismos que se incorporaron al Programa Académico de Actividades 2016.
	Número de temas incluidos en el Programa Anual de Capacitación x 100	108	108	108			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.

PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD "

FIN (1)	Índice de investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	73.7	73.7	54.5	26.1	ROJO	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 26.1% en el Índice de investigadores institucionales de alto nivel con respecto a la meta programada de 73.7%, que lo sitúa en semáforo de color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que de los 14 profesionales de la salud con nombramiento vigente de las categorías D-F del SII más investigadores vigentes en el SNI que se tenían programados, una investigadora ICM "C" no logró la permanencia en el nivel I en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y otra investigadora ICM "D" con nivel II en el SNI se jubiló en junio de 2016.
	Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de las categorías D-F del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	14	14	12			Además, con relación a los 19 investigadores totales programados, se logró que tres Jefes del área médica participaran en la Convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, alcanzando su nombramiento de ICM "A", por lo tanto al cierre del ejercicio 2016, el Hospital contó con 22 investigadores del SII y/o investigadores vigentes en el SNI.
	Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	19	19	22			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El no contar con el número de Investigadores Institucionales de alto nivel que necesita el Hospital, se contribuiría con una menor productividad científica. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Impulsar la participación de los investigadores en las convocatorias para el ingreso al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Ocupar la plaza vacante con un investigador de alto nivel que cumpla con los requisitos para el Ingreso al SNI y al SII.

Informe de enero - diciembre 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	
PROPÓSITO (3)	Tasa de variación de productividad científica de Impacto alto respecto al año previo FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	30.8	30.8	38.5	25.0	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 25.0% en la tasa de variación de productividad científica de impacto alto respecto al año previo, en relación a la meta programada de 30.8%, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que un artículo de nivel III se anticipó su publicación, a causa de que su proceso de revisión por pares fue oportuno, resultado de la calidad y relevancia del artículo. Es importante mencionar que el proceso de revisión y publicación por parte de las revistas con alto impacto está sujeto a múltiples variables ajenas al investigador y al Hospital, lo cual dificulta su programación.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, el contar con una publicación anticipada podrían impactar en la productividad científica para el siguiente año.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</p>
	Artículos científicos publicados en revistas (niveles III a VII) en el año actual	17	17	18			
	Artículos científicos publicados en revistas indexadas (niveles III a VII) del año previo	13	13	13			
PROPÓSITO (4)	Porcentaje de artículos científicos publicados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	77.3	77.3	38.8	49.8	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 49.8% en el porcentaje de artículos científicos publicados, con respecto a la meta programada de 77.3%, que lo sitúa en el semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a un mayor número de artículos científicos publicados por el Hospital; en el caso de artículos de impacto alto publicados en revistas niveles III a VII, un artículo de nivel III que se esperaba que fuera publicado en 2017, salió a finales de 2016, debido a su oportuno proceso de revisión por pares por la calidad y relevancia del artículo. Además, personal médico del Hospital sin nombramiento de investigador por el SII y/o SNI, participó con una publicación de nivel IV, la cual no se encontraba programada dentro de los 17 artículos científicos de impacto alto en el periodo. Lo que permitió que la Institución lograra publicar 19 artículos científicos de impacto alto.</p> <p>Con relación a los 22 artículos científicos totales publicados en revistas niveles I a VII programados, se logró alcanzar un total de 49 publicaciones, lo que representa 27 publicaciones adicionales (dos de nivel III, seis nivel II y 19 nivel I). Este resultado se debió a la publicación de 17 artículos de nivel I en la revista del Hospital Juárez de México, derivado de que dicha revista corrigió su retraso editorial, lo que llevó a un mayor número de publicaciones en el periodo. Además de lo anterior, se publicaron cuatro artículos en revistas nivel I y seis artículos en revistas nivel II, que no estaban considerados para el periodo.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, el contar con publicaciones anticipadas podría impactar con una menor productividad científica en el próximo año.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</p>
	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII) en el periodo	17	17	19			
	Artículos científicos totales publicados en revistas (niveles I a VII) en el periodo	22	22	49			
	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	1.1	1.1	1.5	36.4	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 36.4% en el promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel, en relación a la meta programada de 1.1, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original obedece a que una publicación de nivel III, que se esperaba que fuera publicada en 2017, salió a finales de 2016, debido al oportuno proceso de revisión por pares resultado de la calidad y relevancia del artículo. Es importante mencionar que el proceso de revisión y publicación por parte de las revistas con alto impacto está sujeto a múltiples variables ajenas al investigador y al Hospital, lo cual dificulta su programación.</p>

