

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	1
<b>DIRECCIÓN GENERAL</b> .....	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 .....	13
1.3 Aspectos Cualitativos .....	28
<b>INVESTIGACIÓN</b> .....	28
1. Número de artículos .....	28
2. Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) .....	29
3. Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII .....	30
4. Artículos de los grupos (III-IV-V-VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII .....	30
5. Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII .....	30
6. Sistema Nacional de Investigadores .....	31
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 .....	31
8. Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI .....	31
9. Producción editorial .....	31
10. Número de tesis concluidas .....	33
11. Número de proyectos con financiamiento externo .....	33
12. Premios, reconocimientos y distinciones Recibidos .....	34
13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución .....	34
14. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa .....	35
Otros Aspectos.....	41
Estado de las Investigaciones.....	41
Impacto de los Proyectos de Investigación .....	41
Cursos de Investigación.....	41
Convenios de Colaboración.....	41
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	42
Logros de la Dirección de Investigación.....	42
Debilidades de la Dirección de Investigación.....	42
Informe del Programa Anual de Trabajo 2016.....	42
Reporte de avances del Programa Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.....	44
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2016 del Programa Presupuestal E022 “Investigación desarrollo tecnológico en salud”.....	60
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	63
<b>ENSEÑANZA</b> .....	66
1. Total de Médicos Residentes.....	66
Número de Residentes Extranjeros.....	66
Médicos Residentes por cama.....	67

2. Residencias de Especialidad.....	67
3. Cursos de Alta Especialidad.....	68
4. Cursos de Pregrado.....	68
Pregrado.....	69
Ciclos Clínicos de Pregrado.....	69
5. Número de Estudiantes en Servicio Social.....	70
6. Número de Alumnos de Posgrado.....	71
7. Cursos de Posgrado.....	71
8. Número de Autopsias.....	71
9. Participación Extramuros.....	71
10. % Eficiencia Terminal.....	72
11. Enseñanza en Enfermería.....	73
12. Cursos de Actualización (Educación Continua).....	75
13. Cursos de Capacitación.....	79
14. Sesiones Interinstitucionales.....	81
15. Sesiones por Teleconferencia.....	83
16. Congresos Organizados.....	83
17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.....	84
Otros Aspectos.....	84
Sesiones académicas.....	84
Unidad de Investigación Quirúrgica.....	85
Convenios.....	85
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	86
Logros de la Unidad de Enseñanza.....	86
Debilidades de la Unidad de Enseñanza.....	87
Informe del Programa Anual de Trabajo 2016.....	87
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2016 del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”.....	90
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	94
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b> .....	96
1. Número de Consultas Otorgadas.....	96
2. Número de Urgencias.....	97
3. Número de Casos Nuevos Atendidos.....	97
4. Total de Médicos Adscritos.....	98
5. Número de Ingresos Hospitalarios.....	98
6. Total de Egresos.....	100
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría.....	100
7. Número de Cirugías.....	102
Cirugías de Alta Especialidad.....	104
Promedio de Cirugías por Sala/día.....	105
8. Número de cirugías / Número de cirujanos.....	106
Diferimiento Quirúrgico.....	106
9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.....	106
10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.....	106
11. Tasa de Infecciones Nosocomiales.....	108
12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.....	113
Promedio de Días de Estancia en Hospitalización.....	114

13. Porcentaje de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.....	114
14. Porcentaje de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.....	114
Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).....	115
15. Total de Personal de Enfermería.....	115
16. Trabajo Social.....	117
17. Farmacia.....	118
18. Número de Estudios de Imagen (TAC, RM y PET).....	118
19. Número de Estudios de Laboratorio.....	119
20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.....	119
21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.....	120
22. Grupos de apoyo a pacientes constituidos (Denominación del grupo).....	120
23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.....	121
Otros Aspectos.....	121
Resolución de Embarazos.....	121
Tasa de Cesáreas.....	122
Mortalidad Materna.....	122
Nacimientos.....	123
Terapia Intensiva.....	123
Medicina Física y Rehabilitación.....	125
Estudios de Radiodiagnóstico.....	126
Estudios de Medicina Nuclear.....	126
Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínicos.....	127
Estudios realizados en Anatomía Patológica.....	127
Departamento de Toxicología.....	128
Convenios.....	129
Programa de Salud Pública.....	130
Clínicas Multidisciplinarias.....	130
Oncología.....	131
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	131
Logros y Debilidades en la Atención Médica.....	132
Informe del Programa Anual de Trabajo 2016.....	139
Reporte de avances del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.....	142
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2016 del Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud".....	192
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	196
<b>ADMINISTRACIÓN.....</b>	<b>198</b>
Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos).....	198
Comportamiento presupuestal.....	198
Estados Financieros comparativos.....	200
Indicadores Financieros.....	201
Balance General.....	201
Estado de Actividades.....	203
Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.....	204

Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.....	204
Cumplimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.....	204
Cadenas Productivas.....	204
Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto (Programa de Ahorro).....	205
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.....	206
Programa de Mejora de la Gestión.....	206
Control Interno Institucional.....	210
Avance físico y financiero de los proyectos de inversión, en su caso.....	213
Otros Aspectos.....	214
Informe de la situación de infraestructura del Hospital.....	214
Recursos Humanos.....	215
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	217
Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.....	218
Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.....	219
Logros de la Dirección de Administración.....	221
Debilidades de la Dirección de Administración.....	222
Informe del Programa Anual de Trabajo 2016.....	222
Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).....	225
<b>PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</b> .....	<b>242</b>
1. Calidad y Apoyo a la Atención.....	242
Hospital Seguro.....	242
Auditoría Clínica.....	242
Eventos Adversos.....	244
Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.....	247
Certificación por el Consejo de Salubridad General.....	247
Aval Ciudadano.....	248
Participación Ciudadana.....	248
2. Comunicación Social.....	249
3. Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT).....	251
4. Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia.....	253
Transparencia.....	254
5. Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional.....	263
Otros Aspectos.....	265
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	265
Logros de la Dirección de Planeación Estratégica.....	265
Debilidades de la Dirección de Planeación Estratégica.....	265
Informe del Programa Anual de Trabajo 2016.....	266

## **PRESENTACIÓN**

Dr. José Ramón Narro Robles, Secretario de Salud y Presidente de la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, 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 31 de diciembre 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 el presente documento se informa en primer lugar, las acciones realizadas en la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria como cumplimiento al acuerdo adoptado por el Órgano de Gobierno del Hospital Juárez de México en la Cuarta Sesión Ordinaria de 2013; en segundo lugar, se presentan los resultados del Programa Institucional 2015-2020, informando las acciones y logros por cada estrategia y línea de acción; en tercer lugar, se presentan los aspectos cuantitativos y cualitativos de los avances y logros obtenidos en investigación, enseñanza, atención médica, y aspectos administrativos,

así como el cumplimiento del informe del Programa Anual de Trabajo 2016 por cada Dirección de área y finalmente se presenta el informe de resultados relevantes o destacables 2016 del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018, Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.

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 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, presentando en el apartado cuantitativo del informe los resultados de acuerdo a los siguientes formatos: “Información Estadística Hospitalaria”, “Información Estadística Epidemiológica”; “Cirugías Extramuros” e “Indicadores de Desempeño de Medicina de Alta Especialidad”.

### 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.	<p>Al periodo que se informa, se realizaron las siguientes actividades, con la finalidad de hacer más eficientes los procesos que se realizan en el Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con oficio 349-B-293 del 11 de julio de 2016, la SHCP autorizó la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital, siendo 1,471 claves con las que cuenta actualmente el Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital.</li> <li>• Se impartieron dos capacitaciones a personal del Hospital en materia de contrataciones, la primera los días 9 y 10 de mayo de 2016, con el tema "Proceso de Adquisiciones, Arrendamientos de Bienes y/o Contratación de Servicios, así como del seguimiento de contratos", con un total de 35 participantes de las siguientes áreas: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Dermatología, CIIMEIT, División de Cirugía, Medicina Nuclear, Medicina Interna, Banco de Sangre, Neurocirugía, Endocrinología, Cardiología, Otorrinolaringología, Laboratorio Clínico, Dirección Médica, Hematología, Biomédica, Urología, Hemodinamia, Oncología, Terapia Intensiva Pediátrica, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, Urgencias Adultos, Neurofisiología, Rayos X, Neonatología, Cirugía Pediátrica, Neumología, Gastroenterología, Nefrología, Cirugía Plástica. Asimismo, se efectuó el 20 de julio de 2016, la segunda capacitación relativa al "Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones", dentro del marco del proceso de Adquisiciones, Arrendamientos de Bienes y/o Contratación de Servicios, a la cual asistieron 45 participantes de las siguientes áreas: Neurofisiología, División de Investigación, Consulta Externa, Ortopedia, Oncología, Cirugía General, Hemodinamia, CIIMEIT, Órgano Interno de Control, Oftalmología, Departamento de Mantenimiento, División de Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Pediátrica, Neumología, Banco de Sangre, Medicina Nuclear, Farmacia Hospitalaria, Urología, Servicios Generales, Otorrinolaringología, Rayos X, Ginecología, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Humanos, Nefrología, Urgencias Adultos, Dirección de Planeación Estratégica, División de Pediatría, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, División de Ginecología y Obstetricia, Gastos Catastróficos, División de Medicina, Unidad de</li> </ul>	Dirección de Administración.	

		<p>Enseñanza, Terapia Intensiva Adultos, Dirección de Investigación y Enseñanza, División de Calidad, Comunicación Social y Endoscopía.</p> <p>Se ejerció al 100% el presupuesto autorizado para el Hospital, sin generar subejercicios.</p>		
2	Modernización de equipo.	<p>Se llevó a cabo el registro en cartera de inversión de la SHCP de siete proyectos de inversión para la sustitución y/o adquisición de equipamiento, siendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Equipamiento para el Servicio de Endoscopía del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México.</li> </ul> <p>Cabe señalar, que el primer proyecto ya se concluyó.</p>	Dirección de Administración.	
3	Planeación estratégica.	<p>Durante el 2016, se iniciaron las gestiones para que el Hospital fuera considerado como Hospital Seguro.</p> <p>Se realizó la revisión de los Manuales de Procedimientos y de Organización de las áreas del Hospital.</p> <p>Se dio seguimiento al Programa Anual de Trabajo de la Dirección General y de las Direcciones de Área.</p> <p>Se enviaron cinco reportes de indicadores a la CCINSHAE en tiempo y forma.</p> <p>Se realizó el seguimiento de los Comités Hospitalarios.</p>	Dirección de Planeación Estratégica.	
4	Sistema de Costos.	<p>Se continúa trabajando en la actualización de las claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital, y se está a la búsqueda de un sistema que cumpla con las normas técnicas emitidas por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).</p>	Dirección de Administración.	
5	Manuales de Organización.	<p>Se revisaron, analizaron y rediseñaron 204 manuales de organización conforme a las Guías Técnicas para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos de la Secretaría de Salud, emitidas el 22 de octubre de 2013.</p> <p>El 16 de diciembre de 2016, fue autorizado el Manual de Organización Específico 2016 del HJM, por parte de la Dirección General de Programación,</p>	Dirección de Planeación Estratégica.	

		Organización y Presupuesto (DGPOP). Sin embargo, el Manual de Procedimiento 2016 del HJM, se encuentra en proceso de revisión.																
6	Efectiva selección de personal.	El 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 realizó 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.	Durante el 2016, se impartieron un total de 87 cursos de educación continua, contando con una asistencia de 5,414 profesionales de la salud; de los cuales 4,050 son mujeres.  Se realizaron 46 cursos en materia administrativa y gerencial con una participación de 1,044 servidores públicos.  Por otra parte, se elaboró el Programa de Actividades Académicas 2017 que incluye cursos de educación continua, sesiones generales, diplomados y maestrías. Además, se trabaja el programa especial de las actividades académicas conmemorativas del 170 Aniversario del Hospital.	Unidad de Enseñanza.															
9	Reconocimiento al desempeño.	Este programa federal contó con tres etapas: En la primera, se realizó la inscripción de los participantes. En la segunda, se evaluaron los expedientes de los candidatos y se clasificaron por categorías. En la tercera, se verificó que el participante cumpliera con los requisitos solicitados por el programa.  Al finalizar las tres etapas del Programa de los candidatos que cumplieron con todos los requisitos, los resultados finales en la promoción 2016 fueron los siguientes.	Unidad de Enseñanza.															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Disciplina</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médicos</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Enfermeras</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Química</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Otras Disciplinas</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>149</b></td> </tr> </tbody> </table>	Disciplina	Total	Médicos	31	Enfermeras	80	Química	26	Trabajo Social	4	Otras Disciplinas	8	<b>Total</b>	<b>149</b>		
Disciplina	Total																	
Médicos	31																	
Enfermeras	80																	
Química	26																	
Trabajo Social	4																	
Otras Disciplinas	8																	
<b>Total</b>	<b>149</b>																	
10	Preparación de futuros directivos.	Se realizó el diplomado de Calidad y Seguridad del Paciente, capacitando a un total de 29 profesionales de la salud. Se impartieron seis cursos relacionados con la certificación hospitalaria, contando con la participación de 110 personas, con la finalidad de dar a conocer la metodología del Consejo de Salubridad General, abarcando los cuatro sistemas críticos que corresponden a: Manejo y Uso de Medicamentos (MMU), Prevención y Control de	Dirección de Planeación Estratégica															

		Infecciones (PCI), Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS), y Competencias y Educación del Personal (SQE). Además, se formaron 30 auditores internos bajo el esquema de certificación.		
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 117 intervenciones que se atienden en el Hospital.  Además, se celebró el contrato "Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico", con el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Delegación Regional del Estado de México Oriente y el Hospital.	Dirección de Administración.	
12	Consulta externa todo el día.	Durante 2016, se incorporó el servicio de Neumología a la consulta vespertina y se continúa proporcionando consulta en los servicios de Oncología y Hematología.	Dirección Médica.	
13	Hospital vespertino.	El Hospital brinda atención médica en el servicio de urgencias, hospitalización y los servicios auxiliares de diagnóstico. Además de algunos servicios en la consulta externa.	Dirección Médica.	
14	Cirugía ambulatoria.	Se realiza cirugía ambulatoria en los siguientes servicios: Oftalmología, Dermatología, Cirugía Plástica, Ginecología, Cirugía maxilofacial, Oncología y Urología.	Dirección Médica.	
15	Auditoría médica cruzada.	Con la finalidad de prevenir los eventos adversos se trabajó en la implementación de dos tópicos de auditoría clínica, el primero correspondió a la Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología, la cual permitió documentar las barreras de seguridad referentes a consentimiento informado, posición del paciente, uso de barreras máximas estériles, antisepsia de la región de inserción, anestesia local, número de punciones, registro de la longitud interna del catéter, fijación del catéter, verificación de la punta del catéter y reporte de complicaciones.  La auditoría realizada en el rubro de Prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, permitió consolidar intervenciones de buenas prácticas, que incluyen valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, aplicación de petrolato puro, colocación de apósitos hidrocélulares en prominencias óseas y cambios de posición.	Dirección de Planeación Estratégica	
16	Aplicación de guías de práctica clínica.	Se supervisó en los servicios de atención médica la aplicación de protocolos de atención basados en Guías de Práctica Clínica, con la finalidad de garantizar la atención basada en Buenas Prácticas y generar evidencia documentada.  El Comité de Guías de Práctica Clínica tuvo funcionalidad los primeros tres trimestres del 2016,	Dirección de Planeación Estratégica	

		generando un cumplimiento del 89.8% en el apego a las Guías de Práctica Clínica en 31 servicios pertenecientes a las divisiones de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina Crítica y Servicio de Toxicología.		
17	Farmacia intrahospitalaria.	Se implementó el proceso para el manejo de los medicamentos controlados de los grupos II y III alineando las acciones de acuerdo a las observaciones y los lineamientos emitidos por la COFEPRIS.	Dirección Médica.	
18	Comités intrahospitalarios.	Durante 2016, se realizó un análisis de los Comités con los que cuenta el Hospital, identificando 22 Comités, seis Subcomités y seis Comisiones.  Se elaboró y se implementó el “Procedimiento para dar seguimiento a los Comités Técnicos Hospitalarios”, con la finalidad identificar las actividades realizadas por los Comités.  Se efectuaron 135 sesiones ordinarias y 45 extraordinarias, de las cuales se generaron un total de 207 acuerdos (138 atendidos y 69 en proceso).  Se enviaron dos informes de seguimiento a la Dirección General, relacionados con las sesiones de cada Comité Hospitalario, sus acuerdos y seguimiento de los mismos, así como el cumplimiento de la documentación de cada uno de ellos.	Dirección de Planeación Estratégica	
19	Modelo de Trabajo de Enfermería.	El modelo de trabajo de Enfermería contempla los rubros de capacitación, calidad, reporte y análisis de eventos adversos, diagnóstico de la plantilla de recursos humanos e implementación de la clínica de catéteres en hospitalización.  Se está trabajando conjuntamente con otros Hospitales Federales en 43 PLACES y en la elaboración de guías de práctica clínica en enfermería.  Se destaca que a nivel internacional se encuentra indexada una guía de práctica clínica, elaborada por estas instituciones.	Jefatura de Enfermería.	
20	Casos estrella.	Se trata de paciente del género femenino de 22 años de edad que ingresó con fiebre vespertina no cuantificada, eritema malar, fotosensibilidad úlceras orales, poliartralgias y debilidad muscular; clínicamente se agrega síndrome confusional bradipsiquia, dislalia y disartria; presentó crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, cuadriplejía y arreflexia; estudio neurofisiológico demostró compromiso polineuropático motor axonal y patrón desmielinizante en las extremidades inferiores. Estudios inmunológicos muestran presencia de anticuerpos antinucleares patrón moteado 1: 640, citoplásmico 1:2560, anti-DNAds 9.5UI/ml, anti-Sm 7.4U/ml. En la resonancia magnética nuclear de cráneo se demostraron lesiones hiperintensas múltiples en T2-FLAIR periventriculares bilaterales e hipoplasia de arterias	Dirección Médica.	

		comunicantes posteriores. Recibió tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida e inmunoglobulina intravenosa. Se observa mejoría de cuadro clínico egresó a los 75 días de estancia hospitalaria; se mantiene en control en consulta externa.		
21	Enlace con la gente y la comunidad.	A través de las redes sociales (Facebook y Twitter) se recibieron quejas y sugerencias de los usuarios, las cuales se dirigieron al área correspondiente para su seguimiento.  Además, se publicaron los temas de las entrevistas, las cuales se realizaron de acuerdo a las peticiones de los usuarios.	Dirección de Planeación Estratégica	
22	Banco de leches.	Se tiene registrado el proyecto en cartera de inversión "Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México 2016".  Se llevó a cabo una reunión conjuntamente con la Dirección médica, Dirección de planeación, División de Calidad, División de Ginecoobstetricia, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Proyectos de Inversión, Nutrición Hospitalaria, CAUSES, Enfermería, División de Pediatría; con la finalidad de definir responsabilidades para la gestión del financiamiento de infraestructura y trámites correspondientes ante la Dirección General de Equidad de Género y Salud Reproductiva para el equipamiento.	Dirección Médica.  Dirección de Planeación Estratégica.	
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 102 pacientes.	Dirección Médica.	
24	Programa de vigilancia de la menopausia (PROVIME).		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa, solamente el Servicio de Biología de la reproducción realiza educación de la paciente menopaúsica.
25	Referencia y contrarreferencia concertada.	Se cuenta con lineamientos para la referencia de pacientes. Sin embargo, la contrarreferencia presenta dificultades de comunicación entre las instituciones involucradas.	Dirección Médica.	
26	Centro toxicológico.	Durante el 2016, el Centro Toxicológico otorgó atención a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 pacientes en el servicio de Urgencias</li> <li>• 188 pacientes hospitalizados</li> <li>• 1,238 asesorías telefónicas</li> <li>• Aplicación de 251 antídotos, antivenenos y faboterápicos</li> <li>• 26 traslados en helicóptero</li> </ul>	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	Como resultado de la capacitación al personal médico del servicio de anestesiología, se otorga atención a pacientes que requieren cuidados paliativos, en consulta externa y hospitalización, en el turno matutino.	Dirección Médica.	
30	Comité permanente de certificación.	Se realizó una detección de riesgos con base en los sistemas críticos, con la finalidad de elaborar una matriz priorizada, y un plan de trabajo enfocado al manejo y uso de medicamentos, prevención de infecciones, competencias del personal y seguridad de las instalaciones. También, se capacitó a 110 profesionales en la metodología de estándares para certificar hospitales, priorizando los sistemas críticos.	Dirección de Planeación Estratégica	
31	Fomentar el autocuidado y la medicina preventiva.	Se han iniciado programas para la salud en los servicios de Alergología y Geriatría.	Dirección Médica.	
32	Programas enfocados hacia el empleado y su familia	El 28 de abril de 2016, se firmó convenio con La Federación de América Latina y el Caribe de la UNESCO, para el apoyo de la educación de los hijos de los trabajadores del Hospital.  Además, del 8 al 11 de noviembre del 2016, se realizó la caravana de la salud por parte de la delegación Gustavo A. Madero, en la cual se llevaron a cabo diversas actividades como: Estudios médicos, graduación de lentes y corte de cabello para los trabajadores y familiares.	Dirección de Planeación Estratégica	
33	Alianza médica para la salud		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
34	Hospital Seguro	Se realizó la visita de evaluación del Programa Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación, dictaminándose un índice de seguridad en categoría B.  Igualmente, se actualizó el "Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres", con el objetivo de mantener el correcto funcionamiento de las instalaciones del Hospital, en el cual se incluyeron diferentes procedimientos apegados a los requerimientos de la normativa que exige el Programa Hospital Seguro.  Se conformó la coordinación para la atención de desastres y contribuir al cumplimiento del Plan.	Dirección de Administración, Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica.	
35	Hospital Verde		Dirección de Administración.	El Hospital no tiene implementado este programa.