Informe de enero - diciembre 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	
PROPÓSITO (5)	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	17	18			<p>Con respecto a los 15 investigadores programados vigentes en el Sistema Institucional en las categorías D, E y F, más investigadores vigentes en el SNI, el Hospital solo contó con tres profesionales de la salud con nombramiento vigente en las categorías D y F del SII más nueve investigadores vigentes en el SNI al cierre de 2016. Este resultado se debió a que dos investigadores no lograron su permanencia en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y otra investigadora ICM "D" con nivel II en el SNI se jubiló en junio de 2016.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, el contar con publicaciones anticipadas podría impactar con una menor productividad científica en el próximo año.</p> <p>El no contar con el número de Investigadores Institucionales de alto nivel que necesita el Hospital, se contribuiría con una menor productividad científica.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</p> <p>Impulsar la participación de los investigadores en las convocatorias para el ingreso al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).</p>
	Número total de investigadores vigentes en el Sistema Institucional (D,E y F) más investigadores vigentes en el SNI, en el periodo	15	15	12			
COMPONENTE (6)	Tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	18.8	0.0	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en la tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional de Investigadores en el año actual con respecto a la meta programada de 0%, que lo sitúa en semáforo de color verde.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original de los 16 investigadores vigentes en el Sistema Institucional de Investigadores, se debió a que se logró contar con 19 investigadores, a causa de que tres Jefes del área médica participaron en la Convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII), alcanzando un nombramiento de ICM "A".</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, sin embargo, el contar con un mayor número de Investigadores en el SII con categoría "A" diluye el promedio de productividad científica por investigador.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Propiciar la participación de los investigadores para la promoción en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).</p>
	Investigadores vigentes en el Sistema Institucional de investigadores en el año actual	16	16	19			
	Investigadores vigentes al Sistema Institucional de investigadores en el año previo	16	16	16			
COMPONENTE (10)	Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	632.5	632.5	-6.0	100.9	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 100.9% en la tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud con respecto a la meta programada de 632.5%, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió al recorte del presupuesto para el Hospital, ejerciéndose un presupuesto autorizado por un monto de \$2,820,000.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El escaso financiamiento para el desarrollo de la investigación científica y desarrollo tecnológico de calidad, repercute en la productividad científica del Hospital.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</p>
	Presupuesto federal institucional destinado en investigación en el año actual	27,000,000	27,000,000	2,820,000			
	Presupuesto federal institucional destinado en investigación en el año previo	3,685,930	3,685,930	3,000,000			

Informe de enero - diciembre 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	
COMPONENTE (11)	Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	5.6	5.6	-67.2	1,300.0	ROJO	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 1300% en la tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación y desarrollo tecnológico para la salud, con respecto a la meta programada de 5.6%, que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió al recurso otorgado durante 2016 de la segunda etapa de dos proyectos CONACYT, uno del Fondo Sectorial de investigación en Salud y Seguridad Social (No. 233107) y otro del Fondo Institucional de CONACyT (PDCPN2013-01/216112).
	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año actual	95,000	95,000	574,000			Con respecto al presupuesto complementario destinado a investigación en el año previo, se estimó un monto de \$90,000, no obstante, se logró un presupuesto que correspondió a \$1,748,000 durante 2015, debido al recurso de la primera etapa de un proyecto del Fondo Sectorial de investigación en Salud y Seguridad Social (No. 233107) y de otro proyecto del Fondo Sectorial de Investigación para la Educación (No. 242506).
	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año previo	90,000	90,000	1,748,000			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El escaso presupuesto complementario para impulsar la investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, repercute en la productividad científica del Hospital. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de artículos científicos en colaboración FÓRMULA: VARIABLE1/ VARIABLE2 X 100	95.5	95.5	73.5	23.0	ROJO	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 23.0% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 95.5%, que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que, de los 22 artículos científicos publicados por la Institución en revistas I a VII, se publicaron 27 artículos adicionales. En el caso de artículos de impacto alto (niveles III a VII), se logró una publicación en colaboración anticipadamente, a causa de su rápido proceso de revisión por pares y por la calidad y relevancia de la investigación. Además, personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento de investigador por el SII y/o SNI, participó con una publicación adicional en colaboración (nivel IV).
	Artículos científicos publicados en revistas (I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que realizan investigación en el periodo	21	21	36			En el caso de los artículos de nivel I a II, se publicaron 17 artículos adicionales en la revista del Hospital Juárez de México (nivel I) de los cuales siete son en colaboración, como consecuencia de corregir el retraso editorial que presentaba. Además, se publicaron seis artículos en revistas de nivel II, de los cuales cinco son en colaboración, y cuatro artículos de nivel I, de los cuales tres fueron en colaboración, mismos que no se encontraban programados para el periodo. Lo antes descrito, permitió alcanzar 49 publicaciones totales por la Institución en revistas de niveles I a VII en el periodo, de las cuales 36 requirieron de colaboración.
	Total de artículos científicos publicados por la institución en revistas (I-VII) en el periodo	22	22	49			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, el contar con publicaciones anticipadas podría impactar con una menor productividad científica en el próximo año. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.
	Promedio de productos por investigador Institucional FÓRMULA: VARIABLE1/ VARIABLE2	1.3	1.3	1.9	46.2	ROJO	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 46.2% en el promedio de productos por investigador institucional, con respecto a la meta programada de 1.3, que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que, de los 25 productos totales programados se alcanzaron 42, de los cuales un artículo fue publicado de nivel III, siete artículos adicionales nivel I y tres artículos de nivel II que no estaban programados. Lo anterior, permitió que el Hospital alcanzara 36 artículos científicos de los niveles I a VII que, sumados a la publicación de un libro y cinco capítulos en libros de los investigadores, se encontraron dentro del SII y/o SNI. Históricamente...

Informe de enero - diciembre 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
ACTIVIDAD (14)	Productos totales producidos	25	25	42			<p>capítulos en libro por parte de los investigadores con nombramiento vigente en el SII y/o SIN, hicieron un total de 42 productos científicos por los 22 investigadores institucionales.</p> <p>Además, con relación a los 19 investigadores institucionales vigentes programados, se logró que tres Jefes del área médica participaran en la Convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, alcanzando su nombramiento de ICM "A", por lo tanto al cierre del ejercicio 2016, el Hospital contó con 22 investigadores del SII y/o investigadores vigentes en el SIN. Este resultado ocasionó que se diluyera la alta productividad alcanzada.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, el contar con publicaciones anticipadas podría impactar con una menor productividad científica en el próximo año.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</p>
	Total de Investigadores institucionales vigentes*	19	19	22			
ACTIVIDAD (15)	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, que lo sitúa en el semáforo de color verde.</p> <p>Se alcanzaron las metas de acuerdo a lo programado, no obstante, una plaza fue ocupada de forma interina, derivado de la jubilación de una investigadora ICM "F" y otra plaza se encuentra ocupada por una investigadora que está con licencia médica indefinida.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Plazas de investigador ocupadas en el periodo	16	16	16			
	Plazas de investigador autorizadas en el periodo	16	16	16			