36	Simulacro de robo de infante	Se revisó el protocolo "Código Rosa", con la finalidad de actualizarlo e implementarlo de manera sistemática.	Dirección de Planeación Estratégica	
37	CECADET-UNAM	Durante el 2016, no se realizaron prácticas quirúrgicas con especímenes humanos, debido a que la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional no los ha suministrado por modificaciones en la reglamentación.  Se reiniciarán las pláticas con las autoridades de la Escuela Superior de Medicina con la finalidad de contar nuevamente con cadáveres para las prácticas en el Hospital.	Unidad de Enseñanza y Dirección de Investigación.	
38	Promoción de la investigación científica	Se realizó el Curso de metodología de la investigación científica para coadyuvar en la realización de las diferentes tesis de especialidad de los médicos residentes. Asimismo, se realizó un taller para la presentación de los trabajos de tesis por parte de los médicos residentes de segundo año, donde participaron 120 residentes.	Dirección de Investigación.	
39	Protocolos y proyectos Interinstitucionales (incluye Universidades y Escuelas de Educación Superior)	Durante el 2016, se contó con 56 protocolos de investigación en proceso (33 protocolos vigentes y 23 terminados), de los cuales 24 son proyectos de investigación vinculados con otras instituciones.	Dirección de Investigación.	
40	Protocolos internacionales	Durante el 2016, se terminó un protocolo de investigación en colaboración con la Universidad "Queen Mary" de Londres.  El producto de la colaboración Internacional resultó en una publicación de nivel IV en la revista " <i>British JournalAnesthesia</i> "	Dirección de Investigación.	
41	Aplicar la Ética Médica	El Hospital mantiene un compromiso permanente con la Ética y la Bioética. Se cuenta con tres Comités: el Comité de Ética en Investigación; el Comité de Bioética Clínica y el Comité de Ética para los trabajadores, dependiente de la Secretaría de la Función Pública, mismos que funcionan normalmente bajo sus respectivos estatutos autorizados.  El Comité de Ética en Investigación durante el 2016, sesionó en 11 ocasiones, aprobando diez protocolos de investigación de 22 protocolos recibidos para evaluación.  El área médica vigila y supervisa la obtención y correcto llenado del consentimiento informado.	Dirección de Investigación y Dirección Médica.	
42	Revista periódica	El Hospital no cuenta con una revista propia para la difusión de resultados de sus investigaciones. No obstante, la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital, cuenta con su Revista (Grupo I), en la cual se publica gran parte de las investigaciones clínicas	Dirección de Investigación y Dirección de Planeación Estratégica	

		<p>realizadas en el Hospital. El resto de las publicaciones, se envían a revistas internacionales de las diferentes especialidades.</p> <p>Durante el 2016, se publicaron 17 artículos en la "Revista del Hospital Juárez de México, en la cual participó personal del Hospital.</p> <p>Además, se realizaron dos números digitales de la Gaceta del HJM.</p>		
43	Área de Comunicación Social	<p>El número de seguidores en redes sociales fue de 20,873 en Facebook y de 8,874 en Twitter.</p> <p>Se dieron 223 entrevistas a medios masivos de comunicación.</p> <p>Se publicaron 274 boletines en el blog oficial del Hospital y 40 boletines en diferentes medios y periódicos de circulación nacional.</p> <p>Se realizaron cinco conferencias de prensa.</p> <p>Se benefició a 5,400 pacientes a través del programa Amigos del Juárez.</p> <p>Se realizaron 14 eventos relacionados a clima laboral.</p> <p>Se llevaron a cabo cuatro campañas permanentes en el Hospital, referentes a Lavado de manos, Día naranja, para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, Concientización sobre el cáncer de mama y #JuárezenElTiempo.</p> <p>Las Fundaciones con las que se colaboró durante 2016 son:</p> <p>Amor Infinito, México Sonríe, Central Mexicana AA, Aquí Nadie se Rinde, Con Ganas de Vivir, Leer Contigo, Por un Hogar, Uniendo Sonrisitas, Asistencia y Dignificación Humana, Deseos de Vivir, Unión de Vida y Amor, Agencia Professional Connection, Iluminando con Amor, Regalo de Amor, Asociación de Danza Magisterial, Make&amp;Wisch, Congregación Cara México, TikNime, A.C.</p>	Dirección de Planeación Estratégica	
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: Metrobús con motivo del Día Mundial de No Fumar.</p>	Dirección de Administración y Dirección de Planeación Estratégica	
45	Página Web	<p>Se llevó a cabo la publicación de siete encuestas relacionadas con Gastos Catastróficos, Donación de Sangre, Cita para elaboración de estudio socioeconómico, Tabulador de cuotas, Contratos, Estadísticas y Solicitudes de información.</p> <p>Actualización y homologación de la sección de transparencia referentes a 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.</p> <p>Además, de cinco publicaciones con información del Comité de Mejora Regulatoria Interna y 16 licitaciones.</p>	Dirección de Planeación Estratégica	

46	Universidad del paciente		Unidad de Enseñanza.	No aplica para la Institución
47	Aval ciudadano	<p>Se firmaron dos cartas compromiso propuestas por aval ciudadano, relacionadas con la disminución del tiempo de espera para pasar a consulta, mejorar la comunicación e información proporcionada por el médico al paciente, supervisión de la limpieza en los sanitarios, reparación y mantenimiento de sanitarios, puertas y lavabos, difusión de resultados de los indicadores de trato digno de cada cuatrimestre, y mejorar el trato digno a pacientes y familiares por parte de las áreas de enfermería, médica, vigilancia y trabajo social.</p> <p>Se contestó en tiempo y forma la encuesta “La Voz de los Avaes Ciudadanos”. Además, se elaboraron tres informes de seguimiento de aval ciudadano de los tres cuatrimestres, los cuales fueron solicitados por Dirección General de Calidad en Salud.</p>	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 de Planeación Estratégica	El Hospital no tiene implementado este programa.
52	Programa PROTÉGETE		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 ejercicio 2016.

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
1.1.1 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores.	<p>Con la finalidad de abordar sistemáticamente los eventos de agresiones hacia el personal por parte de otros trabajadores, visitantes y pacientes, se desarrollaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se conformó el grupo de trabajo multidisciplinario para dar atención a los incidentes de violencia.</li> <li>Se elaboró un procedimiento para dar seguimiento a los casos de violencia entre y hacia los trabajadores.</li> <li>Se analizaron y atendieron dos casos.</li> <li>Se capacitó al grupo de trabajo multidisciplinario, con la finalidad de identificar los casos de violencia y definir las causas que propician su incidencia.</li> <li>Se elaboró la herramienta de capacitación al personal, la cual será implementada durante el primer semestre de 2017.</li> <li>Se realizó el análisis de 157 encuestas para evaluar los riesgos y situaciones relacionadas con la violencia en el lugar de trabajo.</li> </ul>	<p>Dirección Médica</p> <p>Minutas de reunión de trabajo del 19 de enero, 31 de marzo, 28 de junio, 21 de julio y 18 de agosto de 2016.</p> <p>Cuatro reportes de agresión a trabajadores.</p> <p>Formato de reporte de agresión.</p> <p>Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.</p> <p>Análisis en gráficas de 157 encuestas.</p>
1.1.11 Disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IIAS)	<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"> <li>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.</li> <li>Se continúa con el programa permanente de lavado de manos. Se capacitó a médicos residentes de nuevo ingreso, médicos internos de pregrado, personal de salud y a pacientes y familiares.</li> <li>En el marco de la Celebración del Día Mundial del Lavado de Manos, se dio capacitación a un total de 1,525 trabajadores.</li> <li>Se continúa presentando un video promocional al inicio de cada una de las sesiones generales del Hospital.</li> <li>Se difunde mensualmente por medio de gráfico, el apego al lavado de manos por servicio.</li> <li>Se cuenta con un procedimiento para el adecuado aislamiento de pacientes.</li> <li>Se difunde el reporte diario de los pacientes aislados a las Divisiones médicas y se monitorea el apego al procedimiento.</li> <li>Se continúa supervisando la correcta aplicación de los paquetes de medidas preventivas con énfasis en las Unidades de Terapias Intensivas.</li> <li>Las jefaturas de servicio elaboran el reporte mensual de infecciones nosocomiales.</li> </ul>	<p>Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Carpeta Proyecto de certificación 2016.</p> <p>Dirección Médica</p> <p>Listas de asistencia mensuales del personal capacitado.</p> <p>Fecha de difusión de oficio de NOM 045: 2 de mayo de 2016 UVEH/126/16.</p> <p>Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades transmisibles</p>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se llevó a cabo la primera detección de riesgos en las áreas de Comedor y de Central de Esterilización y Equipos (CEYE), lo cual permitió generar una matriz para el análisis de las infecciones.</li> <li>Se tomaron seis componentes de Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC), para mejorar el control de infecciones en el Hospital (Vigilancia de Cohorte Infecciones asociadas a la atención en salud en unidades de cuidados intensivos, Vigilancia de Infección de Sitio Quirúrgico, Monitoreo de Higiene de Manos, Monitoreo de medidas para Prevenir las Infecciones del Torrente Sanguíneo (Bacteriemia), Monitoreo de Medidas para Prevenir Neumonía Asociada a Ventilador (NAV), Monitoreo de Medidas para Prevenir las Infecciones del Tracto Urinario (IVU)).</li> <li>Se capacitaron a 20 personas de las áreas de Nutrición, RPBI, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Infectología, Servicios Generales, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Enfermería, Unidad de Enseñanza, Cirugía General, Camilleros, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Dirección de Planeación Estratégica, sobre la detección de riesgos de Prevención y Control de Infecciones (PCI).</li> </ul> <p>Derivado de todas las acciones emprendidas, se logró disminuir la tasa de infecciones asociadas a la atención en salud de 7.1 programado a 5.5 alcanzado.</p>	<p>inmunocomprometidos, Julio 2016 (autorizado).</p> <p>Seis componentes de la vigilancia epidemiológica sistema online INICC.</p> <p>La Campaña de Higiene de manos se efectuó del 5 al 20 de mayo de 2016.</p>
1.1.15 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	<p>Con el propósito de definir necesidades de capacitación y elaborar el contenido temático, durante el 2016 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>Derivado de los resultados obtenidos, se determinó impartir un nuevo curso en materia de trato digno al usuario, con el nuevo contenido temático y una plantilla modificada de profesores, acorde a los objetivos definidos; por lo que al periodo de reporte, se realizaron seis réplicas del curso, capacitando a un total de 372 profesionales de la salud, que incluyen: 178 profesionales de enfermería, 84 trabajadores de servicios paramédicos, 60 médicos y 50 trabajadores de áreas administrativas.</p> <p>Por otra parte, otro rubro que permitió conocer la satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido, fueron los indicadores de "Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos" y "Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos", en los cuales se logró una satisfacción de 83.9% y 86.3% respectivamente.</p> <p>Además, se firmaron dos cartas compromiso propuestas por aval ciudadano, relacionadas con la disminución del tiempo de espera para recibir consulta pasar a consulta, mejorar la comunicación e</p>	<p>Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Carpeta de Sensibilización y Capacitación en Trato digno 2016.</p>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	información proporcionada por el médico al paciente, supervisión de la limpieza en los sanitarios, reparación y mantenimiento de sanitarios, puertas y lavabos, difusión de resultados de los indicadores de trato digno de cada cuatrimestre, y mejorar el trato digno a pacientes y familiares por parte de las áreas de enfermería, médica, vigilancia y trabajo social.	
1.1.16 Consolidar y evaluar la Farmacia Hospitalaria	<p>Durante el 2016 se da continuidad a la subrogación de la Farmacia Hospitalaria en el Hospital, que garantiza el abasto oportuno y eficiente del 98% en material de curación y del 99% en medicamentos, se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inició con la implementación de la unidosis de medicamentos en el servicio de urgencias.</li> <li>• Se cuenta con dispensadores de medicamentos en áreas críticas.</li> <li>• El quirófano cuenta con un sub-almacén para el abasto de medicamentos el cual funciona adecuadamente 24/7</li> <li>• Se verifica diariamente por las áreas usuarias, la calidad de los insumos con base a las necesidades de los servicios y áreas de operación del Hospital.</li> <li>• Se lleva a cabo en horario abierto la validación de recetas, con base al respaldo de verificación del área médica y la firma de recepción del área de enfermería.</li> <li>• Se realiza quincenalmente la facturación sobre lo consumido con previa conciliación con la empresa responsable "Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Médico S.A. de C.V."</li> <li>• La COFEPRIS verificó el cumplimiento de las normas para la farmacia hospitalaria del HJM.</li> <li>• Se cuenta con Manuales de Organización Específico y Procedimientos Normativos de Operación para el funcionamiento de la farmacia hospitalaria.</li> </ul>	<p>Dirección Médica</p> <p>Contrato con la empresa.</p> <p>Manuales de procedimientos de operación.</p> <p>Solicitudes de medicamentos, materiales de curación y copias de recetas de medicamentos controlados.</p> <p>Respaldo en electrónico y físico para soportar el importe de la facturación.</p>
1.1.18 Reestructura de Auditorías Internas	<p>Durante 2016, personal de la CCINSHAE capacitó a 43 trabajadores de áreas clínicas y administrativas sobre la metodología de auditoría clínica.</p> <p>A partir de la capacitación recibida, se crearon dos grupos de trabajo dirigidos a cada uno de los tópicos a auditar.</p> <p>Con la finalidad de determinar los tópicos para auditar, se realizaron recorridos por las áreas del Hospital para detectar riesgos y áreas de oportunidad, definiendo que los tópicos a implementar corresponden a: "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>Se realizó el requisitado de los formatos de auditoría clínica estipulados por la CCINSHAE, los cuales incluyen la ficha de identificación de la auditoría, la definición de las barreras de seguridad, el registro de los casos analizados, el comparativo de las fases de medición y acciones de mejora, entre otros.</p> <p>En el tópico correspondiente a la auditoría de "Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología", se programaron tres mediciones con periodicidad mensual, que permitió el monitoreo del proceso al término de sus fases de medición, obteniendo una mejora del 55.6%.</p>	<p>Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Carpeta de Auditoría Clínica 2016.</p>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>En lo referente al tópico de “Prevención de Úlceras por Presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos”, se realizó una medición basal con el objetivo de identificar el porcentaje de cumplimiento en las barreras de seguridad estipuladas, para la prevención de úlceras por presión que incluyen: valoración del riesgo para desarrollar úlceras por presión, humectación de la piel, movilidad, estado nutricional e índice de albúmina.</p> <p>A partir de los resultados obtenidos en la auditoría de “Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología”, se realizó la capacitación del personal del Servicio de Oncología sobre la importancia de documentar las barreras estipuladas en el expediente clínico.</p> <p>Se presentaron las conclusiones en la segunda reunión de la CCINSHAE, en la cual se obtuvo la retroalimentación para la mejora de auditoría.</p>	
1.2.1 Desarrollo del Tablero Gerencial de Indicadores de Calidad y Seguridad	<p>Se cuenta con una herramienta estratégica denominada “Tablero de indicadores hospitalarios”, alojada en la intranet del Hospital, integrado por indicadores de la numeralia, presupuestales y de gestión; esta herramienta se comparte con las áreas Médica, Investigación, Enseñanza, Planeación Estratégica y Administración, la cual es alimentada mensualmente por personal autorizado para ello, con el objetivo de contar con información oportuna, confiable y veraz, que de manera sistematizada coadyuve al análisis y toma de decisiones.</p> <p>Asimismo, con el propósito de extender el uso del Tablero de indicadores hospitalarios, se gestionó ante el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, mejorar la “Carpeta de indicadores hospitalarios”, en la seguridad y acceso a la información, mediante la creación de usuarios personalizados, contraseñas y permisos de acceso, por lo que durante el 2016 se generaron 19 cuentas de usuario para el uso del tablero de indicadores hospitalarios de las siguientes áreas y servicios: Dirección de Planeación Estratégica, Dirección Médica, Unidad de Enseñanza, Dirección de Administración, Dirección de Investigación, Unidad de Planeación y Evaluación, Divisiones de Pediatría, Medicina Crítica, Cirugía, Medicina, Ginecoobstetricia e Investigación, Servicio de Estadística, Centro de Capacitación y Desarrollo, Jefaturas de Posgrado y Educación Médica Continua, y Coordinación de Ciclos Clínicos y Servicio Social.</p>	<p>Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional</p> <p>Oficios DPE/UPE/024/2016 del 18 de mayo de 2016, DPE/UPE/025/2016 del 23 de mayo de 2016 y DPE/CIIMEIT/240/16 del 23 de diciembre de 2016.</p> <p>Correos del 6 y 14 de diciembre de 2016.</p> <p>Tablero de indicadores hospitalarios instalado en la intranet del Hospital.</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, por lo que al periodo de reporte, se contó con un total de 22 Comités, seis Sub Comités y seis Comisiones.</p> <p>En lo referente a la elaboración de un reglamento general, se acordó fuera sustituido por el “Procedimiento para dar seguimiento a los Comités Técnicos Hospitalarios”, con el propósito de dar seguimiento trimestral al funcionamiento de los órganos colegiados.</p>	<p>Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia</p> <p>Informes de seguimiento.</p> <p>Procedimiento para dar seguimiento a los Comités Técnicos Hospitalarios.</p>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Con el objetivo de contar con un mejor control de las sesiones de los Comités, se elaboró un calendario anual con las fechas y horas establecidas, el cual fue puesto a consideración del Comité de Mejora Regulatoria y de las direcciones de área, sin embargo, éste no fue autorizado, por lo que se determinó que cada órgano sesionara cuando lo considerara necesario.</p> <p>Durante el 2016, se efectuaron 135 sesiones ordinarias y 45 extraordinarias, de las cuales se generaron un total de 207 acuerdos (138 atendidos y 69 en proceso).</p> <p>Además, se enviaron dos informes de seguimiento a la Dirección General, relacionados con las sesiones de cada Comité Hospitalario, sus acuerdos y seguimiento de los mismos, así como el cumplimiento de la documentación de cada uno de ellos.</p>	
1.2.3 Certificación como Hospital Seguro.	<p>En abril de 2016, se aplicó la Cédula de Evaluación de Capacidad Funcional en el Hospital, con el propósito de detectar riesgos relacionados con la Gestión y Seguridad de las Instalaciones, bajo el Modelo del Programa Hospital Seguro. Asimismo, se consolidó una visita diagnóstica por parte de la Coordinación Nacional de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, efectuada el 28 de junio de 2016.</p> <p>Para atender los riesgos detectados, se conformó un equipo multidisciplinario integrado por la División de Medicina Crítica, la División de Calidad y Apoyo a la Atención, la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica, entre otros.</p> <p>El 22 de septiembre de 2016, se realizó la evaluación del Programa Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación, dictaminándose 27 observaciones.</p> <p>Con la finalidad de solventar las observaciones derivadas de la visita diagnóstica, se elaboró un Plan de Trabajo referente a Capacidad estructural, capacidad no estructural y capacidad funcional.</p> <p>Además, se actualizó del "Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres (PIAED)", donde se incluyeron diferentes procedimientos apegados a los requerimientos de la normativa que exige el Programa Hospital Seguro, con el propósito de mantener el correcto funcionamiento de las instalaciones del Hospital.</p>	<p>Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Carpeta 2016 de Hospital Seguro.</p> <p>Carpeta 2016 del Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres.</p> <p>Carpeta del Plan de Seguimiento para las Observaciones de Hospital Seguro 2016.</p>
1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad General.	<p>Durante el 2016, se consolidó la evaluación de Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación, dando cumplimiento al estándar de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS 9) de la Cédula para Certificar Hospitales 2015.</p> <p>Asimismo, en noviembre y diciembre de 2016, se realizaron visitas de diagnóstico por parte de auditores externos, con la finalidad de detectar riesgos en los sistemas críticos del Hospital.</p>	<p>Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Carpeta de Proyecto de Certificación 2016.</p>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Con el propósito de analizar y priorizar los riesgos, se elaboró una matriz de riesgos de los sistemas críticos que incluye: riesgos en el manejo y uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, gestión y seguridad de las instalaciones, y competencias y educación del personal.</p> <p>Para el periodo de reporte, se comprometió establecer indicadores de calidad, sin embargo, debido a que no está priorizada la matriz de riesgos no se han realizado, por lo que esta actividad se efectuará para el primer trimestre de 2017.</p> <p>Se inició con la elaboración y modificación de planes y procedimientos, de los sistemas críticos que incluyen manejo y uso de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, prevención y control de infecciones, y competencias y educación del Personal.</p> <p>Además, se realizó la reinstalación del Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos (EMAEA).</p> <p>Por otra parte, se capacitó a 110 profesionales en la metodología de estándares para certificar hospitales enfocándose a sistemas críticos: medicamentos, prevención de infecciones, competencias del personal y seguridad de las instalaciones.</p>	