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	4.4	64.2	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 64.2% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional con relación a la meta programada de 12.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que solamente a 1,426 pacientes referidos por otras instituciones se les abrió expediente clínico, derivado de que se cuenta con una política en el Hospital de sólo abrir expedientes a pacientes cuyo diagnóstico justifica continuar con su atención de especialidad.</p> <p>Cabe señalar, que todos los pacientes que requieren atención en la consulta externa de alguna especialidad y urgencias, son atendidos sin excepción alguna.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: No contar con antecedentes del paciente en caso de una nueva solicitud de atención médica y/o solicitud de información por alguna instancia.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Implementar una herramienta que no genere gastos como la apertura de un expediente clínico y que permita contar con toda la información de los pacientes.</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	4,320	1,426			
	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100	35,000	35,000	32,120			

Informe de enero - diciembre 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	
PROPOSITO (2)	<p align="center">Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	94.4	94.4	92.4	2.1	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 2.1% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada de 94.4%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que se egresaron por mejoría y curación a 1,154 pacientes y 1,646 egresos hospitalarios más con respecto a la meta programada en cada variable. Este resultado se debió a la demanda de la población usuaria de recibir atención médica especializada con calidad a sus enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos complejos, lo cual incrementó el número de pacientes hospitalizados.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	17,000	17,000	18,154			
	Total de egresos hospitalarios x 100	18,000	18,000	19,646			
COMPONENTE (3)	<p align="center">Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	91.3	91.3	83.9	8.1	AMARILLO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 8.1% en porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con relación a la meta programada de 91.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que el 16.1% de los usuarios encuestados manifestaron una mala percepción en cuanto a la información y orientación proporcionada en los módulos de atención, cajas, vigilancia y por parte del servicio de trabajo social. Además, inconformidad por la falta de insumos y limpieza en los sanitarios.</p> <p>Los servicios en los cuales se aplicaron las encuestas fueron Consulta Externa, Biología de la Reproducción Humana, Ginecología, Pediatría, Neurología, Cirugía General, Oftalmología, Oncología y Medicina Interna.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Deterioro de la imagen del Hospital e incremento de las quejas por una atención o información inadecuada.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Capacitar al personal con funciones directas en la atención del paciente en el aspecto de trato digno a los usuarios.</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	2,191	2,014			
	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	2,400	2,400	2,400			
COMPONENTE (4)	<p align="center">Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0% en el porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas respecto al total realizado, con relación a la meta programada de 100%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que, a pesar de haber tenido un cumplimiento del 100.0%, la meta programada de 168,084 sesiones de rehabilitación especializadas en ambas variables no se alcanzaron en un 15.5%, a causa de la reducción en la plantilla del personal del servicio y de pasantes técnicos en fisioterapia. Asimismo, de encontrarse fuera de servicio desde junio el tanque terapéutico.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El retraso en el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas programadas para cada paciente propicia una</p>
	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	168,084	168,084	141,969			