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
2.1.1 Vinculación en la investigación clínica y básica	<p>Durante el 2016, se coordinaron 28 seminarios de investigación, abordando diferentes aspectos del cáncer de mama, cáncer cervicouterino, infecciones por microorganismos, aspectos moleculares del síndrome coronario agudo y enfermedades autoinmunes, compuestos carcinogénicos, genética de la Diabetes tipo 2, retinopatía diabética, entre otros; de los cuales 17 fueron impartidos por los investigadores de la Dirección de Investigación y 11 por investigadores externos de reconocido prestigio de diferentes disciplinas (inmunólogos, biólogos moleculares y biomédicos), lo que generó un mejor acercamiento entre los diferentes grupos de investigación de la UNAM, CINVESTAV, Inst. Nac. de Salud Pública, Inst. Nac. Neurología y Neurocirugía, Hospital Infantil de México, Instituto de Oftalmología "Conde de Valenciana, Instituto Nacional de Pediatría y Hospital General de México, para proponer nuevos proyectos de investigación originales, que pudieran materializarse en un corto plazo.</p> <p>En relación a la actividad de impulsar la difusión de los resultados de las investigaciones realizadas dentro y fuera del Hospital, durante el 2016, se publicaron 49 artículos, un libro y se participó con la</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <p>Lista de asistencia de seminarios.</p> <p>Artículos publicados.</p> <p>Constancias de presentación.</p>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	escritura de 11 capítulos en libro. Además, los resultados de las investigaciones del Hospital fueron presentados en 31 congresos y/o foros de investigación.	
2.1.4 Priorización de temas estratégicos y publicaciones científicas de alto impacto.	<p>Dentro de la actividad de fomentar el desarrollo de protocolos de investigación con grupos multidisciplinarios, durante el 2016 se iniciaron diez protocolos de investigación de los cuales cinco son con grupos multidisciplinarios, en el cual participan en conjunto médicos especialistas e investigadores en ciencias médicas.</p> <p>En relación a impulsar la cultura de obtención de recursos externos para la investigación, durante el 2016 se logró obtener financiamiento para dos proyectos de investigación en la convocatoria de Ciencia Básica del CONACYT. ("Papel del Receptor para Hidrocarburos arilo en el mecanismo de la degradación de la oncoproteína E7 VPH16, vía proteosomal" y "Polimorfismos del gen TNFAIP3 y su papel en la patogenia de la AR")</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <p>Carta de aceptación del protocolo de investigación y formatos de registro.</p> <p>Convenio de asignación de recursos</p>
2.2.1 Actualización en Capacitación y Desarrollo (ACCADE).	<p>Se cuenta con 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>Sobre la base del análisis de la oferta y la demanda de los cursos realizados durante el primer semestre, al cierre de 2016, la Unidad de Enseñanza cuenta con el Programa Académico de Actividades 2017 enfocado a la capacitación de los trabajadores, considerando los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación.</p> <p>Se celebró el Convenio de Colaboración en Materia de Internado de Pregrado en Pediatría con el ITESM y como contraprestación el instituto otorgó el curso de actualización docente "Tecnología de la salud" para profesores de internado de pregrado y posgrado.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <p>Base de datos 2016 con los resultados de la encuesta de detección de necesidades de capacitación.</p> <p>Programa de Actividades Académicas 2017.</p> <p>Convenio 2016 de Colaboración en Materia de Internado de Pregrado en Pediatría.</p>
2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias.	Con el propósito de fortalecer la formación por competencias de los médicos residentes, durante el periodo de marzo a agosto de 2016, se realizó la evaluación por competencias a través del portafolio a 373 médicos residentes de los cursos universitarios de especialización avalados por las Facultad de Medicina de la UNAM, cumpliendo al 100%.	<p>Unidad de Enseñanza</p> <p>Portafolios de los médicos residentes y calificaciones (rúbricas) de las competencias genéricas.</p>
2.2.8 Sesiones académicas interdisciplinarias.	Durante el periodo de enero a diciembre de 2016 se llevaron a cabo 49 sesiones académicas, que tienen como base la participación de diferentes servicios que reflejan el abordaje interdisciplinario. Adicionalmente, con la finalidad de conocer experiencias de otras instituciones de salud en las distintas disciplinas, a propuesta del Director General, en el programa de las sesiones generales se incluyeron diez sesiones interinstitucionales en las que se consideraran temas de interés general para los profesionales y técnicos del Hospital; Las sesiones interinstitucionales fueron:	<p>Unidad de Enseñanza</p> <p>Listado de asistencias a las sesiones académicas interdisciplinarias.</p>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad, un reto global</li> <li>• Epidemiología, prevención y control de las infecciones nosocomiales en países con recursos limitados: Experiencia de INICC</li> <li>• Mutaciones del gen AIP en acromegálicos mexicanos y el gigante de Tampico</li> <li>• Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales</li> <li>• Avances y retos del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)</li> <li>• Enfermedades crónico degenerativas en adolescentes</li> <li>• Oncología molecular de la leucemia linfoblástica aguda pre B en pacientes pediátricos mexicanos</li> <li>• Diagnóstico y seguimiento de la enfermedad nodular tiroidea,</li> <li>• La nueva clínica</li> <li>• Calidad de la educación médica</li> </ul> <p>El programa de sesiones académicas interdisciplinarias fue elaborado por la Comisión de Cursos y aprobado por la Dirección Médica y por el Director General y está incluido en el Programa Anual de Actividades Académicas 2016.</p> <p>A los jefes de división mediante oficio se les informa a inicio del año la fecha y los temas que les corresponden para que ellos lo organicen con los servicios correspondientes.</p> <p>A los invitados externos la Dirección General les hace la invitación y se coordina telefónicamente con ellos de las necesidades para su presentación, sin haberse presentado alguna especial.</p> <p>No hubo necesidades logísticas adicionales a las de la Unidad de Enseñanza y cada servicio participante.</p>	<p>Programa de Actividades Anual de Académicas 2016.</p>
2.2.9 Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación.	<p>Se logró mejorar la detección de necesidades de capacitación acorde a los requerimientos del personal y de la Institución, mediante la aplicación vía electrónica de la Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), además de instalar un “quiosco” dentro del Hospital para ampliar la accesibilidad y facilitar el llenado de la encuesta; y se envió de manera impresa. Lo anterior, permitió la participación de 1,207 trabajadores en el llenado de la Encuesta.</p> <p>Se realizaron 19 entrevistas a subdirectores de Conservación y mantenimiento, Jefes de Departamento de las áreas de Trabajo Social, Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Almacenes e Inventarios, Servicios Generales, Nutrición Hospitalaria, Abastecimiento, Mantenimiento Biomédico, Relaciones Laborales, Rehabilitación, Admisión, Dermatología, Jefes de Unidad del Órgano Interno de Control y Jefes de Servicio de Cirugía Plástica Cirugía General, Radiodiagnóstico, Oncología, Ortopedia y Banco de Sangre, que fueron las áreas del Hospital que tuvieron mayor participación en la Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación con la finalidad de contar con instrumentos más efectivos acorde a los requerimientos de la institución, para la realización del Programa Académico de actividades y para mejorar la oferta de los cursos.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <p>Encuestas de DNC.</p> <p>Minutas s/n de las entrevistas a los jefes de servicio y mandos de 12/09/2016 al 23/09/2016</p>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
2.2.10 Oferta al personal en inglés, habilidades gerenciales, diplomados y maestrías.	<p>Se presentaron a la Dirección de Administración, tres propuestas de instituciones académicas que imparten cursos de inglés que no fueron aceptadas debido a las restricciones de austeridad emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>Para contribuir al desarrollo del personal del Hospital y mejorar sus competencias, se otorgaron cuatro becas para el "3er. Diplomado gestión y tecnología para el cuidado de heridas y estomas"; cuatro becas para el diplomado "El profesional de enfermería favoreciendo el Neurodesarrollo neonatal" y 26 becas para el Diplomado Creando Cultura de Seguridad en el Paciente.</p> <p>Concluyó una de las maestrías en "Ciencias de la Salud", con una asistencia de seis participantes</p> <p>La otra maestría en "Ciencias de la Salud" es impartida por docentes del Instituto Politécnico Nacional y del Hospital Juárez de México, a la cual se integraron dos profesionales de la salud, contando con una asistencia de ocho participantes de las áreas de la Unidad de Apoyo Nutricio, Dirección de Investigación, y Consulta Externa, Neurocirugía y Hospital de Nuestra Señora de la Luz.</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>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <p>Oficios Nos. UE/CECAD/071/2016 de fecha 3 de mayo 2016, UE/CECAD/091/2016 de fecha 17 de mayo 2016 y respuesta DG/0371/2016 del 31 de mayo 2016.</p> <p>Oficios con los cuales se informa el número becas otorgadas por diplomado en 2016</p>

Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	<p>Con la finalidad de fortalecer los procesos de contratación, el Departamento de Abastecimiento durante el 2016, impartió dos capacitaciones, la primera durante mayo en relación al "Proceso de Adquisiciones, Arrendamientos de bienes y/o contratación de servicios, así como seguimiento de contratos, con 35 participantes de las siguientes áreas: cirugía general, dermatología, medicina nuclear, medicina interna, neurología, banco de sangre, endocrinología, CIIMEIT, ginecología y obstetricia, cardiología, dirección médica, urología, otorrinolaringología, laboratorio clínico, terapia intensiva pediátrica, subdirección de conservación y mantenimiento, neurofisiología, patología, neumología, cirugía pediátrica, neonatología, rayos X, urgencias adultos, nefrología y gastroenterología.</p> <p>Asimismo, se impartió capacitación en relación al "Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones" dentro del marco del proceso de adquisiciones, arrendamientos de bienes y/o contratación de servicios, a la cual asistieron 45 participantes de las siguientes áreas:</p>	<p>Departamento de Abastecimiento</p> <p>Listas de asistencia de los días 9 y 10 de mayo y 20 de julio de 2016.</p>

Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>neurofisiología, división de investigación, consulta externa, ortopedia, oncología, cirugía general, hemodinamia, CIIMEIT, órgano interno de control, hematología, mantenimiento, división de cirugía general, cirugía cardiovascular, cirugía pediátrica, neumología, banco de sangre, medicina nuclear, urología, servicios generales, otorrinolaringología, rayos X, ginecología, subdirección de recursos financieros, nefrología, urgencias adultos, división de pediatría, dirección de planeación estratégica, vigilancia epidemiológica, división de ginecología y obstetricia, gastroenterología, terapia intensiva adultos, división de calidad, comunicación social, endoscopia, unidad de enseñanza, división de medicina, subdirección de recursos humanos, departamento de nómina.</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, el Departamento de Análisis de Costos y Productividad impartió asesorías a las siguientes áreas: Laboratorio Central, Gastroenterología, Consulta Externa, Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Reumatología, en relación a la actualización de las claves de cobro del Tabulador.</p> <p>Por otra parte, la SHCP autorizó la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital, siendo un total de 1,471 claves con las que cuenta actualmente el Tabulador.</p> <p>El Tabulador de cuotas actualizado se difundió a través de oficios dirigidos a las Direcciones de Área y a través de la página del Hospital.</p>	<p>Departamento de Análisis de Costos y Productividad.</p> <p>Oficio 349-B-293 del 11 de julio de 2016 y Oficio de autorización 349-B-293 del 11 de julio de 2016 y oficios de difusión a la Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica DA/528/2016 y DA/529/2016 del 18 de julio de 2016; y a la Dirección de Investigación con oficio DA/565/2016 del 4 de agosto de 2016.</p>
3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas	<p>Con el propósito de incrementar la captación de recursos que le permitan a la Institución hacer frente a las presiones de gasto de operación, 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. Actualmente, se tienen registradas 117 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).</p> <p>Asimismo, se celebró el contrato para la "Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico", con el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Delegación Regional del Estado de México Oriente y el Hospital.</p> <p>Además, con la finalidad de contar con mayores recursos económicos que permitan a la institución hacer frente a sus compromisos por la contratación de bienes y servicios, se solicitó al área de Calidad y Apoyo a la atención del Hospital, iniciar la gestión de acreditación de los siguientes padecimientos para ser registrados en CAUSES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oftalmológicos (catarata, glaucoma y pterigion)</li> </ul> <p>Para el programa de gastos catastróficos:</p>	<p>Dirección médica</p> <p>Cédula de evaluación del padecimiento: catarata, glaucoma y pterigion.</p> <p>Cédula de acreditación "La atención oftalmológica en CAUSES" (F/C/A/CAUSES OFT E_13).</p> <p>Se cuenta con el documento donde se notifica cambios de criterios de recertificación. Instituciones como el CUSAEM donde se dio una atención total de 304 pacientes.</p> <p>Dirección de Administración.</p>

Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oncológicos (Cáncer de ovario, colon, testículo)</li> <li>Gastroenterología (hepatitis)</li> </ul> <p>Se realizaron las cédulas de evaluación por parte del jefe de servicio de oftalmología, que permitieron identificar oportunidades de mejora en la infraestructura y equipamiento en dos modalidades (arrendamiento y proyecto de inversión en el tomógrafo).</p> <p>Además, la Unidad Jurídica coadyuvó con la revisión en los términos legales correspondientes de siguientes convenios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Convenio de Prestación de Servicios a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica. Actualmente, se tienen registradas 117 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).</li> <li>Convenio de Prestación de Servicios Médicos y Quirúrgicos entre el cuerpo de guardias de seguridad industrial, bancaria y comercial del Valle de Cuautitlán Texcoco (CUSAEM).</li> <li>Convenio de Prestación de Servicios Hospitalarios, cubiertos con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastrófico.</li> </ul>	<p>Convenio de colaboración en materia de prestación de servicios a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y Compensación Económica.</p> <p>Contrato Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico.</p> <p>Convenios firmados.</p>
3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización	<p>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 elaboró el estudio de costo-beneficio el cual fue enviado a la DGPOP para su revisión. Asimismo, se realizaron los trabajos para la inclusión del proyecto en el Plan Maestro de Infraestructura de la DGDIF (elaboración de planos, programa arquitectónico y programa de mobiliario y equipo).</p> <p>Las actividades comprometidas en esta línea de acción para el 2016, relacionadas con el registro en cartera de inversión de la SHCP y gestión para la obtención de apoyo económico para la construcción y equipamiento, no se pudieron realizar debido a que se dio prioridad al proyecto del acelerador lineal, no obstante, estas actividades se realizarán para el 2017.</p>	<p>Dirección de Administración/Subdirección de Recursos Financieros/ Subdirección de Conservación y Mantenimiento.</p> <p>Estudio de costo-beneficio.</p>
3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del HJM	<p>Se cuenta con la propuesta de reparación por un ingeniero estructurista con base en el estudio de mecánica de suelos, asimismo se cuenta con el catálogo de conceptos.</p> <p>Se envió al Director General de la 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.</p> <p>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, contaba con observaciones que debían ser atendidas para continuar con la gestión, por lo que se atendieron las observaciones y se envió al Director General de la DGPOP el programa corregido y se solicitó su gestión para el registro en cartera de inversión, quedando a la espera de recibir respuesta.</p>	<p>Dirección de Administración/ Subdirección de Conservación y Mantenimiento.</p> <p>Propuesta de reparación del estacionamiento.</p> <p>Oficio DG/DA/SRF/0847/2016 del 23 de noviembre de 2016.</p>

Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	<p>Con el propósito de poner en operación un acelerador lineal que beneficie a los pacientes oncológicos que reciben tratamiento mediante bomba de cobalto 60, se elaboró el proyecto médico-arquitectónico para ser registrado en cartera de inversión de la SHCP. Igualmente, se envió para revisión por parte de la Comisión Nacional de Protección en Salud.</p> <p>En relación a la búsqueda de apoyos económicos para desarrollar el proyecto, se determinó que la fuente de financiamiento será a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud y se iniciarán las gestiones para obtener el recurso.</p> <p>Al periodo que se informa, se encuentra en trámite la solicitud del Certificado de Necesidades de Infraestructura ante la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, para continuar con las gestiones para el registro en cartera de la SHCP.</p>	<p>Dirección de Administración/ Subdirección de Conservación y Mantenimiento.</p> <p>Proyecto médico- arquitectónico.</p> <p>Oficio DG/DA/SRF/0716/2016 del 05 de octubre de 2016.</p>

Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
4.1.2 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – cultural.	Se realizó el programa cultural programado alusivo al Día de Muertos con la participación de médicos residentes extranjeros con la elaboración de carteles donde mostraban cómo se celebra el día de muertos en Bolivia y Ecuador, y la asistencia de 150 médicos residentes. Asimismo, en colaboración con la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud se presentaron ofrendas, concurso de "calaveras y catrinas".	Unidad de Enseñanza  Programa del evento.
4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – inglés.	Se presentaron a la Dirección de Administración, tres propuestas de instituciones académicas que imparten cursos de inglés que no fueron aceptadas por falta de recursos institucionales.	Unidad de Enseñanza  Oficios Nos. UE/CECAD/071/2016 de fecha 3 de mayo 2016, UE/CECAD/091/2016 de fecha 17 de mayo 2016 y respuesta DG/0371/2016 del 31 de mayo 2016.
4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – estímulos	Se realizó la convocatoria para el reconocimiento a los jefes de servicio más destacados, ampliando de dos proyectados a ocho el número de servidores reconocidos de todas las direcciones. Servicios de Maxilofacial, Reumatología, División de Investigación, CECAD, Coordinación del Programa de Estímulos, Jefatura de Enfermería (2), Abastecimiento, Análisis de Procesos y Transparencia	Unidad de enseñanza  Evaluaciones de los jefes de servicio y departamento.  Constancias de reconocimiento del 16/12/2016

Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
4.1.5 Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Rehabilitación.	<p>La Subdirección de Recursos Humanos llevó a cabo la verificación de la situación de profesionalización del personal paramédico del Hospital que participó en la Convocatoria, a través de la revisión de los perfiles académicos y de la documentación necesaria para ingresar al proceso de profesionalización.</p> <p>Al periodo que se informa, se profesionalizaron un total de 88 trabajadores del Hospital.</p> <p>Se promovió el proceso de certificación de enfermería, siendo al periodo de reporte un total de 83 enfermeras profesionalizadas del Hospital. De igual forma, se favoreció la profesionalización del personal de Trabajo Social, siendo tres trabajadoras sociales profesionalizadas.</p> <p>Por último, con la finalidad de continuar con el proceso de ofertar facilidades para la profesionalización del personal, en el mes de octubre se recibió el Programa de Promoción por Profesionalización para el siguiente ejercicio, por lo cual se realizó la difusión de dicha convocatoria.</p>	<p>Subdirección de Recursos Humanos.</p> <p>Listado de personal profesionalizado.</p> <p>Oficio DGRH/5200/2016 del 04 de octubre de 2016.</p>

Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
5.1.1 Transparencia Proactiva.	<p>Se realizó un análisis de las solicitudes de acceso a la información para identificar la información más recurrente.</p> <p>Se conformó un grupo de trabajo integrado por personal de las Direcciones de Planeación Estratégica y Administración, Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica, Órgano Interno de Control y Unidad de Transparencia, con la finalidad de realizar un inventario de datos y publicarlo en el portal electrónico datos.gob.mx.</p> <p>Se realizó un inventario de información conformado por 86 documentos electrónicos y/o físicos, de los cuales se seleccionaron cuatro, referentes a Sistema Hematix (Información de donadores), Inventario de bienes del Hospital, Estadísticas de cursos de capacitación y Participantes beneficiados con los cursos de Educación Continua; mismos que fueron publicados en el portal datos.gob.mx.</p> <p>Por otra parte, derivado de un análisis a las solicitudes de información del ejercicio anterior, se detectaron algunos temas recurrentes, por lo que se publicaron siete nuevos temas de interés general en el portal institucional en el apartado de Transparencia focalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabulador de cuotas</li> <li>• Estudios Socioeconómico</li> </ul>	<p>Departamento de análisis de procesos y transparencia.</p> <p>Evaluación emitida por la SFP.</p> <p>Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT).</p> <p>Portal electrónico datos.gob.mx.</p> <p>Portal institucional del Hospital Juárez de México.</p>

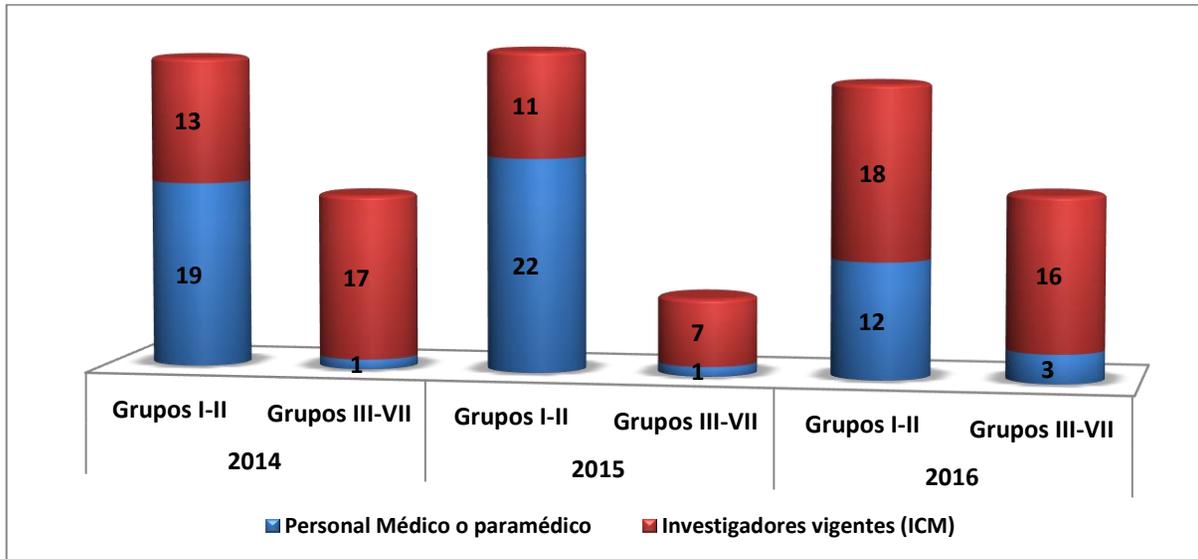
Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de Gastos Catastróficos</li> <li>• Solicitudes de información</li> <li>• Contratos</li> <li>• Estadísticas generales</li> <li>• Donación de Sangre</li> </ul> <p>Además, se cumplió con el 100% en materia de acciones de transparencia emitidas por la Secretaría de la Función Pública.</p>	
5.2.1 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - medios digitales	<p>Antes de cada entrevista con un medio, el personal de la UCS imparte un Couching personalizado sobre el manejo de cámara, apoyo con frases puente, preguntas generales, preguntas difíciles y el mensaje institucional.</p> <p>La sinergia y trabajo en equipo se logra mediante campañas de difusión en las redes sociales oficiales del Hospital acerca de los cursos, talleres y congresos que son organizados por los diferentes servicios y médicos de la Institución. De igual manera, se gestionaron entrevistas en medios de comunicación para crear un espacio de oportunidad donde los médicos pudieran hablar de los mismos.</p> <p>Gestión ante el CIIMEIT para alimentar de manera permanente el Portal Institucional, previa revisión de imagen y contenido.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Publicaciones en el portal institucional.</p>
5.2.2 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas.	<p>Por medio de las redes sociales (Facebook y Twitter) se ha apoyado al seguimiento de quejas y sugerencias de los usuarios, se dirigen al área adecuada para su correcto manejo.</p> <p>Con la comunicación de dos vías que nos permiten las redes sociales los temas de entrevistas que gestionan la Unidad de Comunicación Social son apoyados por las peticiones que se realizan dentro de las publicaciones de las redes.</p> <p>El incremento de las entrevistas se debió a la proactividad del departamento para que por medio de relaciones públicas se gestionaran espacios fijos dentro de programas de televisión a nivel nacional (como Efecto TV y Radorama) así mismo el calendarizar los días mundiales se vio reflejado en mejor manejo de la información y enviarlos a Comunicación Social de Salud Federal tuvo mayor impacto en su publicación.</p> <p>Gestión ante el CIIMEIT para alimentar de manera permanente el Portal Institucional, previa revisión de imagen y contenido.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Publicaciones en el portal institucional, redes sociales, medios impresos y digitales.</p>
5.2.3 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos.	<p>Antes de cada entrevista con un medio, el personal de la UCS imparte un Couching personalizado sobre el manejo de cámara, apoyo con frases puente, preguntas generales, preguntas difíciles y el mensaje institucional.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Videos y audios de entrevistas y Blog.</p>
5.2.4 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - cultura de calidad.	<p>Se realizaron 14 eventos relacionados a clima laboral.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Fototeca de los eventos.</p>

Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2016	Área / Evidencia de cumplimiento
	Se llevaron a cabo cuatro campañas permanentes en el Hospital, referentes a Lavado de manos, Día naranja, para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, Concientización sobre el cáncer de mama y #JuárezenElTiempo.	
5.2.5 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - satisfacción laboral	Se realizaron 14 eventos sociales y culturales a lo largo del año que reafirmaron el sentido de pertenencia a los trabajadores del Hospital con la institución  Se realizó la caravana de la salud por parte de la delegación Gustavo A. Madero en la cual se podían realizar estudios, graduar lentes y cortar el cabello los trabajadores y familiares que quisieran acudir en la semana del 8 al 11 de noviembre del 2016.	Unidad de Comunicación Social  Fototeca de los eventos.
5.2.6 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - comunicación electiva	En coordinación con la Secretaría de Salud, la Unidad de Comunicación Social del Hospital Juárez de México, realizó cuatro ruedas de prensa con los temas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer trasplante renal cruzado.</li> <li>• Reconstrucción y microcirugía vascular.</li> <li>• Anorexia y bulimia, problema que afecta a los infantes.</li> <li>• Dr. Q y el equipo médico del HJM realizan cirugías a pacientes de escasos recursos.</li> </ul>	Unidad de Comunicación Social  Notas y Boletín publicados en Blog.
5.3.3 Implementación de un SGP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	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, Archivo Clínico, Urgencias y áreas de Recursos Financieros; con la finalidad de detectar los procesos administrativos (módulos) a incluir en el SGP.  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.  En conjunto con un proveedor se desarrolló el SGP, conformado en su primera fase por los módulos de admisión, archivo, urgencias y cajas.  Se tiene un avance del 90% en el desarrollo del código y modificaciones a la base de datos de la estructura del SGP, permitiendo capacitar en el uso de los módulos, a personal de las áreas de Archivo Clínico y Admisión Hospitalaria.  Se puso en operación el módulo de Archivo Clínico, encontrando diversas observaciones por parte de los usuarios de carácter administrativo/proceso, así como cierta inestabilidad del aplicativo, las cuales se encuentran en fase de corrección y ajuste.  Cabe señalar, que la puesta en operación de los módulos de Admisión, Cajas y Urgencias, así como la incorporación de integración de nuevos servicios se realizará en 2017, debido a la falta de presupuesto e infraestructura de equipo de cómputo.	Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica  Sistema de Gestión de Pacientes  Carpeta 2016 de seguimiento del Sistema de Gestión de Pacientes.

### 1.3. ASPECTOS CUALITATIVOS

#### INVESTIGACIÓN

##### 1. Número de artículos



La gráfica muestra los artículos científicos publicados durante los años 2014, 2015 y 2016, por los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores (SII), y del personal médico sin nombramiento en el SII.

Durante el 2016, se publicaron un total de 49 publicaciones totales en el Hospital del grupo I a VII, de las cuales 34 fueron realizadas por Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento en el SII y 15 publicaciones por el personal médico, mostrando un incremento del 19.5% en el número total de publicaciones con relación a las registradas en 2015, periodo en el cual donde se alcanzaron 41 publicaciones.

De las 34 publicaciones de los investigadores con nombramiento vigente en el SII, 16 corresponden a los grupos III a VII, y 18 a los grupos I a II, lo que representó un aumento del 88.8% en el total de publicaciones por los Investigadores en Ciencias Médicas con respecto a 2015, donde se alcanzaron 18 publicaciones (7 publicaciones grupos III a VII y 11 publicaciones grupos I-II).

Por otra parte, durante el periodo de reporte, 39 médicos adscritos participaron con 15 publicaciones totales (grupo I-VII), lo que representó una disminución del 34.8% en el número de publicaciones con respecto al 2015, año en el cual se alcanzaron 23 artículos (grupos I a VII). Este resultado aparentemente desfavorable se debió en gran medida a que tres de los médicos investigadores que publican cotidianamente, lograron durante el 2016, su nombramiento de Investigador en Ciencias Médicas en el SII, por lo tanto su productividad

científica se reflejó en el número de artículos por parte de los investigadores con nombramiento vigente.

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

El número de investigadores con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas en el Sistema Institucional de Investigadores, fue de 19 mostrando un incremento del 18.7% con respecto a los 16 investigadores registrado en 2015. Este resultado obedece a que tres Jefes de División del área Médica ingresaron al SII con nombramiento ICM "A".

Cabe mencionar, 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. Además, 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 nombramiento vigente en el SII		
	2014	2015	2016
ICM A	2	2	4
ICM B	5	1	3
ICM C	6	9	9
ICM D	3	3	2
ICM E	0	0	0
ICM F	1	1	1
Emérito	0	0	0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>19</b>

Plantilla de Investigadores 2016						
No.	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Puesto		Categoría CCINSHAE
1	Tovar	Rodríguez	José María	Investigador médicas "A"	en Ciencias	ICM A
2	Nieto	Velázquez	Nayeli Goreti	Investigador médicas "B"	en Ciencias	ICM B
3	Ruiz	Pérez	Nancy Jannet	Investigador médicas "B"	en Ciencias	ICM B
4	Razo Blanco	Hernández	Dulce Milagros	Investigador médicas "B"	en Ciencias	ICM B
5	Frías	de León	María Guadalupe	Investigador médicas "C"	en Ciencias	ICM C

6	Toscano	Garibay	Julia Dolores	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
7	Beltrán	Ramírez	Olga	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
8	Reyes	Hernández	Octavio Daniel	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
9	Bonilla	Delgado	José	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
10	Cortés	Malagón	Enoc Mariano	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
11	Flores	Estrada	José Javier	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
12	Sierra	Martínez	Mónica	Investigador en Ciencias médicas "C"	ICM C
13	Ramírez	Bello	Julián	Investigador en Ciencias médicas "D"	ICM D
14	Ortiz	López	María Guadalupe	Investigador en Ciencias Médicas "F"	ICM D
15	Moreno	Eutimio	Mario Adán	Jefe de División	ICM C
16	Lugo	Zamudio	Gustavo Esteban	Jefe de División	ICM A
17	Pérez	Cruz	Elizabeth	Jefe de División	ICM A
18	Barbosa	Cobos	Rosa Elda	Jefe de División	ICM A
19	Moreno	Rodríguez	José	Director de Área	ICM F

### **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 0.9 artículos por investigador, mostrando un aumento en un 28.6% con relación a 2015, que fue de 0.7 artículos por investigador. Este resultado se debió primordialmente al impulso de publicar en la revista del Hospital Juárez de México, para corregir el retraso editorial que presentaba.

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

La productividad de artículos de los grupos III-IV-V-VI-VII por investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas, fue de 0.8, mostrando un incremento del 100% con relación a la alcanzada en el 2015 que fue de 0.4. Las causas por las cuales se tuvo un resultado favorable, se debió a la calidad y relevancia de las investigaciones que se realizan en el Hospital, lo que permitió que los trabajos fueran publicados en revistas de alto impacto.

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

Durante el 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, lo que representa un aumento del 25% con respecto al 2015 que fue de 0.4 publicaciones. Este resultado favorable se debió, a un aumento de las publicaciones de alto impacto con respecto al aumento de las publicaciones del grupo I-II.

## 6. Sistema Nacional de Investigadores.

Durante el 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.

Número de Investigadores con nombramiento vigente en el SNI			
Nivel	2014	2015	2016
Candidato	5	4	2
SNI I	5	5	9
SNI II	1	2	1
SNI III	0	0	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

## 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.

En el 2016, 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, mostrando un decremento 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 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 2.8, mostrando un incremento del 22.7% con respecto al mismo periodo de 2015 que fue de 2.2. La causa por la que se tuvo un resultado favorable se debió a la publicación de 49 artículos en el Hospital (34 por parte de los investigadores con nombramiento en el SII y 15 publicaciones por parte del personal del Hospital que no cuenta con nombramiento en el SII), además de la publicación de un libro y 11 capítulos en libro, lo que permitió lograr 61 publicaciones totales producidas en el Hospital, divididas entre 22 investigadores con nombramiento en el SII y/o SNI.

## 9. Producción editorial.

En el periodo que se informa, se escribieron y publicaron cinco capítulos en libro y un libro en el Hospital, por parte de investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento en el SII.

Además de seis capítulos en libro por personal del Hospital que no cuenta con nombramiento en el SII; lo anterior permitió alcanzar 12 productos editoriales, lo que significó un avance importante con respecto al mismo periodo de 2015 en el cual sólo se publicaron dos capítulos en libro. Este resultado favorable se debió al trabajo de cuatro años en la preparación del libro “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel” donde participaron investigadores, personal médico y paramédico del hospital, en la escritura de 11 capítulos.

**Libro:**

1. Ramírez-Bello Julian. Genómica estructural y funcional en las enfermedades multifactoriales. Leeaeditoreal. México, Ciudad de México, 2016. Páginas 656. ISBN: 978-607-96893-5-3.

**Capítulos en libro:**

1. Ramos-Teresa M, Barbosa Cobos RE, Pedroza-Seres Miguel. Capítulo 04: Inmunología Ocular. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 63-72. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
2. González-Ibarra M, Capítulo 9: Alérgenos en vías respiratorias y digestivas. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 143-170. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
3. Verdejo-Hernández B, Rojas-Ramos E, Martínez-Jiménez NE, García-Jiménez E, Chávez-Zúñiga MI. Capítulo 10: Inmunidad respiratoria contra los virus. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 171-188. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
4. Rojas-Ramos E, Martínez-Jiménez NE, Verdejo-Hernández B, García-Jiménez E, Chávez-Zúñiga MI. Capítulo 13: La mucosa intestinal como parte importante del sistema inmune. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 215-226. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
5. Vargas-Hernández VM, Arroyo-Álvarez K. Capítulo 16: Inmunología del embarazo. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 255-272. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
6. Vargas-Hernández VM. Capítulo 19: Inmunología del cáncer. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 309-316. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
7. Moreno-Eutimio MA, De León-Lara E. Capítulo 20: El sistema inmunitario en el tracto genital femenino. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 317-330. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
8. García-Jiménez E, Calderón-Pizaña DL, Verdejo-Hernández B, Chávez-Zúñiga MI. Capítulo 21: Biología molecular del virus del papiloma humano y la inmunología del hospedero en respuesta a la infección. En Acosta-Altamirano G y col. “Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel”. Editorial Universum. México, 2016. Pp 331-346. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.

9. Serafín-Higuera NA, Rodríguez-Uribe G, Bonilla-Delgado J, Cortés-Malagón EM, Moreno-Eutimio MA, Contreras-Patiño RG, Acosta-Altamirano G, Rodríguez-Peña ON, Gariglio-Vidal P. Capítulo 22: Respuesta inmunológica ante la infección por virus del papiloma humano. En Acosta-Altamirano G y col. "Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel". Editorial Universum. México, 2016. Pp 347-360. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
10. Acosta-Altamirano G, Reyes-Montes MR, Cruz-Cruz PR, Frías de León MG. Capítulo 23: Aspectos inmunitarios de la vagina. En Acosta-Altamirano G y col. "Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel". Editorial Universum. México, 2016. Pp 361-366. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.
11. Moreno-Eutimio MA, Acosta-Altamirano G, Nava-Matz LE. Capítulo 25: Sistema inmunitario en la piel. En Acosta-Altamirano G y col. "Aspectos Inmunitarios de Mucosas y Piel". Editorial Universum. México, 2016. Pp 377-401. Páginas: 402. ISBN 978-607-7555-19-3.

#### **10. Número de tesis concluidas.**

Durante el 2016, se concluyeron 105 tesis, de las cuales 103 tesis son de especialidad, una de Maestría en Ciencias en Inmunología y otra de Doctorado en Biomedicina, lo que representó un aumento del 28% con respecto al mismo periodo de 2015, en el cual se lograron 82 tesis (79 de especialidad y tres de maestría en Ciencias). Los temas abordados se relacionaron con las patologías de mayor frecuencia en las diferentes especialidades dentro del Hospital.

#### **11. Número de proyectos con financiamiento externo.**

Durante el 2016, el número de proyectos de investigación vigentes que cuentan con financiamiento externo para su ejecución fueron siete, de los cuales dos son protocolos vigentes con la industria farmacéutica (Bayer Healthcare AG y Laboratorios Senosian S.A. de C.V) y cinco son protocolos financiados con fondos del CONACYT; de ellos dos con el fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS 182209 y 233107), dos con el Fondo SEP-CONACYT (CB242506 y CB258765) y uno con el fondo de Proyectos de Desarrollo Científico para Atender Problemas Nacionales (PDCPN2013-01216112). Lo que representó un protocolo menos, con respecto al 2015 (cuatro con la industria farmacéutica y cuatro con CONACYT). Es importante mencionar que durante el ejercicio 2016, sólo se recibió financiamiento de dos proyectos de CONACYT por un monto de \$574,000.00 pesos, relacionados a su segunda etapa (PDCPN2013-01216112 y FOSISS 233107).

<b>Número de proyectos con financiamiento externo</b>			
<b>Año</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Industria farmacéutica	5	4	2
Agencias no lucrativas	2	4	5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

## 12. Premios, reconocimientos y distinciones recibidos

Durante el 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 2015, en el cual se recibieron 11 reconocimientos (cuatro promoción de categoría en el SII y siete estímulos de productividad a los ICM).

## 13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución

- 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 morbilidad 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 por los investigadores con nombramiento vigente en el SII

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**. Antimycoticactivity and genotoxicevaluation of Citrus sinensis and Citrus latifolia essentialoils. ScientificReports 2016; 3(6):25371.
2. Sandoval-Basilio J, Serafín Higuera N, **Reyes-Hernandez O.D.**, Serafín Higuera I, Leija-Montoya G, Blanco-Morales M, **Sierra-Martínez M**, Ramos-Mondragón R, García S, López-Hernández L.B., Yocupicio-Monroy M, Alcaraz-Estrada S.L.

LowProteolitycClipping of Histone H3 in Cervical Cancer. J.Cancer .2016; (7):1856-1860.

3. Organista-Nava J, Gómez-Gómez y, Ocadiz-Delgado R, García-Villa E, **Bonilla-Delgado J**, Lagunas-Martínez A, Santa-Olalla-Tapia J, Lambert P.F. Garcia-Carranca A. The HPV16 E7 oncoproteinincreasestheexpression of Oct3/4 and stemness-related genes and augmentscellself-renewal .Virology 2016; 499:230-242.
4. Flores-Perez Ali, Marchat L.A., Rodríguez-Cuevas S, Bautista-Peña V, Hidalgo-Miranda A., Arechaga-Ocampo E, **Sierra-Martínez M**, Palma-Flores C, Fonseca-Sánchez M.A., Astudillo-de la Vega H, Ruiz-García E, González-Barrios J.A., Pérez-Plascencia C.,Streber M.L., López Camarillo C. Dual targeting of ANGPT1 and TGFBR2 genes by miR-204 controls angiogenesis in breast cáncer. ScientificReports 2016;(5)6:34504
5. **Nieto-Velázquez N.G**, Torres-Ramos Y.D, Muñoz-Sánchez J.L, Espinosa-Godoy L, Gómez-Cortés S. **Moreno J, Moreno-Eutimio M. A.** Altered Expression of Natural Cytotoxicity Receptors and NKG2D on Peripheral Blood NK Cell Subsets in Breast Cancer Patients. TranslOncol 2016; 384-391.
6. Lobato-Álvarez J.A., Roldán M.L., Lopez Murillo T. del C., González-Ramírez R, **Bonilla-Delgado J.**, Shoshani L. The apical Localization of Na<sup>+</sup>,K<sup>+</sup>-ATPase in cultured Human Retinal Pigment Epithelial Cells Depends of the β<sub>2</sub> Subunit. Front. Physiol 2016. 7:450

### Grupo III

7. 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. ClinRheumatol 2016; 03:1-6.
8. **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 MusculoskeletDisord 2016; 17(1):79.
9. Mendoza-Rincón JF, Rodríguez-Elias AK, Fragoso JM, Vargas-Alarcón G, Maldonado-Murillo K, Rivas-Jiménez ML, **Barbosa-Cobos RE**, Jiménez-Morales S, **Lugo-Zamudio G**, Tovilla-Zárate C, **Ramírez-Bello J.** MHC2TA and FCRL3 genes are notassociatedwithrheumatoidarthritis in Mexicanpatients. RheumatolInt 2016; 36(2):249-54.

10. **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.
11. **Moreno-Eutimio M.A**, Espinosa-Monroy L, Orozco-Amaro T, Torres-Ramos Y, Montoya-Estrada A, Hicks J.J., Rodríguez-Ayala E, Del Moral P, **Moreno J**, Cueto -García J. Enhanced healing and anti-inflammatory effects of a carbohydrate polymer with zinc oxide in patients with chronic venous leg ulcers: Preliminary results. *Arch Med Sci* 2016.
12. Damián-Morales G, Serafin-Higuera N, **Moreno-Eutimio M.A**, **Cortés -Malagón E.M**, **Bonilla-Delgado J**, Rodríguez-Urbe, Ocadiz-Delgado R, Lambert P.F, Gariglio P. The HPV16 E7 Oncoprotein Disrupts Dendritic Cell Function and Induces the Systemic Expansion of CD11b+ Gr1+ Cells in a Transgenic Mouse Model. *Biomed Res Int* 2016.
13. Alarcón-Millán J, Fernández-Tilapa G, **Cortés-Malagón E.M.**, Castañón-Sánchez C.A., Sampedro-Reyes J, Cruz-Del Carmen I, Betancourt-Linares R, Roman-Roman A. Clarithromycin resistance and prevalence of *Helicobacter pylori* virulent genotypes in patients from Southern México with chronic gastritis. *Infection, Genetics and Evolution*. 2016; (44) 190-198.
14. **Frias-de León M.G**, Ramírez -Bárceñas J.A., Rodríguez- Arellanes G, Velasco-Castrejón O, Taylor M. L., Reyes-Montes M del R., Usefulness of molecular markers in occupational and recreational histoplasmosis outbreaks. *Folia Microbiol*. 2016.
15. Reyes-Montes M.R., Pérez-Huitrón M.A., Ocaña-Monroy J.L., **Frias-de León M.G.**, Martínez- Herrera E.O., Arenas R., Duarte-Escalante E. The habitat of *Coccidioides* spp. And the role of animals as reservoirs and disseminators in nature *BMC Infectious diseases* .2016.Vol. 16:550.
16. Sánchez-Pozos K, Rivera-Santiago C, García-Rodríguez Helena, **Ortiz-López MG**, Peña-Espinoza B.I., Granados-Silvestre M de los A., Llerena A. Menjivar M. Genetic Variability of CYP2C9\*2 and CYP2C9\*3 in seven indigenous groups from México. *Pharmacogenomics*. 2016. 17(17)1881-1889.

## Grupo II

17. García-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.
18. 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.

19. **Lugo-Zamudio GE, Barbosa-Cobos RE**, González-Ramírez LV, **Delgado-Ochoa D.** Tuberculosisrheumatism "Poncet'sdisease". Case report. Cir Cir. 2016. 84(2):169-72.
20. Rodríguez-Elías AK, Maldonado-Murillo K, López-Mendoza LF, **Ramírez-Bello J.** Genética y genómica en artritis reumatoide (AR): una actualización. GacMedMex 2016;152:218-27.
21. Somilleda-Ventura S.A., García- Rubio Y.S., **Razo Blanco- Hernández D. M., Lima-Gómez V.** Asociación entre la mejoría visual y el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, en edema macular diabético, Cir Cir. 2016. 84 (4):269-274
22. 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

### Grupo I

23. 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. MedIntMex. 2016; 32(1).
24. **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. ClinInvest Gin Obst 2016; 43(1):12-16.
25. Rodríguez-Wong U, Ocharán-Hernández ME, **Toscano-Garibay J.** Diltiazem tópico en el dolor postoperatorio de hemorroidectomía con técnica cerrada. RevGastroenterolMex 2016; 81(2): 74-79.
26. \*\*\*Chávez-Ocaña S, Bravata-Alcántara J.C, Acosta-Altamirano G, Reyes Hernández O, **Sierra-Martínez M.** Uso de citometría de flujo para detectar células tumorales circulantes en pacientes con cáncer de mama .RevHospJuaMex 2015; 82 (3,4) 155-164.
27. \*\*\*Rodríguez-Ballesteros D.C., García-Moreno-Mutio S.L., **Jaimes-Santoyo J, Barbosa-Cobos R.E.**, de Montesinos -Sampedro A., **Beltran-Ramírez O.** Metilación del ADN en cáncer de mama RevHospJuaMex 2015; 82 (3,4) 165-168.
28. Bravata-Alcántara J.C., Cortés Ortiz I.A., Méndez-Velázquez J.J., Jiménez-Barba B.E., Chávez-Ocaña S, **Sierra Martínez M.** Prevalencia de Agentes virales en pacientes asociados a infecciones respiratorias en vías bajas. RevHospJuaMex 2016; 83 (1,2):5-10.

29. Vargas Hernández V, **Tovar Rodríguez J.M**, Ferrer-Arreola L.P. Loranca-Moreno P. El síndrome de hiperandrogenismo, insulinoresistencia y acantosis nigricans o síndrome de HAIR-AN. Presentación de siete casos y revisión de la literatura. RevHospJuaMex 2016; 83 (1,2):11-16.
30. **Pérez -Cruz E**, González-Saucedo K. Evaluación de la adherencia a guías clínicas para la prescripción de nutrición parenteral en pacientes pediátricos. RevHospJuaMex 2016; 83(1,2):17-22.
31. **Barbosa-Cobos R.E**, De Anda-Turati A.M, Lugo-Zamudio G.E, De la Torre-González C.E, Queratitis ulcerativa periférica: una manifestación de la artritis reumatoide. AnMed (Mex) 2016; 61 (3):195-201
32. **Moreno-Eutimio M.A**. Inflamación y sepsis. RevHospJuaMex 2016; 83 (3): 86-91
33. Aldapa-Vega G, Pastelín-Palacios R, Isibasi A, **Moreno-Eutimio MA**, Lopez- Macías C. Modulación de la respuesta inmune por los lipopolisacáridos bacterianos. RevAlergMex. 2016;63(3):293-302
34. Villegas-Ruiz V, **Moreno J**, Jácome-López K, Zentella-Dehesa A, Juárez-Méndez S. Quality Control Usage in High-Density Microarray Reveals Differential Gene Expression Profiles in Ovarian Cancer Asian P J Cancer Prev 2016; 17 (5), 2519- 2525.

Por parte de los Médicos adscritos al Hospital sin nombramiento en el SII:

#### **Grupo V**

1. Gorordo-Delsol LA, Jiménez-Ruiz A, Zamora-Gómez SE, **Castañón-González JA**. Body Mass Index and Acute Kidney Injury. Crit Care Med.2016. 44(8):767-768

#### **Grupo IV**

2. The international Surgical Outcomes Study group. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high income countries. Br J Anaesth. 2016.117 (5):601-609.

#### **Grupo III**

3. Polanco C, **Castañón- González JA**, Buhse T, Uversky VN, ZonanaAmkie R. Classifying lipoproteins based on their polar profiles. Acta Biochim Pol 2016; 63(2) 235-241.

## Grupo I

4. **\*\*\*Cruz-Reyes J.M, Pérez-Corona T, Porrás Escorcía O, Altamirano-Arcos C.A, Vargas-Mejía J.L, Godínez-Franco L.S.** Paragangliomagangliocítico del ampulla de Vater, resección endoscópica .RevHospJuaMex 2015; 82(3,4):173-176.
5. Figueroa-García M del C, Rivera-Valencia M, **Sosa Duran E E**, Saavedra Molina F A , Mejía-Zepeda R. Perfil glicémico durante al ayuno en ratas macho-Wistar con diabetes tipo 2. RevHospJuaMex 2016; 83 (1,2): 23-30.
6. **López-Riverol O**, Camacho-Limas C. P., Gerson-Cwilich R. Síndromes paraneoplásicos. Diagnóstico y tratamiento. RevHospJuaMex 2016; 83 (1, 2) 31-40.
7. **Felix-Esquer T.A. Muñoz-Valencia M.E., Torres-Amaya M.A.** Encefalitis autoinmune asociada con anticuerpos contra el receptor de N- metil- D- Aspartato. RevHospJuaMex 2016; 83 (1,2) 52-55.
8. Lima-Lucero I.M., **Castañón-González J.A., Gorordo-Delsol L.A.** Neumonía asociada a ventilador por Comamonastestosteroni. RevHospJuaMex 2016; 83 (1,2):56-57.
9. Vázquez-Santacruz E, **Antonio-Manrique M**, Acosta-Altamirano G, Gamboa-Zúñiga M. Development of assitiveroboticbedsforhospitals. RevHospJuaMex 2016; (3):66-74.
10. **Antonio-Cisneros A, Antonio Manrique M, Chávez-García M.A., Hernández-Velázquez N.N., Pérez-Valle E, Pérez-Corona T, Cerna-Cardona J.** Factores pronósticos de preparación intestinal inadecuada en colonoscopia. RevHospJuaMex 2016; (3): 75-79.
11. **Ulloa-Ricárdez A, Meneses-Roldán E, Del Castillo-Medina A.** Niveles de pH y lactato en sangre de cordón umbilical en recién nacidos con asfisia perinatal. Repercusión clínica. RevHospJuaMex 2016;83 (3) 80-85.
12. **Vargas-HernándezV.M., Vargas-Aguilar V.M., Aboharp-Hasan Z, Sosa-Duran E.E.** Cáncer de ovario de la detección a la prevención. RevHospJuaMex 2016; 83 (3): 92-104.
13. **Pérez-González T.F., Rodríguez Blas A.I., Villanueva Ocampo P, Casián-Castellanos G.** Gastrosquisis asociada a síndrome de banda amniótica. RevHospJuaMex 2016; 83 (3) 105-108.
14. **Rodríguez-Blas A.I., Díaz-García J.D., Salinas-Ramos C.R., Barrios-Santos E., Rocha Rodríguez M.G.** Vena renal izquierda retroaórtica. RevHospJuaMex 2016; 83 (3) 109-112.