Informe de enero - diciembre 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	
	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	168,084	168,084	141,969			<p>permanencia mayor de los pacientes en el servicio de rehabilitación, perjudicando su oportuna recuperación funcional del paciente que le permita reintegrarse a sus labores habituales.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales.</p>
COMPONENTE (5)	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	86.6	86.6	52.1	39.8	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 39.8% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con relación a la meta programada de 86.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que se consideró que el 86.6% de sus procedimientos ambulatorios serían de alta especialidad; sin embargo, solamente el 52.1% lo fue. No obstante, se cuenta con un mejor registro de los procedimientos de diagnóstico realizados a partir de junio, ya que se detectaron y corrigieron inconsistencias en la herramienta de registro, logrando realizar al periodo de reporte un total de 34,563 procedimientos de los cuales 18,012 fueron de alta especialidad. Asimismo, se trata de un indicador de nueva incorporación, por lo tanto, se carece de antecedentes para su programación de metas.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Incremento en el diferimiento en las citas otorgadas y saturación de los servicios médicos de alta especialidad.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales.</p> <p>Elaborar un catálogo de procedimientos ambulatorios de diagnósticos de alta especialidad. Además, de implementar una herramienta efectiva de registro y capacitar al personal encargado de la captura de la información.</p>
	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	9,472	9,472	18,012			
	Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100	10,932	10,932	34,563			
COMPONENTE (6)	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	79.9	79.9	75.4	5.6	AMARILLO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 5.6% en el porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con relación a la meta programada de 79.9%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, obedece a un incremento de 756 en la demanda de procedimientos terapéuticos de alta especialidad solicitados por los servicios de Gastroenterología, Oncología, Medicina Interna, Cirugía General, entre otros. Asimismo, se registró un incremento de 1,040 en el total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados. Este resultado se debió a que el Hospital cuenta con insumos y tecnología adecuada en forma ininterrumpida para atender todas las solicitudes de estudios oportunamente y al contar con un catálogo amplio de procedimientos terapéuticos en el Hospital, se brinda una atención médica oportuna e integral a los pacientes ambulatorios, evitando una hospitalización innecesaria, lo que disminuye los costos para el paciente y también la erogación de recursos económicos para la Institución.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Mayor diferimiento para el otorgamiento de citas, disminución en la calidad en la atención por un número mayor de pacientes.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales.</p> <p>Gestionar el incremento de recursos humanos para la atención médica de los pacientes, mantenimiento y/o sustitución de equipo médico que evite la suspensión de procedimientos por el deterioro prematuro del instrumental.</p>
	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	506	506	1,262			
	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	633	633	1,673			

Informe de enero - diciembre 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	
COMPONENTE (7)	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	98.8	98.8	101.8	3.0	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 3.0% en la eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta), con relación a la meta programada de 98.8%, que lo 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 la capacidad que tiene el Hospital para otorgar consultas externas de primera vez, subsecuentes y preconsultas, por lo cual se realizaron 6,718 consultas más, beneficiando a la población usuaria que es atendida en las especialidades con las que se cuenta en la Institución de acuerdo con su objetivo primordial que es la atención médica, ya que su situación geográfica lo convierte en altamente demandado por la falta de especialidades en los hospitales cercanos, sobre todo en las especialidades de Hematología, Oncología, Angiología, Cirugía de Tórax y Vasculatura Periférica.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	219,850	219,850	226,568			
	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta) x 100	222,500	222,500	222,500			
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	91.3	86.3	5.5	AMARILLO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 5.5% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con relación a la meta programada de 91.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que 82 de los pacientes encuestados refieren no haber recibido información completa y clara sobre su estado de salud.</p> <p>Las encuestas fueron aplicadas en los servicios de Ginecología, Pediatría, Cirugía General y Ortopedia.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Deterioro de la imagen del Hospital e incremento de las quejas por una atención o información inadecuada.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Capacitar al personal con funciones directas en la atención del paciente en el aspecto de trato digno a los usuarios.</p>
	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	548	518			
	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	600	600	600			
COMPONENTE (9)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	82.1	82.1	82.8	0.9	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 0.9% en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados con forma a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 82.1%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a las acciones implementadas de la participación de los jefes, médicos residentes y adscritos de diferentes servicios médicos, así como a la promoción permanente de los médicos becarios en la vigilancia de la revisión de los expedientes clínicos, lo que permitió cumplir con la meta programada y con los objetivos institucionales de brindar una atención adecuada a los pacientes del Hospital, y contar con información completa y confiable.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	414	414	429			
	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	504	504	518			