15. Torres-Guerrero H, Martínez Espinosa I, **González-Ibarra M**, Aguirre García M. Distribution of Candida Species and Molecular Typing of C. albicans Isolates in a Mexico City Tertiary Care Hospital from 2011 to 2013. Open Journal of Medical Microbiology. 2016 (6) 66-79.

\*\*\*El volumen de la RevHospJuaMex, corresponde al 2015, pero fue publicado en el 2016, debido a un retraso editorial.

## Otros Aspectos

### Estado de las Investigaciones.

Estado del protocolo	Iniciado en 2016	En proceso de años anteriores	Terminados	Suspendidos	Cancelados	Total
Número de protocolos	10	23	23	0	13	69

Número de protocolos por área de Investigación				
Biomédica	Clínica	Sociomédica/ Epidemiológica	Tecnológica	Total
29	36	4	0	69

### 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, se desarrollan 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 infecciosas, cáncer de útero y de mama, y enfermedades autoinmunes; 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 2016, no se firmó ningún convenio de colaboración en materia de investigación.

### **Informe de Sesiones de Comités Internos**

Durante el 2016, el Comité de Investigación sesionó en 12 ocasiones de forma ordinaria, el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Bioseguridad sesionaron en 11 ocasiones. Se recibieron 22 protocolos de investigación para evaluación de los cuales únicamente fueron aprobados y autorizados diez por parte de los tres Comités.

### **Logros de la Dirección de Investigación**

Los logros más importantes durante el 2016 fueron:

- Se alcanzaron 34 publicaciones por los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el SII, de las cuales, 16 (47%) correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), y ocho de estas publicaciones (50%) el autor principal y/o el autor correspondiente son investigadores del Hospital.
- 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”.
- Se logró el apoyo para el protocolo titulado “Polimorfismos del gen TNFAIP3 y su papel en la patogenia de la artritis reumatoide” y “Papel del receptor para hidrocarburos arilo (AhR)” de la convocatoria del Fondo SEP-CONACyT (CB201401-242506 y CB201501-000258156, respectivamente).

### **Debilidades de la Dirección de Investigación**

Las debilidades más importantes durante el 2016 fueron:

- Espacio físico insuficiente e inadecuado en las unidades de investigación, para el desarrollo de la investigación.
- Insuficiente presupuesto destinado para realizar investigación.
- Equipos especializados para investigación desplazados por nuevas tecnologías que no están al alcance de los investigadores. Además, se cuenta con equipos especializados sin programas de mantenimiento preventivo.

### **Informe del Programa Anual 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 34 artículos, de los cuales 16 fueron de alto impacto (grupos III-VII), destacando seis del grupo IV en el área de enfermedades infecciosas, cáncer de mama y cervicouterino. Además, ocho de las publicaciones de alto impacto el autor principal y/o el autor correspondiente son investigadores del Hospital.

Se tienen nueve 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.

**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				<b>Promedio de productos por investigador Institucional</b> V1: Productos institucionales totales producidos / V2: Total de Investigadores institucionales vigentes	26 = 1.4 19	Anual	N/A	49 = 2.6 19 Se tuvo un cumplimiento del 2.6 en el promedio de productos por investigador institucional, con relación a la meta programada de 1.4%. La variación en el cumplimiento del indicador con relación a la meta programada se debió, a que durante el 2016, se publicaron un total de 49 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.	<b>Porcentaje de artículos científicos publicados por investigadores sin nombramiento por SI</b> 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	15 = 30.6% 49 Se tuvo un cumplimiento del 30.6% 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 2016, se publicaron 15 artículos por personal sin nombramiento de los 49 artículos institucionales.
3		2. Investigación y enseñanza de vanguardia.		<b>Porcentaje de artículos científicos publicados en conjunto por investigadores con nombramiento por el SI y personal médico y/o paramédico</b> 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	5 = 10% 49 Se tuvo un cumplimiento del 10% 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 2016, se publicaron cinco artículos donde participó Investigadores con nombramiento por el SI y personal médico y/o paramédico de la institución.
4	Aumentar el número de investigadores con nombramiento en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) derivado de la alta productividad científica.			<b>Índice de investigadores institucionales de alto nivel</b> 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	12 = 54.5% 22 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.
5			2.1.4 Priorización de temas estratégicos y publicaciones científicas de alto impacto.	<b>Porcentaje de ocupación de plazas de investigador</b> V1: Plazas de investigador ocupadas en el periodo / V2: Plazas de investigador autorizadas en el periodo x 100	16 = 100% 16	Anual	N/A	16 = 100% 16 Se tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, con respecto a la meta programada del 100%. Este resultado se debió, a que únicamente se encontraron ocupadas las 16 plazas de ICM autorizadas.
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.			<b>Porcentaje de artículos científicos publicados</b> 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	21 = 42.8% 49 Se tuvo un cumplimiento del 42.8% en el porcentaje de artículos científicos publicados, con relación a la meta programada del 30%. Este resultado se debió a que durante el 2016, se publicaron 21 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 <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Instrumentar políticas para promover e incrementar la inversión pública para la investigación científica, innovación y desarrollo en salud</b>		
<b>Estrategia 1.1:</b> 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.	<b>1.1.1.</b> Promover el flujo de la inversión del sector público hacia la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud..	DGPIS
	<b>1.1.2.</b> Establecer lineamientos que aseguren el apoyo financiero para investigación relacionada con problemas prioritarios.	DGPIS
	<b>1.1.3.</b> Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos públicos.	DGPIS
<b>Estrategia 1.2:</b> 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.	<b>1.2.1.</b> Gestionar el financiamiento de la investigación para la salud hacia centros de investigación del Sector favoreciendo los de creación reciente.	DGPIS
<b>Estrategia 1.3:</b> Involucrar los sectores académicos y gubernamentales para fortalecer la ciencia, tecnología e innovación en investigación.	<b>1.3.1.</b> Promover programas de financiamiento para proyectos de investigación multicéntricos.	DGPIS
	<b>1.3.2.</b> Gestionar el incremento de la contribución de las instituciones aportantes al FOSSIS.	DGPIS

**Resultados Objetivo 1:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presupuesto federal destinado por la Secretaría de Salud a investigación. <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.</b>		
<b>Estrategia 2.1:</b> Apoyar grupos existentes y fomentar la creación de nuevos grupos de investigación, sobre temas prioritarios, estratégicos o emergentes en salud.	<b>2.1.1</b> Orientar proyectos interdisciplinarios para estudiar temas de investigación clínica básica y social.	Durante 2016 se contó con 23 protocolos interdisciplinarios de investigación en el área clínica y biomédica en proceso
	<b>2.1.2</b> 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 contó con ningún protocolo de investigación en células troncales, tejidos y órganos en materia de trasplantes.
<b>Estrategia 2.2:</b> Gestionar proyectos de investigación con un enfoque multidisciplinario.	<b>2.2.1</b> Fomentar investigaciones relacionadas con la mejora de los servicios públicos de salud.	Durante 2016 se contó con dos protocolos que generaran nuevo conocimiento en diferentes áreas de la salud, que en un futuro cercano deberán mejorar los servicios públicos de salud.
	<b>2.2.2</b> Perfeccionar mecanismos de evaluación de la investigación basada en indicadores de calidad científica.	DGPIS
	<b>2.2.3</b> Contribuir al desarrollo de nuevos métodos de terapia génica y celular.	Se tuvieron 23 protocolos en proceso que en un futuro contribuirán al desarrollo de nuevos métodos de terapia génica en el campo de las enfermedades autoinmunes y cáncer de mama.
	<b>2.2.4</b> Promover investigación socio-cultural con enfoque multidisciplinario que aborde los determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.	Durante 2016 se contó con un protocolo que investiga los factores de análisis de riesgo clínico asociados al abandono del manejo en pacientes adolescentes con cáncer.
	<b>2.2.5</b> Promover soluciones multidisciplinarias e interinstitucionales que faciliten el manejo de problemas de salud relacionados con exposición a factores ambientales nocivos.	Se tuvo durante el 2016 en proceso dos protocolos interinstitucionales que evalúan la influencia ambiental en procesos carcinogénicos.
<b>Estrategia 2.3:</b> Crear mecanismos para que las áreas normativas y	<b>2.3.1</b> 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 19 artículos de alto impacto donde se tienen resultados muy prometedores, pero que aún están lejos de aportar un beneficio para la población.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.</b>		
operativas utilicen los resultados de las investigaciones relacionadas con los problemas prioritarios y favorecer la toma de decisiones.	<b>2.3.2</b> Promover que los resultados relevantes de las investigaciones se traduzcan en beneficios para la población.	Durante el periodo de reporte se publicaron 19 artículos de alto impacto donde se tienen resultados muy prometedores, pero que aún están lejos de aportar un beneficio para la población.
<b>Estrategia 2.4:</b> Instrumentar políticas públicas en materia de investigación y formación de recursos humanos para la investigación.	<b>2.4.1</b> Fortalecer programas de formación de recursos humanos en investigación.	Se cuenta con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México, en colaboración con la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.
	<b>2.4.2</b> Fortalecer los criterios académicos y administrativos para la mejora de contratación de personal profesional para la investigación.	En la convocatoria de ingreso, Promoción y Permanencia del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII) 2016, se logró que tres investigadores ingresaran al sistema con la categoría ICM "A" y uno más alcanzara la categoría ICM "B". Además, seis investigadores lograron su permanencia y una más obtuvo la promoción de ICM "A" a ICM "B".
	<b>2.4.3</b> Asesorar a las áreas administrativas para la adecuada contratación de personal de investigación.	DGPIS
	<b>2.4.4</b> 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.
	<b>2.4.5</b> Consolidar el Sistema de Registro Institucional de Investigadores.	DGPIS
	<b>2.4.6</b> Operar los programas de ingreso, promoción y permanencia, y el de estímulos al desempeño de los investigadores en ciencias médicas de la Secretaría.	DGPIS
	<b>2.4.7</b> Establecer un Sistema Nacional de Registro de Investigadores en Salud (SS, IMSS, ISSSTE, Instituciones de enseñanza superior (IES) y privados.	DGPIS
	<b>2.4.8</b> Establecer la categoría de investigador Emérito, bajo criterios de rigor científico, académico y de trayectoria académica.	DGPIS

**Resultados Objetivo 2:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Proyectos financiados por el FOSISS <b>DGPIS</b>			
Vigencia en el Sistema Institucional de Investigadores. <b>DGPIS</b>			
Investigadores evaluados <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 3.- Establecer vinculación con otras instituciones en condiciones de interés y beneficio mutuos para la investigación.</b>		
<b>Estrategia 3.1:</b> Promover el registro de la propiedad intelectual de las instituciones de salud y la comunidad científica.	<b>3.1.1</b> Proporcionar asesoría y subsidios para validar y registrar patentes de nuevos productos y procesos originados en el campo científico.	DGPIS
<b>Estrategia 3.2:</b> Propiciar la transferencia y aplicación del conocimiento a la práctica.	<b>3.2.1</b> Propiciar reglas transparentes para distribución de regalías resultantes de la obtención de patentes y licencias con beneficios para los involucrados.	DGPIS
<b>Estrategia 3.3:</b> Gestionar la simplificación administrativa de los procesos de investigación.	<b>3.3.1</b> Incentivar la realización conjunta de desarrollos tecnológicos entre investigadores biomédicos, ingenieros y otros profesionales del área de tecnología.	DGPIS
	<b>3.3.2</b> Desarrollar tecnologías para contribuir en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud mediante propuestas transdisciplinarias e interinstitucionales.	Durante 2016, se contó con 23 protocolos interdisciplinarios de investigación vigentes en las áreas clínica y biomédica, que en un futuro podrían tener la opción de traducirse en tecnologías para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud.
<b>Estrategia 3.4:</b> Actualizar la normatividad en materia de investigación para la salud.	<b>3.4.1</b> 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 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Patentes <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Establecer convenios de colaboración reciproca entre organismos para fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.</b>		
<b>Estrategia 4.1</b> Desarrollar estrategias para aprovechamiento de fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	<b>4.1.1</b> 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 proyectos internacionales con financiamiento, debido a que están destinados sólo para grupos consolidados de investigación, mientras que el Hospital Juárez de México apenas está en vías de formar grupos consolidados.
	<b>4.1.2</b> Identificar y promover oportunidades de financiamiento internacionales para investigación y desarrollo tecnológico en salud.	En la actualidad aún no se tiene la opción de participar en proyectos internacionales con financiamiento, debido a que aún no hay grupos consolidados de investigación.
<b>Estrategia 4.2:</b> Fomentar cooperación internacional con un enfoque regional y fortalecer la gestión de financiamiento para investigación.	<b>4.2.1</b> Implementar procesos de colaboración internacional estableciendo vínculos explícitos entre distintas organizaciones que intervienen en el desarrollo de la investigación.	Durante 2016, se exploró la posibilidad de participar en proyectos de colaboración internacional, los cuales están sólo en vías de gestación.
	<b>4.2.2</b> Incentivar la participación de grupos de investigación para la salud en foros y organismos internacionales.	Durante 2016, se presentó un total de 31 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, 12 trabajos a nivel nacional y 19 trabajos a nivel internacional.
<b>Estrategia 4.3:</b> Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible.	<b>4.3.1</b> 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 2016 se contó con 16 protocolos de investigación de colaboración con otras instituciones como UNAM, IPN y CINVESTAV, para un mejor aprovechamiento de las tecnologías con las que cuentan las distintas instituciones del país.
	<b>4.3.2</b> Favorecer el establecimiento de convenios interinstitucionales, intrainstitucionales nacionales o internacionales para el apoyo a la investigación para la salud.	En 2016, se gestionó un convenio con el Instituto de Genómica y otro con el Instituto de Química de la UNAM, para la realización de investigación científica y aprovechar las tecnologías con las que cuentan dichos institutos.
	<b>4.3.3</b> 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 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos en colaboración <b>INSHAE</b>	95.5	73.5	<p><b>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2016 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".</b></p> <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 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.</p> <p>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).</p> <p>En el caso de los artículos de nivel I a II, se publicaron 17 artículos adicionales en la revista del</p>

		<p>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.</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>
--	--	---

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.</b>		
<b>Estrategia 5.1:</b> Gestionar en incremento de recursos para infraestructura en investigación para la salud.	<b>5.1.1</b> Coordinar esfuerzos para mejora salarial, prestaciones, estímulos y apoyos académicos para los profesionales de la investigación para la salud.	DGPIIS
	<b>5.1.2</b> Promover un programa anual de generación de plazas de técnicos especializados en investigación para la salud.	DGPIIS

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.</b>		
	<p><b>5.1.3</b> Proponer y gestionar creación de plazas nuevas de investigadores acorde a los centros de investigación.</p>	<p>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 investigadores "A" en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud(SII)</p>
	<p><b>5.1.4</b> Incentivar la repatriación de investigadores mexicanos formados en el extranjero para incorporarse al sistema institucional de investigadores de la Secretaria y al SNI.</p>	
	<p><b>5.1.5</b> Contribuir a la formación y fortalecimiento de los investigadores en ciencias de la salud de alto nivel.</p>	<p>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.</p>
<p><b>Estrategia 5.2:</b> Fomentar la formación de nuevos investigadores mediante becas, estancias y talleres internacionales.</p>	<p><b>5.2.1</b> Fomentar el interés por desarrollar investigación como actividad esencial en las nuevas generaciones de alumnos de carreras en el área de la salud.</p>	<p>Se realizó un curso de elaboración de protocolos de investigación dirigido a médicos residentes del último año, con asistencia de 41 residentes de las diferentes especialidades.</p>
	<p><b>5.2.2</b> Propiciar que las nuevas generaciones de egresados de las carreras del área de la salud desarrollen mayor interés por aplicar en maestrías y doctorados.</p>	<p>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.</p>
	<p><b>5.2.3</b> Promover vínculos entre jóvenes estudiantes e investigadores a través del Programa de Becas de inicio en la Investigación.</p>	<p>DGPIS</p>
<p><b>Estrategia 5.3:</b> Impulsar el uso de las tecnologías de la información para apoyar procesos y tecnologías superiores para beneficiar la investigación.</p>	<p><b>5.3.1</b> Desarrollar y fortalecer sistemas de tecnologías de la información y comunicación para mejorar la eficiencia de la actividad de investigación.</p>	<p>Durante 2016, se utilizaron sistemas de software y bases de datos en línea para analizar los resultados de las investigaciones realizadas por nuestros investigadores.</p>
<p><b>Estrategia 5.4:</b> Incentivar la inversión del sector privado para fomentar la investigación para la salud, dirigidos a investigadores jóvenes.</p>	<p><b>5.4.1</b> Estimular la investigación para la salud con orientación científica, creativa y multidisciplinaria en jóvenes que inician su desarrollo profesional.</p>	<p>Se realizó un curso de elaboración de protocolo de investigación a médicos residentes del último año con la asistencia de 41 residentes de las diferentes especialidades. Se dieron pláticas del método científico a residentes y alumnos de los cursos de maestría</p>
<p><b>Estrategia 5.5:</b> Incentivar la inversión del sector privado para la investigación científica y</p>	<p><b>5.5.1</b> Impulsar la creación del Programa de Financiamiento para el Desarrollo de la Investigación (PROFODI)</p>	<p>DGPIS</p>
	<p><b>5.5.2</b> Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos externos.</p>	<p>DGPIS</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.</b>		
desarrollo tecnológico en salud.		

**Resultados Objetivo 5:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Becas de Inicio a la Investigación <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>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.</b>		
<b>Estrategia 6.1:</b> 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.	<b>6.1.1</b> Implementar un programa de comunicación permanente con la comunidad de investigadores.	Durante el 2016, se continuó con los Programas de Sesiones Semanales de Investigación, alcanzando 28 sesiones.
	<b>6.1.2</b> Establecer canales de comunicación con investigadores de otras instituciones del sector salud para el desarrollo de proyectos de investigación..	DGPIS
<b>Estrategia 6.2:</b> Fomentar la difusión de actividades y resultados	<b>6.2.1</b> Propiciar el acceso sobre resultados relevantes de investigación a la comunidad científica y población interesada.	Durante 2016, se presentaron un total de 31 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, 12 trabajos a nivel nacional y 19 trabajos a nivel internacional.
	<b>6.2.2</b> Difundir a la comunidad de investigadores información sobre eventos académicos relacionados con investigación.	Durante 2016, se presentaron un total de 31 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, 12 trabajos a nivel nacional y 19 trabajos a nivel internacional.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>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.</b>		
relevantes de investigación para la salud.	<b>6.2.3</b> Propiciar el acceso a resultados relevantes de la investigación para la salud para la comunidad de investigadores.	Durante 2016, se presentaron un total de 31 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, 12 trabajos a nivel nacional y 19 trabajos a nivel internacional.
	<b>6.2.4</b> Operar un programa de comunicación sobre investigación utilizando las "redes sociales".	Durante el periodo de reporte se lograron 19 publicaciones de alto impacto las cuales cuentan con sus respectivas redes sociales de la editorial.
<b>Estrategia 6.3:</b> Propiciar el intercambio de investigadores en estadías cortas entre instituciones internacionales.	<b>6.3.1</b> Propiciar la vinculación entre investigadores a través de foros interactivos.	Durante 2016, se presentaron un total de 31 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, 12 trabajos a nivel nacional y 19 trabajos a nivel internacional.
<b>Estrategia 6.4:</b> Involucrar a los sectores académicos, gubernamentales y empresariales para fortalecer la innovación.	<b>6.4.1</b> 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 período de reporte no se realizó una feria de la Investigación, no obstante, los trabajos de investigación fueron presentados en diez congresos
<b>Estrategia 6.5:</b> Vigilar el seguimiento de la aplicación de los códigos nacionales e internacionales de bioética.	<b>6.5.1</b> Establecer y vigilar la observancia de lineamientos para la integración y funcionamiento de los Comités de Investigación en las Unidades Coordinadas.	DGPIS
	<b>6.5.2</b> Fomentar la capacitación sobre Buenas Practicas en investigación a los Comités de Investigación Bioética y Bioseguridad.	Durante el 2016, se realizó la gestión para la renovación del registro ante Combioética.
	<b>6.5.3</b> Implementar y operar una Unidad de Apoyo al Pre dictamen en coordinación con la COFEPRIS.	DGPIS
	<b>6.5.4</b> Contribuir a la actualización de las normas de Bioética vigentes de acuerdo a los avances científicos y a las recomendaciones internacionales.	Durante el 2016, se realizó la gestión para la renovación del registro ante Combioética.
	<b>6.5.5</b> Fomentar la capacitación de Buenas Prácticas en Investigación en la comunidad de investigadores.	Se realizó un curso de elaboración de protocolos de investigación dirigido a médicos residentes del último año, con la asistencia de 41 residentes de las diferentes especialidades.
	<b>6.5.6</b> Establecer un programa de certificación o acreditación a investigadores no institucionales.	DGPIS
<b>Estrategia 6.6</b> Establecer un Observatorio Institucional de Investigación para la Salud.	<b>6.6.1</b> Implementar y operar el Observatorio Institucional de Investigación para la Salud (OISS).	DGPIS

**Resultados Objetivo 6:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas. <b>INSHAE</b>	<b>77.3</b>	<b>38.8</b>	<p><b>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2016 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".</b></p> <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</p>

			<p>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 período.</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</p>
--	--	--	---

			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.
--	--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo V.5 ESTRATEGIAS TRANSVERSALES</b>		
<b>Estrategia V.5.1:</b> Democratizar la productividad.	Articular esfuerzos con los sectores público, privado y social para incrementar la inversión en investigación para la salud.	Durante 2016, se contó con siete protocolos de investigación en proceso con financiamiento externo, de los cuales dos correspondieron a la industria farmacéutica y cinco a los fondos del CONACYT.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo V.5.2 GOBIERNO CERCANO Y MODERNO</b>		
<b>Estrategia 5.2.1:</b> Modernizar la gestión de los procesos de investigación para la salud.	Propiciar el uso de tecnologías de la información y comunicación para desarrollar la gestión de los procesos relacionados con la investigación para la salud.	Durante 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 de la Secretaría de Salud (SII).

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo V.5.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO</b>		
<b>Estrategia 5.3.1:</b> Apoyo al personal que realiza investigación.	Propiciar el desarrollo académico que favorezca las actividades de investigación con perspectiva de género.	Durante el periodo de reporte se graduaron dos alumnos de posgrado, un maestro en Ciencias y una Doctora en Ciencias conservando la equidad de género.

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

La Dirección de Investigación y Enseñanza del Hospital, informa los avances relevantes o destacables alcanzados en el 2016:

- Se publicaron un total de 49 artículos científicos del Hospital (34 por Investigadores en Ciencias Médicas y 15 por personal médico), de los cuales 19 correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), destacando seis del grupo IV, en el área de enfermedades infecciosas, cáncer cervical y mamario.
- Se contó con nueve investigadores pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de 19 Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de investigadores de la Secretaría de Salud (SII). Asimismo, se cuenta con tres investigadores pertenecientes al SNI, que no cuentan con nombramiento de Investigador por el SII.
- Una investigadora fue promovida de la categoría de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) “A” a la “B”; cuatro investigadores permanecieron, tres en la categoría ICM “C” y uno en ICM “A”, y otros cuatro investigadores ingresaron al sistema, tres en la categoría ICM “A” y una a la categoría ICM “B” del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII).
- Se presentaron tres trabajos en el XXI Encuentro Nacional de Investigadores de la Secretaría de Salud.
- Se contó con el recurso de dos proyectos vigentes con financiamiento del CONACyT en su segunda etapa, uno del Fondo Sectorial de Salud (FOSSIS 233107) y otro del Fondo Institucional de CONACyT (PDCPN2013-01-216112) en temas prioritarios de salud.

METAS E INDICADORES		Secretaría de Salud		Anexo 5																
Unidad Administrativa u Órgano Desconcentrado		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO																		
Nombre del Programa de Acción Específico (PAE)		PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO INVESTIGACION PAR LA SALUD 2013-2018																		
Objetivo del PAEIS		2. Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones. 4. Establecer convenios de colaboración recíproca entre organismos para fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud. 5. Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación. 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.																		
		Periodo: Enero-diciembre de 2016																		
No.	PAE/ Estrategia	PAE/ Línea de Acción	Nombre del Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Meta 2016	Línea Base	Meta 2018	1er Trimestre		2o. Trimestre		3er. Trimestre		4o. Trimestre		Acumulado		Comentario de las variaciones	
									Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado		
1	Estrategia 2.1:	2.1.1 Orientar proyectos interdisciplinarios para abordar temas de investigación clínica básica y social.																		
2		2.1.2 Fomentar la investigación en células troncales, tejidos y órganos para mejorar los métodos y procedimientos para la donación, procuración, transporte, preservación y para la supervivencia del producto trasplantado.																		
3		2.2.1 Fomentar investigaciones relacionadas con la mejora de los servicios públicos de salud.																		
4		2.2.2 Contribuir al desarrollo de nuevos métodos de terapia génica y celular.																		
5	Estrategia 2.2:	2.2.4 Promover investigación socio-cultural con enfoque multidisciplinario que aborde los determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.																		
6		2.2.5 Promover soluciones multidisciplinarias e interinstitucionales que faciliten el manejo de problemas de salud relacionados con exposición a factores ambientales nocivos.																		
7	Estrategia 2.3:	2.3.1 Establecer mecanismos para la aplicación de resultados de investigaciones exitosas en la solución de problemas o toma de decisiones.																		
8		2.3.2 Promover que los resultados relevantes de las investigaciones se traduzcan en beneficios para la población.																		
9		2.4.1 Fortalecer programas de formación de recursos humanos en investigación.																		
10	Estrategia 2.4:	2.4.2 Fortalecer los criterios académicos y administrativos para la mejora de contratación de personal profesional para la investigación.																		
11		2.4.4 Fortalecer a los científicos e investigadores del sector salud incrementando su incorporación al SNI.																		
12	Estrategia 3.3:	3.3.2 Desarrollar tecnologías para contribuir en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud mediante propuestas transdisciplinarias e interinstitucionales.																		
13	Estrategia 4.1:	4.1.1 Fomentar el aprovechamiento de las fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.																		
14		4.1.2 Identificar y promover oportunidades de financiamiento internacionales para investigación y desarrollo tecnológico en salud.																		
15	Estrategia 4.2:	4.2.1 Implementar procesos de colaboración internacional estableciendo vínculos exitosos entre distintas organizaciones que intervienen en el desarrollo de la investigación.	Porcentaje de artículos científicos en colaboración		Porcentaje	20/40 x 100 = 50.0	N/A	52.4		50.0	867		50.0	73.5	50.0	73.5				
16		4.2.2 Incentivar la participación de grupos de investigación para la salud en foros y organismos internacionales.																		
17	Estrategia 4.3:	4.3.1 Promover 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.																		
18		4.3.2 Favorecer el establecimiento de convenios interinstitucionales, intrainstitucionales nacionales o internacionales para el apoyo a la investigación para la salud.																		



## Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 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							
SALUD SECRETARÍA DE SALUD		ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		Informe de <u>enero - diciembre</u> 2016			
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: <u>NAW</u>							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							
NIVEL MML	INDICADORES DEFINICIÓN	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD"</b>							
FIN (1)	Índice de investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	73.7	73.7	54.5	26.1	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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.</p>
	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			
	Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	19	19	22			
PROPÓSITO (3)	Tasa de variación de productividad científica de Impacto alto respecto al año previo FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE2) / VARIABLE2 X 100	30.8	30.8	38.5	25.0	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 por parte de la calidad y relevancia del artículo. Es importante mencionar que el proceso de revisión y al Hospital, lo cual dificulta su programación.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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			

	<p><b>Porcentaje de artículos científicos publicados</b> FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	77.3	77.3	38.8	49.8	<b>ROJO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>
PROPÓSITO (4)	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII) en el periodo	17	17	19			<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>
	Artículos científicos totales publicados en revistas (niveles I a VII) en el periodo	22	22	49			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</p>
	<p><b>Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel</b> FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	1.1	1.1	1.5	36.4	<b>ROJO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 a 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>
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 investigadoras 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>
	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			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, el contar con publicaciones anticipadas podría impactar con una menor productividad científica en el próximo año. 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación. Impulsar la participación de los investigadores en las convocatorias para el ingreso al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).</p>
	<p><b>Tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional</b> FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100</p>	0.0	0.0	18.8	0.0	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 (SI), alcanzando un nombramiento de ICM "A".</p>
COMPONENTE (6)	Investigadores vigentes en el Sistema Institucional de investigadores en el año actual	16	16	19			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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>
	Investigadores vigentes al Sistema Institucional de investigadores en el año previo	16	16	16			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Propiciar la participación de los investigadores para la promoción en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).</p>
	<p><b>Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud</b> FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100</p>	632.5	632.5	-6.0	100.9	<b>ROJO</b>	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>
COMPONENTE (10)	Presupuesto federal institucional destinado en investigación en el año actual	27,000,000	27,000,000	2,820,000			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El escaso financiamiento para el desarrollo de la investigación científica y desarrollo tecnológico de calidad, repercute en la productividad científica del Hospital.</p>
	Presupuesto federal institucional destinado en investigación en el año previo	3,685,930	3,685,930	3,000,000			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Fomentar la participación en convocatorias de instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</p>

COMPONENTE (11)	Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: $(VARIABLE1 - VARIABLE2) / VARIABLE2 \times 100$	5.6	5.6	-67.2	1,300.0	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El escaso presupuesto complementario para para impulsar la investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, repercute en la productividad científica del Hospital.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Fomentar la participación en convocatorias de instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</p>
	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año actual	95,000	95,000	574,000			
	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año previo	90,000	90,000	1,748,000			
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de artículos científicos en colaboración FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	95.5	95.5	73.5	23.0	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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 SIN, participó con una publicación adicional en colaboración (nivel IV).</p> <p>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.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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 (I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que realizan investigación en el periodo	21	21	36			
	Total de artículos científicos publicados por la institución en revistas (I-VII) en el periodo	22	22	49			
ACTIVIDAD (14)	Promedio de productos por investigador Institucional FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2$	1.3	1.3	1.9	46.2	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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 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 SIN investigadores vigentes en el SIN. Este resultado ocasionó que se diluyera la alta productividad alcanzada.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</p>
	Productos totales producidos	25	25	42			
	Total de Investigadores institucionales vigentes*	19	19	22			
ACTIVIDAD (15)	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 interna, 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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			

### Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, en el **Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”**, se reportaron un total de 10 indicadores, los cuales se situaron en la siguiente semaforización.

Programa Presupuestal	Semaforización			Total de Indicadores
	Verde	Amarillo	Rojo	
E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”	2	0	8	10

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestran **los indicadores que no alcanzaron la meta programada ubicándose en semáforo rojo** y describen el análisis de las causas de la variación de los resultados, no obstante, algunos indicadores tuvieron un cumplimiento superior; asimismo, se muestran las acciones que se implementarán para mejorar sus resultados.

Cabe señalar, que la numeración de los indicadores corresponde al número asignado en la Matriz de Indicadores para Resultados (**MIR**) y la variación de los resultados se refleja con base en los parámetros de semaforización establecidos en las Fichas Técnicas de cada uno de los indicadores.

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
1	Índice de investigadores institucionales de alto nivel.	73.7	54.5	26.1	Inferior	El resultado de este indicador se vio afectado a causa de salida de dos investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y al ingreso de tres Jefes del área médica al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud en el nivel ICM “A”, lo que ocasionó la dilución de los investigadores institucionales de alto nivel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsar la participación de los investigadores en las convocatorias para el ingreso al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).</li> <li>• Ocupar la plaza vacante con un investigador de alto nivel que cumpla con los requisitos para el Ingreso al SNI y al SII.</li> </ul>

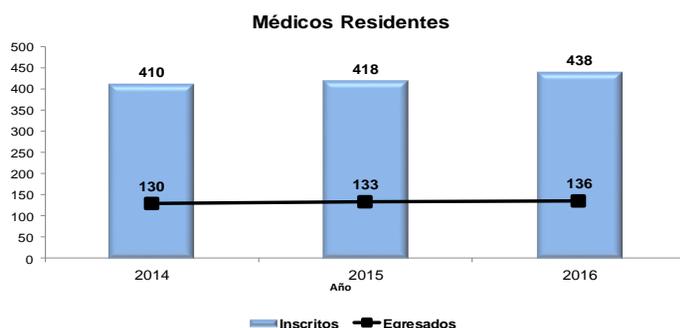
No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
3	Tasa de variación de productividad científica de impacto alto respecto al año previo.	30.8	38.5	25.0	Superior	La variación en el cumplimiento de este indicador respecto a la meta programada se debió a la publicación adelantada de un artículo nivel III, resultado de la calidad y relevancia de éste.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</li> </ul>
4	Porcentaje de artículos científicos publicados.	77.3	38.8	49.8	Inferior	El cumplimiento inferior de este indicador respecto a la meta programada se debió al incremento en los artículos científicos publicados en revistas nivel I-VII. Alcanzando en el periodo 27 artículos adicionales: dos de nivel III, seis nivel II y 19 nivel I.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</li> </ul>
5	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel.	1.1	1.5	36.4	Superior	El cumplimiento superior de este indicador respecto a la meta programada se debió a una publicación adicional adelantada de un artículo nivel III, resultado de la calidad y relevancia de éste. Además, de la salida de tres investigadores en el sistema Institucional de Investigadores y/o Sistema Nacional de Investigadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</li> <li>• Impulsar la participación de los investigadores en las convocatorias para el ingreso al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).</li> </ul>
10	Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud.	632.5	-6.0	100.9	Inferior	El resultado inferior de este indicador respecto a la meta programada se debió a la disminución del presupuesto destinado a investigación. Se estimó contar con un presupuesto federal institucional destinado a investigación por un monto de \$27,000,000, sin embargo, debido al recorte presupuestal que sufrió el Hospital, únicamente se contó con \$2,820,000.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</li> </ul>

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
11	Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud.	5.6	-67.2	1,300	Inferior	La variación en este indicador respecto a la meta programada se debió al incremento del presupuesto complementario, derivado del recurso otorgado en 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).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</li> </ul>
13	Porcentaje de artículos científicos en colaboración.	95.5	73.5	23.0	Inferior	El cumplimiento inferior de este indicador respecto a la meta programada se debió al incremento en los artículos científicos publicados en revistas nivel I-VII. Alcanzando en el periodo 27 artículos adicionales: dos de nivel III, seis nivel II y 19 nivel I), de los cuales 15 requirieron colaboración con otras institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</li> </ul>
14	Promedio de productos investigador Institucional.	1.3	1.9	46.2	Superior	El resultado superior de este indicador de este indicador respecto a la meta programada se debió al incremento de: los productos totales. En el periodo se logró 17 productos adicionales a causa de la anticipación de la publicación de los artículos.  Además, al ingreso de tres Jefes del área médica al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud en el nivel ICM "A",	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar para la programación de las metas los artículos científicos de impacto alto enviados a publicar y en proceso de publicación.</li> </ul>

## ENSEÑANZA

La Unidad de Enseñanza del Hospital Juárez de México tiene como objetivo primordial el contribuir con el cuerpo de gobierno de la Institución, en la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, tanto a nivel médico como de otras disciplinas del equipo de asistencia al enfermo; a través de diversas actividades como son: docencia en el pregrado de medicina, internado y servicio social en diversas disciplinas, especialización en medicina y alta especialidad, cursos de educación continua, capacitación, diplomados y maestrías.

### 1. Total de Médicos Residentes.



Durante el periodo enero a diciembre de 2016, el número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad fue de 447 médicos residentes. Sin embargo, se dieron de baja nueve médicos residentes por diversos motivos personales, permaneciendo al final de 2016 un total de 438 médicos residentes (404 en 26

cursos de especialización y 34 en diez cursos de alta especialidad); mostrando un incremento en un 4.8 % con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 418. Este resultado se debió a la autorización de la Dirección de Calidad y Educación en Salud, de dos médicos residentes extranjeros por curso de entrada directa.

Durante el ciclo académico 2016-2017 egresaron un total de 136 médicos residentes, de los cuales 114 médicos corresponden a los cursos universitarios de especialización y 22 a los 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 133 egresados.

Es importante destacar que el Hospital cuenta con la aprobación por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM para iniciar los cursos de especialidad de Nutrición clínica y Hematología, sin embargo no han sido autorizadas las becas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para ser ejercidas por la Secretaría de Salud, lo que afecta la función fundamental de la formación de recursos humanos en esta área.

### 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, teniendo la baja de un médico, por lo que se concluye el periodo con 56 médicos extranjeros, provenientes de los siguientes países: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela. (53 médicos corresponden a los cursos de especialización y tres a los cursos de alta especialidad). Este resultado representa un incremento del 14.3% con relación al ciclo académico anterior, que fue de 49 médicos residentes extranjeros.

La demanda de estos profesionales de la salud, se ha incrementado por el prestigio de la institución.

### **Médicos Residentes por Cama.**

Este indicador muestra que el número registrado continúa en uno, debido a que, aunque hubo un aumento en el número de ellos, no resulta significativo para modificar el número de médicos residentes por cama.

### **2. Residencias de Especialidad.**

Durante el ciclo académico 2016-2017, se continúa con 36 cursos, siendo 26 de especialidad y diez de alta especialidad.

No.	Cursos Universitarios de Especialización	Masculino	Femenino	Total
1	Anatomía patológica	2	10	12
2	Anestesiología	12	17	29
3	Biología de la reproducción humana	6	6	12
4	Cardiología	9	3	12
5	Cirugía general	24	12	36
6	Cirugía maxilofacial+	11	2	13
7	Cirugía oncológica	9	1	10
8	Gastroenterología	3	9	12
9	Ginecología oncológica	3	5	8
10	Ginecología y obstetricia	10	23	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	0	4	4
25	Urgencias médico-quirúrgicas++	14	5	19
26	Urología	14	1	15
<b>Total</b>		<b>225</b>	<b>179</b>	<b>404</b>

\* Curso con aval de la Facultad de Odontología de la UNAM

\*\* Curso con aval de la Escuela Superior de Medicina del IPN

### 3. Cursos de Alta Especialidad.

Al periodo de reporte, se imparten en el Hospital, diez cursos universitarios de alta especialidad, con un total de 34 alumnos, como se muestra a continuación

Cursos Universitarios de Alta Especialidad		Masculino	Femenino	Total
1	Cardiología intervencionista	3	0	3
2	Cirugía de columna vertebral	3	0	3
3	Córnea y cirugía refractiva	1	1	2
4	Ecocardiografía	1	1	2
5	Endoscopia gastrointestinal	6	4	10
6	Medicina del dolor y cuidados paliativos	2	2	4
7	Motilidad gastrointestinal	0	2	2
8	Oncología quirúrgica de cabeza y cuello	1	1	2
9	Toxicología aplicada a la clínica	2	1	3
10	Trasplante renal	1	2	3
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>14</b>	<b>34</b>

### 4. Cursos de Pregrado.

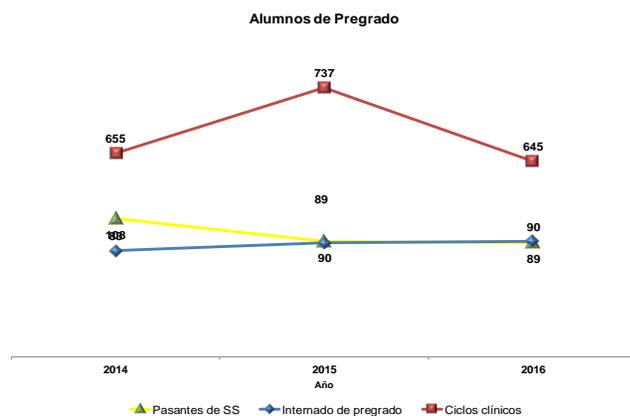
Durante el periodo de reporte, se impartieron un total de 35 cursos de Pregrado, lo que representa una disminución de seis cursos con respecto a los impartidos durante 2015, que fue de 41 cursos de pregrado. Este resultado se explica por la disminución de cursos dependientes de la Escuela de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional

Los alumnos de estos cursos provienen de las siguientes escuelas o facultades de medicina públicas y privadas:

Nombre Curso	Institución Procedencia	No. cursos
Internado de Pregrado Generación Completa	UNAM, UAM-Xochimilco, Justo Sierra	1
Internado de Pregrado Generación Intermedia	IPN, Tominaga Nakamoto, BUAP, Universidad 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 Músculo 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	Escuela de Medicina Justo Sierra	1
Octavo Semestre	Escuela de Medicina 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 – Practica	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	1
Nefrología-Urología	Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac	1
Gastroenterología	Universidad Anáhuac	1
Ortopedia y Traumatología	Universidad Mexicana de Medicina La Salle	2
<b>TOTAL</b>		<b>35</b>

### Pregrado



En la gráfica muestra el comparativo de 2014 a 2016 del total de alumnos en ciclos clínicos, internado médico de pregrado y pasantes en servicio social.

### Internado de Pregrado.

Durante el 2016, y de acuerdo con la NOM-234-SSA1-2003 de Ciclos Clínicos e Internado Médico de Pregrado, el Hospital cuenta con un total de 90 alumnos, procedentes de nueve escuelas o facultades.

Las escuelas de procedencia son:

Institución Educativa	Médicos internos de pregrado 2014	Médicos internos de pregrado 2015	Médicos internos de pregrado 2016
Facultad de Medicina de la UNAM	38	38	37
Escuela Superior de Medicina del IPN	20	20	20
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	10	11	8
Escuela de Medicina Justo Sierra	8	13	11
Escuela de Medicina Tominaga Nakamoto	4	3	3
Benemérita Universidad Autónoma De Puebla	1	2	2
Universidad Autónoma de Tamaulipas	2	2	1
Escuela Mexicana de Medicina Universidad La Salle	0	0	8
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>89</b>	<b>90</b>

### Ciclos Clínicos de Pregrado

En este rubro de Ciclos Clínicos de Pregrado, el número de alumnos fue de 645, presentando una disminución en un 12.5%, con relación a los reportados en el mismo periodo de 2015,

que fue de 737 alumnos. Esta variación se debió a una menor demanda de alumnos en campo clínico provenientes del Instituto Politécnico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de La Salle y Tominaga Nakamoto.

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

Institución	No. de alumnos 2014	No. de alumnos 2015	No. de alumnos 2016
Escuela Superior de Medicina IPN	232	235	204
Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	157	179	167
Facultad de Medicina UNAM	111	130	100
Facultad de Medicina de la Universidad La Salle	19	51	40
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM	40	38	38
Escuela de Medicina de la Universidad Justo Sierra	42	42	42
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	18	38	30
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac	36	24	24
<b>Total</b>	<b>655</b>	<b>737</b>	<b>645</b>

### 5. Número de Estudiantes en Servicio Social.

Durante el 2016, la matrícula de pasantes en servicio social fue de 89 estudiantes (72 de nivel licenciatura y 17 de nivel técnico), mostrando una disminución de un estudiante, con relación a los registrados en el mismo periodo de 2015, que fue de 90 pasantes.

En la siguiente tabla, se muestran desglosados los pasantes de ambos niveles así como las disciplinas a las que pertenecen.

Nivel licenciatura	2014	2015	2016
Odontología	6	5	4
Psicología	15	5	5
Enfermería	33	48	48
Optometría	0	5	5
Nutrición	13	7	5
Medicina física	6	5	3
Trabajo Social	3	3	0
Químico Farmacéutico Biólogo	0	5	0
Medicina	0	3	2
<b>Subtotal</b>	<b>76</b>	<b>79</b>	<b>72</b>

Nivel técnico	2014	2015	2016
Inhaloterapia	14	0	7
Radiología	6	5	5
Laboratorio clínico	3	4	5
Terapia física	2	0	0
Técnico en dietética	0	2	0
<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>17</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>90</b>	<b>89</b>

## 6. Número de Alumnos de Posgrado.

Durante el periodo enero a diciembre de 2016, el número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad, fue de 438, observando un incremento en un 4.8%, con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 418 alumnos de posgrado.

## 7. Cursos de Posgrado.

En diciembre de 2016, concluyó una de las dos maestrías en ciencias de la salud, impartida por docentes del Instituto Politécnico Nacional y del Hospital Juárez de México, con una asistencia de seis participantes. En la otra maestría, se integraron dos profesionales de la salud, contando con una asistencia de ocho alumnos de las áreas de unidad de apoyo nutricio, dirección de investigación, consulta externa, neurocirugía y del hospital de nuestra señora de la luz.

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 periodo de enero a diciembre de 2016, se realizaron un total de 14 autopsias de un total de 895 fallecimientos que representa el 1.6%, mostrando una disminución de cinco autopsias con relación a las 19 autopsias realizadas en el mismo periodo de 2015. Este resultado se debió a que debe existir un consentimiento firmado por el familiar más cercano en el momento de la defunción, y en los últimos meses del periodo de reporte, la negativa para autorizarla se incrementó, a pesar de los esfuerzos de la Jefatura de Anatomía Patológica para realizar estos estudios.