Informe de enero - diciembre 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	
COMPONENTE (10)	<p align="center">Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	66.7	66.7	66.7	0.0	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100.0% en el porcentaje de auditorías clínicas incorporadas, con relación a la meta programada de 66.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que de las tres auditorías clínicas programadas, se dio cumplimiento a dos de ellas en los tópicos de instalación de catéter venoso central en el servicio de Oncología y prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos.</p> <p>La auditoría clínica realizada en el rubro de catéter venoso central, permitió implementar diez barreras de seguridad en la instalación de catéteres en el servicio de Oncología, que incluyen el requisitado correcto del consentimiento informado, la posición adecuada del paciente, uso de barreras máximas estériles, antisepsia de la región de inserción, anestesia local en sitio de punción, delimitar el número de punciones, registro de la longitud del catéter, fijación del catéter, verificación de la punta y reporte de complicaciones.</p> <p>La auditoría realizada en el rubro de las úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, permitió determinar barreras de seguridad dirigidas a la evaluación del riesgo a desarrollar úlceras por presión, reforzar el cambio de posición, colocación de apósito hidrocelular y aplicación de petrolato.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de auditorías clínicas realizadas	2	2	2			
	Número de auditorías clínicas programadas x 100	3	3	3			
COMPONENTE (11)	<p align="center">Porcentaje de ocupación hospitalaria</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	82.7	82.7	90.9	9.9	AMARILLO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 9.9% en el porcentaje de ocupación hospitalaria con relación a la meta programada de 82.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a un mayor número de ingresos generados por los servicios de urgencias, quirúrgicos y médicos, así como 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 y/o con complicaciones derivadas de sus enfermedades.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Limitación en la capacidad de respuesta de los servicios médicos para atender situaciones de contingencias epidemiológicas y/o desastres de diversa naturaleza.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Mejorar la eficiencia en la programación de los ingresos programados. Cuidar el uso de camas hospitalarias para los pacientes con necesidad de aislamiento que no impacten en el bloqueo de camas. <i>Mejorar la referencia y contrareferencia con otras Instituciones a nivel de urgencias.</i></p>
	Número de días paciente durante el periodo	117,120	117,120	130,898			
	Número de días cama durante el periodo x 100	141,642	141,642	143,964			
COMPONENTE (12)	<p align="center">Promedio de días estancia</p> <p align="center">FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	5.7	5.7	5.7	0.0	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100.0% en el promedio de días estancia con relación a la meta programada de 5.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a la atención médica oportuna para solucionar la problemática en los padecimientos de enfermedades agudas o crónicas que requieren de intervención quirúrgica y que ameritan observación post-operatoria; con el objetivo de lograr la mejoría en la salud de los pacientes y un alta apropiada y que en la mayoría de los casos requieren de un número mayor de días estancia para su recuperación.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p>
	Número de días estancia	102,000	102,000	111,252			

Informe de enero - diciembre 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	
	Total de egresos hospitalarios	18,000	18,000	19,646			<p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
ACTIVIDAD (13)	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	70.0	70.0	71.6	2.3	VERDE	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 2.3% en la proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas, con relación a la meta programada de 70.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que durante el primer trimestre de 2016 se contó con una plantilla incompleta de médicos, lo que ocasionó reducir el número de fichas en ese periodo para la preconsulta y como consecuencia se vio afectada el envío de pacientes de primera vez especializada.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p>
	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	8,855	8,855	8,660			<p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	12,650	12,650	12,090			
ACTIVIDAD (14)	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	7.1	7.1	5.5	22.5	ROJO	<p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 22.5 en la tasa de infección nosocomial por mil días de estancia hospitalaria, con relación a la meta programada de 7.1, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio de contar con una tasa de infección nosocomial por mil días de estancia hospitalaria de 5.5, obedece a la reducción en el número de infecciones nosocomiales registradas, derivada de las acciones implementadas, como el apego de los paquetes de medidas preventivas en el Hospital, lo cual redujo la presencia de las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico y el uso de la herramienta INICC ha fortalecido la vigilancia de cohorte y de resultados. Asimismo, de mejoras en la infraestructura en el área de bacteriología de laboratorio central, así como al uso racional de antimicrobianos.</p> <p>Además, el comportamiento del indicador se vio afectado por la modificación del cierre estadístico al 31 de diciembre de 2016, por indicaciones de la Dirección General de Información en Salud.</p>
	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	720	720	611			<p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	102,000	102,000	111,252			