## 9. Participación Extramuros.

Las rotaciones de los médicos residentes son de dos tipos, las que desarrollan los alumnos de especialidad hacia otras instituciones hospitalarias públicas o privadas y los de otras sedes que son recibidos por los servicios del Hospital Juárez de México como campo clínico, dado el prestigio académico de la institución.

Rotaciones	2014	2015	2016
De otras instituciones	306	526	480
A otras instituciones	471	423	472

### a) Rotaciones de otras instituciones:

Durante el 2016, el número de médicos residentes que acudieron a rotar al Hospital fue de 480, lo que representa una disminución en un 8.7%, con relación al mismo periodo de 2015, que fue de 526. Esta variación se debió a que en algunos servicios del Hospital, se satura el campo clínico y no es posible aceptar a más médicos residentes externos.

b) Rotaciones a otras instituciones:

El número de médicos residentes del Hospital que acudieron a otros hospitales fue de 472, lo que representa un incremento del 11.6%, con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 423 rotantes. Este resultado se debió a que aumentó el total de médicos residentes de los cursos de especialización, que origina mayor rotación externa.

A continuación se presenta una tabla con el desglose de las rotaciones de nuestros residentes a otras instituciones.

<b>Rotaciones de Médicos Residentes a Otras Instituciones</b>			
<b>Institución</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Institutos Nacionales de Salud.	69	102	118
I.M.S.S.	81	70	87
Hospitales privados	60	61	71
I.S.S.S.T.E.	61	45	60
S.S. CDMX	50	27	35
Hospitales Federales de Referencia	43	29	21
S.S: Tlaxcala (Rotación de campo)	19	33	19
I.S.E.M.	30	16	13
Hospital Militar	12	5	12
S.S: Querétaro (Rotación de campo)	0	0	11
S.S: Chiapas (Rotación de campo)	18	20	9
H. U. Nuevo León	0	0	4
Facultad de Medicina UNAM	0	0	2
H.R.A.E Oaxaca	1	0	2
H.R.A.E. Yucatán	0	0	2
I.S.S.S.E.M.Y.M.	14	0	2
S.S. Puebla (Rotación de campo)	2	8	0
S.S. Hidalgo (Rotación de campo)	0	2	0
Cruz Roja	0	2	0
S.S. Morelos	3	0	0
Estados Unidos	1	1	2
España	3	2	1
Argentina	3	0	0
Brasil	1	0	0
India	0	0	1
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>423</b>	<b>472</b>

**10. Porcentaje de Eficiencia Terminal.**

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

El número de médicos residentes aceptados para el último grado de los cursos de especialización fue 136, egresando el mismo número, por lo que la eficiencia terminal es de 100%, igual que en el mismo periodo de 2015. Resultado que refleja ninguna deserción durante el ciclo académico 2016-2017.

Cabe mencionar, que los cursos de especialización en Cirugía Maxilofacial y Urgencias Médico-Quirúrgicas, no se incluyen en el Programa de Graduación Oportuna, debido a que no son avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM

## 11. Enseñanza en Enfermería.

### Cursos de Pregrado.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se impartieron un total de 44 cursos de educación continua en enfermería, mostrando un incremento superior en un 25.7% con relación a los impartidos en el mismo periodo de 2015 que fue de 35.

Por otra parte, la Escuela de Enfermería impartió 16 cursos, la Asamblea de Enfermeras 12 y 16 la Jefatura de Enfermería.

El número de asistentes a los cursos de pregrado fue de 2,720 asistentes, observando un incremento en un 18.8% con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 2,289 asistentes

Los cursos impartidos fueron los siguientes:

No.	Cursos impartidos por la Escuela de Enfermería	Asistentes
1	Elaboración de programa anual de trabajo	17
2	Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio	12
3	Descodificación para el área de la salud	19
4	Legislación en salud	6
5	Urgencias y emergencias en medicina del deporte	14
6	Actualización para el personal de camillería	22
7	Director exitoso	6
8	Interrelaciones NANDA NIC NOC	25
9	La oratoria, el arte de hablar en público. Nivel avanzado	23
10	Elaboración de protocolo de investigación	41
11	Autoestima y superación personal	18
12	Inteligencia emocional	24
13	Manejo de paquete estadístico SPSS	29
14	Enfermería domiciliaria	6
15	Manejo de estrés en el trabajo	11
16	Tanatología, una herramienta para todo	27
	<b>Total</b>	<b>300</b>

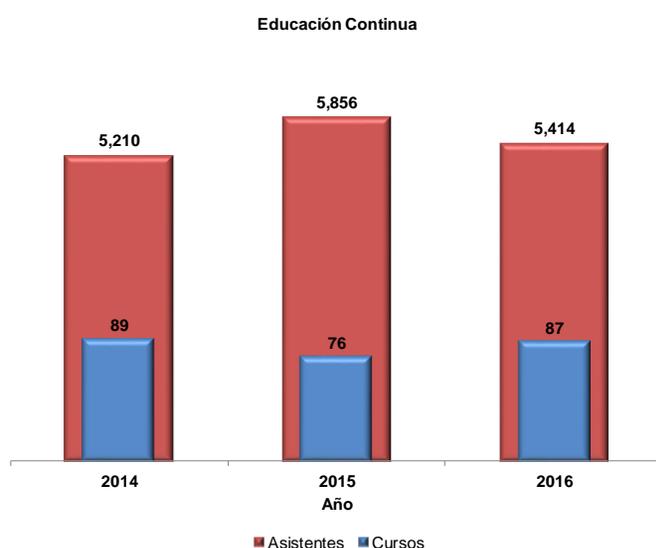
No.	Cursos otorgados por la Asamblea de Enfermeras	Asistentes
1	Farmacología para enfermeras	193

2	Transformación personal con enfoque humanístico	54
3	Ginecología y obstetricia para enfermeras	87
4	Bioética y legislación del profesional de la salud	94
5	Impacto en la calidad y seguridad de la atención en las organizaciones de salud	62
6	Calidad y seguridad en la atención del paciente neurocrítico	69
7	Calidad y seguridad en el paciente con enfermedad crónica renal	81
8	IV curso de bioética, aspectos éticos y legales en la atención del paciente	90
9	VIII Curso de tanatología y cuidados paliativos	171
10	III Curso gestión e innovación en esterilización hospitalaria	64
11	El profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico	79
12	Evento magno "Evolución, trascendencia y perspectiva del profesional de enfermería ante una sociedad cambiante"	148
<b>Total</b>		<b>1,192</b>

No.	Cursos impartidos por la Jefatura de Enfermería	Asistentes
1	Cómo tratar con personas difíciles	8
2	VIII Curso de calidad y seguridad del paciente	243
3	III Curso interinstitucional de terapia intensiva para la seguridad del paciente en estado crítico	444
4	Calidad de atención al paciente cardiológico en estado crítico	218
5	Coaching para un plan de vida en la jubilación	7
6	Curso taller de terapia de soporte renal continuo con máquina PRISMA	26
7	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	10
8	Curso avanzado de apoyo a la lactancia materna	29
9	Curso taller calidad y seguridad en el paciente con enfermedad renal crónica y sus alteraciones de tratamiento	10
10	Preparación para la certificación en terapia respiratoria	88
11	Diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería	27
12	Diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería	31

13	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	33
14	Curso taller de terapia de soporte renal continuo con máquina PRISMA	17
15	Diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería	15
16	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	22
<b>Total</b>		<b>1,228</b>

## 12. Cursos de Actualización (Educación Continua).



Durante el periodo enero a diciembre de 2016, se impartieron un total de 87 cursos de educación continua, mostrando un incremento en un 14.5%, con respecto a los registrados en el mismo período de 2015 que fue de 76 cursos impartidos. Este resultado se debió a que las áreas organizadoras programaron más cursos.

Los profesionales de salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua fueron 5,414, de los cuales 4,050 fueron mujeres, mostrando un decremento de 7.5% con relación a los reportados en el

mismo periodo de 2015 que fue de 5,856 participantes. La variación en el número de asistentes respecto al periodo anterior se debió 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.

Los cursos de educación continua impartidos fueron los siguientes:

No.	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

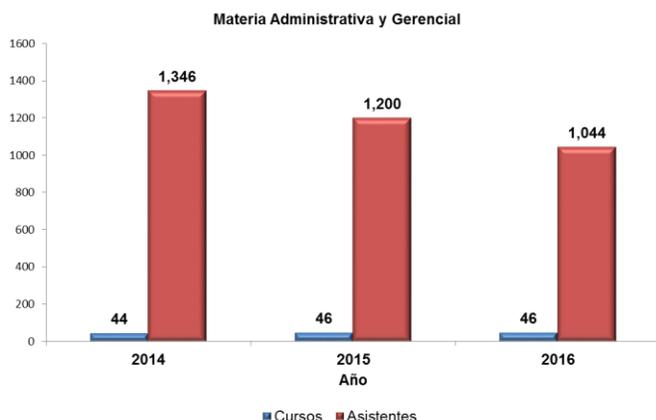
7	Curso taller de terapia de soporte renal continuo con máquina PRISMA	22 al 24 febrero	26
8	Microcirugía I	22 al 26 febrero	4
9	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	2 al 4 marzo	10
10	XXX Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	7 al 11 marzo	35
11	Microcirugía I	7 al 11 marzo	6
12	II Curso integral de obstetricia crítica	23 y 30 abril 7 mayo Sábados	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 cefáleas	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, osciculoplastia, 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
45	Calidad y seguridad en la atención del paciente neurocrítico	4 al 8 julio	69*
46	VI Curso interinstitucional de urgencias trauma	11 al 15 julio	184
47	Coaching para un plan de vida en la jubilación	13 al 15 julio	7
48	XI Curso de radiología en primer nivel	20 al 22 julio	206
49	Curso de apoyo vital en trauma (ATLS)	1 julio	17
50	Microcirugía II	4 al 8 julio	1
51	Interrelaciones NANDA NIC NOC	4 al 8 julio	25
52	VII Curso de actualización en medicina interna	7 al 9 julio	250
53	Curso taller procedimientos en urgencias pediátricas	13 al 15 julio	62
54	Curso taller de terapia de soporte renal continuo con máquina PRISMA	21, 22, 28 y 29 julio	17
55	Microcirugía I	25 al 29 julio	2
56	La oratoria, el arte de hablar en público. Nivel avanzado	25 al 29 julio	23
57	VI Curso taller de genética y biología molecular	26 al 28 julio	57
58	III Curso de exploración neurológica	8 al 12 agosto	238
59	Calidad y seguridad en el paciente con enfermedad crónica renal	15 al 19 agosto	81
60	VIII Curso tanatología y cuidados paliativos en el presente	29 agosto al 02 septiembre	171
61	Microcirugía III	1 al 5 agosto	4
62	Elaboración de protocolo de investigación	15 al 19 agosto	41
63	Autoestima y superación personal	22 al 26 agosto	18
64	Microcirugía I	22 al 26 agosto	1
65	IV Simposio de cáncer de mama	22 al 23 agosto	69
66	Perlas de reumatología para médicos generales y especialistas	12 al 14 septiembre	110
67	3er. Curso gestión e innovación en esterilización hospitalaria	26 al 28 septiembre	64

68	Diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería	7 al 9 septiembre	15
69	Microcirugía I	5 al 9 septiembre	6
70	3er Curso taller de intoxicaciones, envenenamientos y desastres químicos	21 al 23 septiembre	67
71	Enfermería domiciliaria	5 al 9 octubre	6
72	El profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico	3 al 7 octubre	79
73	Curso de imagen diagnóstica en neurociencias	10 al 14 octubre	30
74	XIII Curso de ginecología oncológica	19 al 21 octubre	58
75	Curso de defectos congénitos	26 al 28 octubre	51
76	Inteligencia emocional	10 al 14 octubre	24
77	Microcirugía II	17 al 21 octubre	2
78	Curso taller seguridad en la terapia intravenosa	26 al 28 octubre	22
79	Evento magno "Evolución, trascendencia y perspectiva del profesional de enfermería ante una sociedad cambiante"	7 al 11 noviembre	148
80	5to Curso de actualización de urgencias pediátricas	23 al 25 noviembre	80
81	Manejo de paquete estadístico SPSS	7 al 11 noviembre	29
82	Manejo de estrés en el trabajo	21 al 25 noviembre	11
83	Microcirugía III	28 de noviembre al 3 de diciembre	2
84	V Curso bianual avances en ginecología y obstetricia	5 al 7 diciembre	95
85	VIII Curso de actualización en medicina interna	30 de noviembre al 2 de diciembre	64
86	Curso taller de microcirugía laparoscópica	5 al 9 diciembre	4
87	Tanatología, una herramienta para todos	5 al 9 diciembre	27
<b>Total</b>			<b>5,414</b>

\* En el Reporte de Gestión correspondiente al periodo enero a septiembre 2016, se reportaron 62 asistentes, siendo el dato correcto 69.

### 13. Cursos de Capacitación.



En cuanto al rubro de capacitación en materia administrativa y gerencial, durante el 2016, se impartieron un total de 46 cursos de capacitación, igual a lo reportado en el mismo periodo de 2015. Con respecto a la meta programada de 44 cursos, se observa un cumplimiento del 104.5% en la impartición de cursos en materia administrativa y gerencial. Este resultado se debió a que hubo cursos no programados impartidos por la CCINSHAE: “Terapia de Infusión Segura en el paciente neonato” y “Terapia de

Soporte renal continua con Prisma”.

La asistencia a los cursos de capacitación fue de 1,044 participantes, mostrando un decremento del 13%, con respecto a los asistentes registrados en el mismo periodo de 2015 que fue de 1,200. Este resultado se debió a que hubo menor asistencia en los cursos de: Curso taller sobre mejora de los procesos y Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario.

Con la finalidad de incrementar el número de asistentes a los cursos de capacitación, se realizará una mayor difusión de los cursos, a través de medios escritos, electrónicos y redes sociales.

Los cursos de capacitación impartidos fueron los siguientes:

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
25	Curso taller RCP adulto	1 de agosto	11
26	Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario	2 de agosto	80
27	Curso taller manejo del dolor con terapia de vendaje neuromuscular KT (KINESIO TAPE)	13 de junio y 2 de agosto	31
28	Inducción al puesto de enfermería	2 al 12 agosto	33
29	Movilización y traslado de paciente	15 al 19 de agosto	25
30	Manejo de conflictos	29 agosto al 2 de septiembre	21
31	Barreras de seguridad en el sistema de medicación	1 al 2 septiembre	15
32	Primeros auxilios	5 al 9 septiembre	31
33	Comunicación digital	11 y 12 febrero	1
34	Terapia de infusión segura en el paciente neonato	18 de agosto	43
35	Terapia de soporte renal continua con maquina prisma	25 y 26 agosto	5
36	Capacitación al personal de enfermería en trato digno con calidad y seguridad al paciente en el servicio de consulta externa	31 mayo, 7, 14, 21 y 28 junio, 5, 12, 19 y 26 julio, 2 agosto	9
37	Trabajo en equipo	3 al 7 octubre	12
38	Curso taller manejo del dolor con terapia de vendaje neuromuscular KT(KINESIO TAPE)	10 de octubre	56

39	Word básico	11 al 21 octubre	7
40	Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario	17 de octubre	68
41	Elaboración de trámite de bajas documentales	29 al 30 agosto	3
42	Taller de procesos técnicos del archivo de concentración	19 al 23 septiembre	3
43	Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	10 al 11 octubre	20
44	Inducción de gestión de procesos para la transformación institucional	7 al 11 noviembre	31
45	Curso de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario	15 de noviembre	35
46	Relaciones humanas	5 al 9 diciembre	15
<b>Total</b>			<b>1,044</b>

Es importante resaltar el apoyo recibido por la Dirección de Planeación Estratégica, para la impartición de seis cursos de Sensibilización y capacitación en trato digno al usuario, con lo cual se logró capacitar a un total de 372 profesionales de la salud, que incluyen: 178 profesionales de enfermería, 84 trabajadores de servicios paramédicos, 60 médicos y 50 trabajadores de áreas administrativa; resultado de la campaña “Cultura de Trato Digno”.

#### **14. Sesiones Interinstitucionales.**

En el periodo de reporte se realizaron diez sesiones interinstitucionales, cuya temática se presenta a continuación:

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 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.
6. Enfermedades crónico degenerativas en adolescentes. Se presentó la gravedad de los problemas crónicos en adolescentes, destacando lo significativo de los hábitos de la madre durante el embarazo y su repercusión en el desarrollo futuro y la necesidad de modificarlos. También se señaló la posibilidad de revertir daños o incluso marcas genéticas en los niños, evitando hábitos riesgosos o perjudiciales y favoreciendo los hábitos saludables. Se contó con la asistencia de 301 asistentes.
7. Oncología molecular de la leucemia linfoblástica aguda pre B en pacientes pediátricos mexicanos. Se mostraron las posibilidades actuales en algunas instituciones del país para el diagnóstico oportuno y con mayor sensibilidad para la leucemia linfoblástica aguda pre B. Se contó con la asistencia de 333 participantes.
8. Diagnóstico y seguimiento de la enfermedad nodular tiroidea. Se presentó el panorama epidemiológico de la enfermedad en el plano internacional y específicamente en México. Se abordó de manera especial la clínica y sus criterios y la utilización de los recursos auxiliares para el diagnóstico y el tratamiento. Se contó con la participación de 302 asistentes.
9. La nueva clínica. Se expuso la tendencia actual en la práctica profesional de los médicos la creciente utilización de la tecnología para el diagnóstico, de los recursos digitales y la conexión a la web para la búsqueda de información. Se resaltó, la importancia de no dejar de lado la clínica basada en la adecuada relación médico paciente, en el interrogatorio, la exploración física completa y el uso racional de la tecnología. Se contó con la asistencia de 323 participantes.
10. Calidad de la educación médica. Se presentó el esfuerzo institucional de la Escuela Superior de Medicina, en el marco de la política del Instituto Politécnico Nacional, para elevar la calidad de la educación superior. Se expuso el avance de esa escuela a lo

largo de los últimos diez años, en la titulación, la incorporación de la investigación y los estímulos a los profesores investigadores, entre otros aspectos. Se registró una participación de 263 asistentes.

### 15. Sesiones por Teleconferencia.

Con relación a este rubro durante el primer semestre de 2016 se realizaron un total de 18 videoconferencia las cuales fueron reportadas por error como teleconferencia.

Durante el periodo de reporte se realizaron 21 sesiones de videoconferencias relacionadas con el Diplomado especializado de gerencia y certificación médica, mostrando una disminución en un 59%, con relación al mismo periodo de 2015 que fue de 51 sesiones. Esta variación se debió a la cancelación de videoconferencia a causa de las dificultades técnicas y operativas que presentaron los organizadores del Diplomado Especializado en Gerencia y Certificación Médica.

### 16. Congresos Organizados.

Durante el periodo de reporte se realizaron seis congresos en la institución

- II Congreso en neonatología "28 días de cuidados, retos y seguridad en la atención del recién nacido", con 168 asistentes.
- XI Congreso nacional de trabajo social, con la participación de 121 asistentes.
- Congreso internacional de medicina transfusional y banco de sangre, con 305 asistentes.
- I Congreso de seguridad del paciente, con 131 asistentes.
- VIII Congreso de inmunopatología alérgica, con la asistencia de 258 participantes.
- VIII Congreso de neurociencias, con 247 asistentes.

### Trabajos presentados en Congresos Médicos

En la siguiente tabla se muestran los trabajos presentados en los diversos Congresos médicos nacionales e internacionales, de las especialidades con que cuenta el Hospital.

Especialidad	No de trabajos presentados en congreso
Cirugía general	37
Medicina interna	29
Urología	11
Biología de la reproducción humana	10
Medicina crítica	9
Otorrinolaringología	5
Pediatría	4
Reumatología	4
Oftalmología	1
<b>Total</b>	<b>110</b>

### 17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.

En el período 2016 se entregaron nueve reconocimientos a los profesores de la Institución, 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 anesthesiologa, 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”.

En el Congreso anual del Colegio Mexicano de Medicina Crítica, los médicos residentes del curso de especialización en Medicina del Enfermo en Estado Crítico del Hospital, obtuvieron el primer lugar en el Tazón Alveolo Medtronic.

### Otros Aspectos.

#### Sesiones académicas.

Sesiones Generales del Hospital	<b>49</b>
Asistentes	<b>15,666</b>

Sesiones académicas por división	2014	2015	2016
Medicina	2,554	2,622	2,782
Cirugía	1,349	1,364	1,245
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	928	874	990
Medicina crítica	580	333	354
Pediatría	254	201	234
Ginecología y obstetricia	203	81	152
<b>Total</b>	<b>5,868</b>	<b>5,475</b>	<b>5,757</b>

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se realizaron un total de 49 sesiones generales del Hospital, con una asistencia de 15,666 participantes, cifra que representa un incremento del 1.3%, con respecto al período anterior que fue de 15,458 asistentes.

Además, se efectuaron 5,757 sesiones académicas por división, con la participación de los médicos residentes, cifra que refleja un incremento de un 5.1% en relación con el periodo anterior que fue de 5,475 sesiones académicas.

### Unidad de Investigación Quirúrgica

Durante 2016, la Unidad de Investigación Quirúrgica realizó las siguientes actividades:

Sesiones, cursos, prácticas y protocolos	Número de sesiones	Participantes
Curso de microcirugía en sus tres niveles	12	58
Sesiones para Diplomado de Laparoscopia Oncológica	66	25
WET LAB oftalmología	1	9
Curso de microcirugía Laparoscópica	2	13
Curso de Cuidados Intensivos Neurológicos	3	37
Curso de Técnicas quirúrgicas para enfermeras	2	105
Protocolo de Presión intraocular	6	5
Curso de Fresado de hueso temporal	1	25
Protocolo de Quemadura corneal	2	5
Curso de urgencias pediátricas	1	15
Curso piloto para protocolo de oncología	13	6
Práctica cirugía de oftalmología	1	11
Sesiones para protocolo queratitis química	12	6
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>320</b>

Durante el período de reporte no se realizaron prácticas en especímenes humanos a causa que no se ha reestablecido el préstamo por parte de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

### Convenios.

Con relación a los convenios, al concluir el periodo que se informa, se tienen un total de 13 de ellos activos. En el siguiente cuadro, se muestran las instituciones y los convenios que están vigentes.

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.
13	St. Luke Escuela de Medicina	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.

### **Informe de Sesiones de Comités Internos**

La Unidad de Enseñanza celebró nueve sesiones de la Comisión de Honor y Justicia, la cual tiene como función, analizar y emitir opiniones sobre las conductas inadecuadas de los médicos residentes, y determina en su caso, sancionar a un médico con la suspensión temporal o definitiva de éstos.

Durante el periodo de reporte de 2016, se canceló la beca de un residente por haber plagiado un protocolo de tesis externo, y en los ocho casos restantes se emitió una nota mala al expediente de cada médico residente sancionado, de acuerdo con los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médico-quirúrgicas de Especialidad y de Alta Especialidad del Hospital Juárez de México, que consistieron en la emisión de una nota mala al expediente de cada médico residente sancionado.

### **Logros de la Unidad de Enseñanza**

El Programa Anual de Actividades Académicas del Hospital tiene una aceptación importante tanto de la institución como por parte de los profesionales de la salud de otras instituciones del sector.

Se realizaron siete sesiones interinstitucionales más, con respecto al periodo anterior, con ponentes invitados.

La evaluación sobre la percepción de la calidad de los cursos de educación continua fue de 9.1 puntos.

En el caso de los médicos residentes que realizan su especialización médica se alcanzó el 84.6% en el programa de diplomación oportuna.

Por parte de la Asociación Mexicana Neonatal de Enfermería A.C. se recibió la donación de un Proyector Multimedia, asimismo la Universidad Anáhuac, donó 70 pupitres con paleta, ocho escritorios y cortinas para diez aulas.

La Comisión Local de Estímulos del Hospital no tuvo observaciones por parte del Comité Nacional, tampoco hubo inconformidades por parte de los participantes de los cuales un total de 149 participantes logro el estímulo económico.

El Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y la Universidad St. Luke Escuela de Medicina, solicitaron campo clínico.

### **Debilidades de la Unidad de Enseñanza**

La gestión de los cursos de especialización es una labor fundamental de la Unidad de Enseñanza, sin embargo la disponibilidad de plazas para este ciclo de actividades no depende del hospital y no se puede incrementar la oferta de espacios académicos.

La principal debilidad de la Unidad de Enseñanza del Hospital recae en que no es una institución que organice los cursos de educación continua, ni los diplomados o maestrías y fundamenta su actividad en buena parte de la coordinación de éstos.

Existe insuficiente presupuesto para la partida de Capacitación gerencial y administrativa.

Los trámites para el establecimiento de los convenios con las instituciones educativas, son prolongados debido a la lenta revisión por parte de los departamentos jurídicos de cada una de ellas.

Las áreas de descanso de los médicos residentes están mal acondicionadas y son insuficientes, debido al incremento de los residentes.

La difusión de los cursos de educación continua recae en gran medida en las instituciones organizadoras de lo cual depende cumplir con metas de alumnos en esta fase.

Exceso de alumnos de ciclos clínicos en el Pregrado en áreas de hospitalización y urgencias lo que favorece el incremento de infecciones nosocomiales.

### **Informe del Programa Anual de Trabajo 2016**

De las cinco líneas de acción programadas en el PAT 2016, se atendieron cuatro de ellas en forma integral y solo la correspondiente a los cursos de inglés para el personal de la institución no fue posible su cumplimiento, debido a falta de presupuesto específico, lo que da un avance general del mismo en un 80%.

Se elaboró un programa académico de actividades para 2016 en el cual se considera a los profesionales y técnicos del Hospital, se impartieron un total de 49 sesiones generales con temas de interés para las disciplinas y especialidades del hospital, de éstas, diez sesiones fueron interinstitucionales, las cuales fueron coordinadas y aprobadas por la Dirección General del Hospital.

Con la finalidad de mejorar la formación por competencias de los médicos residentes, los 357 médicos residentes inscritos a los cursos de especialidad y alta especialidad avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM, presentaron la evaluación del Seminario de Atención Médica del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM), logrando el 100% de aprobación y cumplimiento en este indicador.

En la Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) para 2017, se logró la participación de un total de 1,207 trabajadores.

En cuanto a la capacitación se cumplieron con los objetivos del Programa de Actividades Académicas dentro del Hospital, contribuyendo en el buen desempeño de sus funciones, satisfacción laboral, cambios en la actitud y mejora en la atención, sobre todo en aquellos cursos que son básicos para el desarrollo de sus actividades tales como: paquetería, Primeros Auxilios, Manejo de conflictos, Movilización y traslado de pacientes, entre otros.

El Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud concluyó satisfactoriamente, 149 trabajadores que tienen trato directo con los pacientes de este Hospital, reunieron los requisitos que solicita dicho programa, lo cual se refleja en su preparación constante en temas relacionados con su disciplina, temas de calidad, seguridad y trato digno del paciente; así como la elaboración y puesta en marcha de proyectos que tienen como fin mejorar procesos en los servicios, estos factores inciden en el incremento del profesionalismo del personal y por lo tanto en brindar una atención adecuada a los pacientes. Al mismo tiempo, este personal se hace acreedor a un estímulo económico como reconocimiento a su esfuerzo.

En relación con el establecimiento de los convenios con instituciones de educación superior pública y privada, así como de instituciones de salud, se cuenta con 13 convenios vigentes, lo cual ha permitido coordinar acciones y colaborar de manera recíproca en la consolidación de acciones tendientes a la formación de recursos humanos en salud de alto nivel. Además, como resultado de la contraprestación se han equipado aulas y se han suministrado computadoras para el desarrollo de actividades administrativas.

**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. José Manuel Conde Mercado.

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)	<b>Eficacia en la impartición de cursos de educación continua</b> 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	$\frac{87}{93} = 93.5\%$ Se tuvo un cumplimiento de 93.5% de eficacia en la impartición de cursos de educación continua con respecto a la meta programada de 98.9%. 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.
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.			<b>Porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial</b> 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	$\frac{46}{44} = 104.5\%$ Se tuvo un cumplimiento de 104.5% de porcentaje de cursos en materia administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada del 88.8%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la realización de todos los cursos programados en materia administrativa y gerencial; sin embargo, las instancias organizadoras y la CCINSHAE solicitaron se impartieran eventos que no estaban programados.
3	3. Mejorar la formación por competencias de los médicos residentes contempladas en el PUEM.		2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias	<b>Porcentaje de aprobación del PUEM</b> V1: Número de médicos residentes que aprueban el PUEM / V2: Médicos Residentes inscritos en el PUEM x 100	321 357 = 90%	Semestral	N / A	$\frac{357}{357} = 100\%$ Se tuvo un cumplimiento de 100% de porcentaje de aprobación del PUEM con respecto a la meta programada del 90%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la buena preparación académica de los médicos residentes.
4	4. Generar sesiones con instituciones hospitalarias y multidisciplinarias que enriquezcan la obtención de conocimiento		2.2.8 Sesiones académicas interdisciplinarias	<b>Porcentaje de Sesiones interinstitucionales</b> V1: Número de sesiones interinstitucionales realizadas / V2: Número de sesiones interinstitucionales programadas x 100	48 50 = 96%	Anual	N / A	$\frac{49}{50} = 98\%$ Se tuvo un cumplimiento de 98% de porcentaje de sesiones interinstitucionales con respecto a la meta programada del 96%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que solamente se canceló una sesión clínico patológica.
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	<b>Participación en la encuesta</b> 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	$\frac{1207}{2400} = 50.3\%$ Se tuvo un cumplimiento del 50.3% de participación de la encuesta con respecto a la meta programada del 50%. Este resultado se debió a la difusión que se realizó para que los profesionales de la salud participaran en la encuesta.
6			2.2.10 Oferta al personal en inglés, habilidades gerenciales, diplomados y maestrías	<b>Eficacia en la impartición de cursos de inglés</b> V1: Número de cursos de inglés realizados / V1: Número de cursos de inglés programados x 100	1 2 = 50%	Anual	Gestionar	$\frac{0}{2} = 0$ Se tuvo un incumplimiento del 0% de la impartición de cursos de inglés con respecto a la meta programada de 50%. La variación en el incumplimiento del indicador se debió a la falta de presupuesto.
7	6. Incentivar al personal para mejorar su desarrollo		4.1.2 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - cultura	<b>Participación de los médicos en formación en la sesión cultural organizada por la Unidad de Enseñanza</b> 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	$\frac{150}{430} = 34.9\%$ Se tuvo un cumplimiento del 34.9% de Participación de los médicos en formación en la sesión cultural organizada por la Unidad de Enseñanza con respecto a la meta programada de 30%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a que hubo una adecuada difusión entre los médicos residentes.
8			4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - inglés	<b>Eficacia en la impartición de cursos de inglés</b> V1: Número de cursos de inglés realizados / V2: Número de cursos de inglés programados x 100	1 2 = 50%	Anual	Gestionar	$\frac{0}{2} = 0$ Se tuvo un incumplimiento del 0% de la impartición de cursos de inglés con respecto a la meta programada de 50%. La variación en el incumplimiento del indicador se debió a la falta de presupuesto
9			4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - estímulos	<b>Eficiencia al mejor desempeño</b> V1: Estímulos a los Jefes de Servicio reconocidos / V2: Total de Jefes de Servicio x 100	2 52 = 3.8%	Anual	N / A	$\frac{8}{52} = 15.4$ Se tuvo un cumplimiento del 15.4% de eficacia al mejor desempeño con respecto a la meta programada de 3.8%. La variación en el incumplimiento del indicador se debió a la decisión de la Dirección General de ampliar el número de jefes de servicio a los que se les otorgaría el reconocimiento.

## Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 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							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: <u>NAW</u>		Informe de <u>enero - diciembre</u> 2016					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							
INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		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: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.  <b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador es adecuado.  <b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	99.7	99.7	97.0	2.7	VERDE	<b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 inscribieran 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%.  <b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Los profesionales de la salud que no son actualizados, pierden la oportunidad de mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad.  <b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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)	<p>Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p>
	<p>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</p>	36	36	36			<p>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%.</p>
	<p>Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el periodo x 100</p>	36	36	36			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador es adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador es adecuado.</p>
COMPONENTE (8)	<p>Eficacia en la impartición de cursos de educación continua</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	98.9	98.9	93.5	5.5	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo</p>	92	92	87			<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>Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100</p>	93	93	93			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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>
COMPONENTE (9)	<p>Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	69.8	69.8	73.5	5.3	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo</p>	4,455	4,455	4,099			<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>Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100</p>	6,381	6,381	5,580			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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>

COMPONENTE (10)	Percepción sobre la calidad de la educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	9.4	9.4	9.1	3.2	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> No calcular adecuadamente la programación de las metas y no cumplir con el objetivo institucional. Dificultad para conducir la calidad de los cursos y la oportunidad de mejorarlos.</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			
	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			
ACTIVIDAD (12)	Porcentaje de cobertura de matrícula requerida FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.1	99.1	100.0	0.9	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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.</p>
	Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (becas o matrícula)	421	421	438			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador es adecuado.</p>
	Número de espacios educativos de posgrado requeridos de acuerdo a las necesidades institucionales x 100	425	425	438			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador es adecuado.</p>
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de postulantes aceptados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	65.9	65.9	61.4	6.8	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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.</p>
	Número de candidatos seleccionados por la institución para realizar estudios de posgrado	145	145	135			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> La falta de becas repercute en la formación de médicos especialistas.</p>
	Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 100	220	220	220			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Gestionar ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud oportunamente el incremento de becas asignadas al Hospital Juárez de México.</p>
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	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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.</p>
	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			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Los profesionales de la salud que no son actualizados, pierden la oportunidad de mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad.</p>
	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			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Se implementarán acciones para una mejor difusión de las actividades académicas programadas.</p>

PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"							
ÁREA: CAPACITACIÓN GERENCIAL Y ADMINISTRATIVA							
FIN (1)	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.6	90.6	100.0	10.4	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 10.4% en el porcentaje de servidores públicos capacitados, con respecto a la meta programada de 90.6%, que lo sitúa en el 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 registró un incremento del 13.5% en el número de servidores públicos capacitados, a causa de una mayor difusión de los cursos relacionados con Sensibilización y capacitación en trato digno, Primeros auxilios, Mejora de los procesos e Inducción de Gestión de Procesos para la Transformación Institucional.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Dejar de capacitar a los servidores públicos en temas que son relevantes para la institución o bien son observados por las instancias fiscalizadoras como el Órgano Interno de Control.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Implementar acciones de coordinación con el área de Recursos Humanos y las áreas organizadoras y tomar las medidas pertinentes a fin de cuidar la eficiencia y eficacia en la planeación y organización de los cursos.</p>
	Número de servidores públicos capacitados	920	920	1,044			
	Número total de servidores públicos susceptibles de capacitarse x 100	1,015	1,015	1,044			
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	89.9	87.7	2.4	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 2.4% en los servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente los cursos de capacitación administrativa y gerencial con respecto a la meta programada de 89.9%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada se debió a que 154 servidores públicos no recibieron constancia de conclusión, debido a que no cumplieron con el requisito del 80% de asistencia.</p> <p>Con relación al incremento del 20.2% en el número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitación administrativa y gerencial, este resultado se debió a que acudieron más servidores públicos a capacitarse en los diferentes temas y a la aceptación de cursos fuera de programación.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> No cumplir con los objetivos establecidos en los cursos por rebasar los espacios físicos, impactando en la calidad de la percepción de la calidad de los servidores públicos.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Tomar medidas pertinentes a fin de cuidar la eficiencia y eficacia en la planeación y organización de los cursos; sin descuidar la calidad de los mismos para no repercutir en la satisfacción de los asistentes.</p>
	Número de servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	890	890	1,044			
	Número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitación administrativa y gerencial x 100	990	990	1,190			
COMPONENTE (3)	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE 1 / VARIABLE 2 X 100	88.6	88.6	104.5	17.9	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 17.9% en el porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada del 88.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la realización de todos los cursos programados en materia administrativa y gerencial; sin embargo, las instancias organizadoras y la CCNSHAE solicitaron se impartieran eventos que no estaban programados.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> No cumplir con los objetivos establecidos en los cursos por rebasar los espacios físicos, impactando en la calidad de la percepción de la calidad de los servidores públicos.</p> <p>Dejar de capacitar a los servidores públicos en temas que son relevantes para la institución o bien son observados por las instancias fiscalizadoras como el Órgano Interno de Control.</p>
	Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	39	39	46			
	Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100	44	44	44			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Implementar acciones que permitan cuidar la capacidad máxima programada de asistentes con base al número de profesores, aulas y recursos disponibles en el Hospital.</p>
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	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de temas detectados que se apegan a las funciones de los servidores públicos	44	44	44			
	Número de temas incluidos en el Programa Anual de Capacitación x 100	108	108	108			

### Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud” se reportaron un total de **13 indicadores**, los cuales se situaron en la siguiente semaforización.

Programa Presupuestal	Área	Semaforización			Total de Indicadores
		Verde	Amarillo	Rojo	
E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”	Formación	5	3	1	9
	Capacitación	2	0	2	4
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>13</b>

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestran **los indicadores que no alcanzaron la meta programada ubicándose en semáforo rojo** y describen el análisis de las causas de la variación de los resultados, no obstante, algunos indicadores tuvieron un cumplimiento superior; asimismo, se muestran las acciones que se implementarán para mejorar sus resultados.

Cabe señalar, que la numeración de los indicadores corresponde al número asignado en la Matriz de Indicadores para Resultados (**MIR**) y la variación de los resultados se refleja con base en los parámetros de semaforización establecidos en las Fichas Técnicas de cada uno de los indicadores.

**Área: Formación y desarrollo de recursos humanos especializados para la salud**

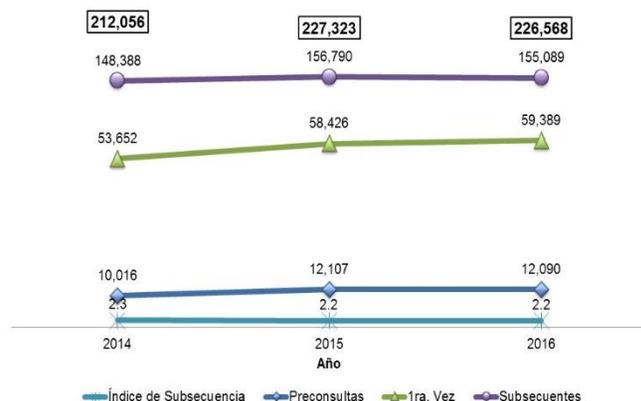
No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
14	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua.	99.7	87.2	12.5	Inferior	El resultado de este indicador se debió a que de una programación del 99.7% (6,381) de profesionales de la salud que se proyectó se inscribirían a los cursos de actualización, solamente se inscribieron el 87.2% (5,580) profesionales, derivado de que en algunos cursos hubo menos participantes inscritos y a la cancelación de cursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la difusión interna y externa de las actividades académicas programadas.</li> <li>• Mejorar 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</li> </ul>

**Área: Capacitación gerencial y administrativa**

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
1	Porcentaje de servidores públicos capacitados.	90.6	100	10.4	Superior	El resultado de este indicador se debió al incremento en el número de servidores públicos capacitados, logrando una meta del 100.0% (1,044/1,044). 10.4% más con respecto a la meta programada de 90.6% (920/1,015), derivado de la mayor difusión de los cursos relacionados con Sensibilización y capacitación en trato digno, Primeros auxilios, Mejora de los procesos e Inducción de Gestión de Procesos para la Transformación Institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con el área de Recursos Humanos y las áreas organizadoras las medidas pertinentes a fin de cuidar la eficiencia y eficacia en la planeación y organización de los cursos.</li> </ul>
3	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial.	88.6	104.5	17.9	Superior	La variación superior en 17.9% en este indicador, se debió a que se superó el número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial alcanzando un cumplimiento de 104.5% (46/44), respecto a la meta programada de 88.6% (39/44). Derivado de que la CCINSHAE solicitó la impartición del curso "Terapia de infusión segura en el paciente neonato", y la Jefatura de Enfermería el "Curso terapia de soporte renal continua con máquina prisma".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear y programar el número de cursos y la capacidad máxima de asistentes con base al número de profesores, aulas y recursos disponibles en el Hospital.</li> </ul>

## ATENCIÓN MÉDICA

### 1. Número de Consultas Otorgadas.



Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se proporcionaron un total de 226,568 atenciones en el servicio de consulta externa, cifra inferior en un 0.3%, con relación a la reportada en el periodo de 2015, que fue de 227,323 consultas otorgadas. Esta diferencia se debió al tiempo que se otorga en la revisión de un paciente por la complejidad del padecimiento.

Se otorgaron un total de 155,089 consultas subsecuentes, en esta cifra se aprecia una disminución del 1.1% en comparación con las consultas de este tipo en el mismo periodo de 2015, durante el cual se otorgaron 156,790 consultas.

Se brindaron también un total de 59,389 consultas de primera vez, mostrando un incremento en un 1.6% con relación al periodo anterior en el cual se otorgaron 58,426 consultas. Igualmente se proporcionaron 12,090 preconsultas. Los resultados reportados se relacionan con la contratación de dos médicos en el servicio de Preconsulta.

El índice de subsecuencia reportado fue de 2.2 misma cifra registrada en comparación al 2015.

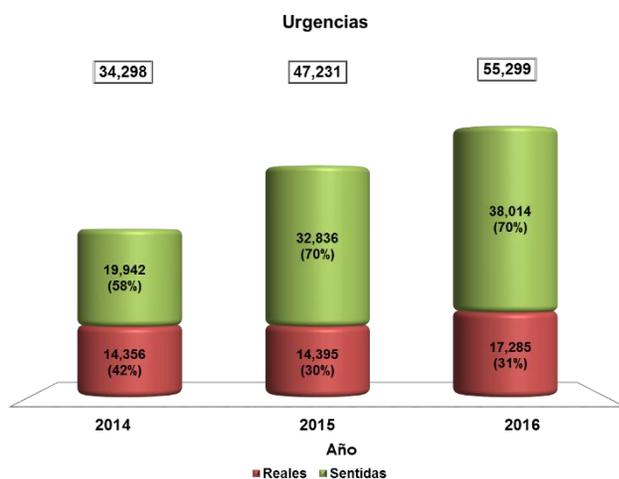
Es importante destacar que durante el 2016 se implementaron en la consulta externa, clínicas de atención especializada para mejorar la calidad de atención y reducir tiempos de diferimiento en la consulta.

Causas de Atención en Pacientes de Primera Vez			
No.	2014	2015	2016
1	Embarazo	Embarazo	Embarazo
2	Hiperplasia de la próstata	Diabetes mellitus tipo 2	Hiperplasia de la próstata
3	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus tipo 2
4	Diabetes mellitus tipo 2	Hiperplasia de la próstata	Hipertensión arterial
5	Obesidad	Cáncer de mama	Cálculo renal
6	Cáncer de mama	Episodio depresivo	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)

7	Episodio depresivo	Obesidad	Enfermedad isquémica crónica del corazón
8	Cálculo renal	Cálculo renal	Hemorragia vaginal y uterina anormal
9	Enfermedad isquémica crónica del corazón	Lumbalgia	Cáncer de mama
10	Asma	Hemorragia vaginal y uterina anormal	Episodio depresivo

El cuadro previo, presenta comparativamente las principales causas de consulta de los años 2014, 2015 y 2016, en el cual se puede observar que el padecimiento de hiperplasia prostática se encuentra en segundo lugar debido a la campaña de detección que se implementó en el Hospital para pacientes y personal. Además, la diabetes mellitus continua siendo una de las primeras causas de atención, seguido de los problemas cardiovasculares como la hipertensión arterial, la enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca y enfermedad isquémica crónica del corazón, que muestran un incremento sustantivo, desplazando al registro de cáncer de mama y a los episodios depresivos.

## 2. Número de Urgencias.



Durante el 2016, se otorgaron un total de 55,299 atenciones de urgencias, lo que representa un incremento en la productividad del servicio del 17.1%, con respecto a las consultas registradas en el periodo de 2015, que fue de 47,231 atenciones. Este resultado se debió a una mayor afluencia de usuarios que solicitan atención médica, tanto en forma espontánea como los referidos por hospitales

valorando a los pacientes graves en minutos y difiriendo los casos de urgencias sentidas; situación que permite atender un mayor número de pacientes, a pesar de contar con una plantilla médica limitada.

Se continúa con la valoración de los pacientes a través de *Triage*, procedimiento que permite detectar las urgencias reales,

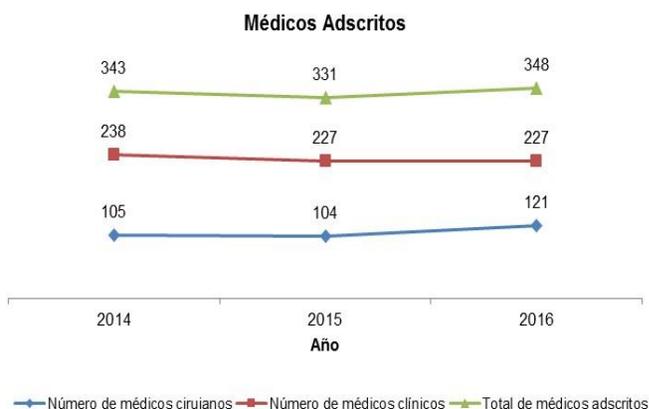
De acuerdo a los resultados del sistema de *triage*, la proporción de urgencias reales atendidas se incrementaron en un 20% y las urgencias sentidas se incrementaron en un 15.8%, en comparación con el mismo periodo de 2015.

## 3. Número de Casos Nuevos Atendidos.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, el número de casos nuevos atendidos en el Hospital, fue de 59,389, lo que representó un aumento del 1.6%, con relación a los 58,426 casos atendidos en el mismo periodo de 2015. Este resultado se debió a una mayor captación

de pacientes que no son atendidos en los hospitales de segundo nivel y que requieren de atención de alta especialidad.

#### 4. Total de Médicos Adscritos

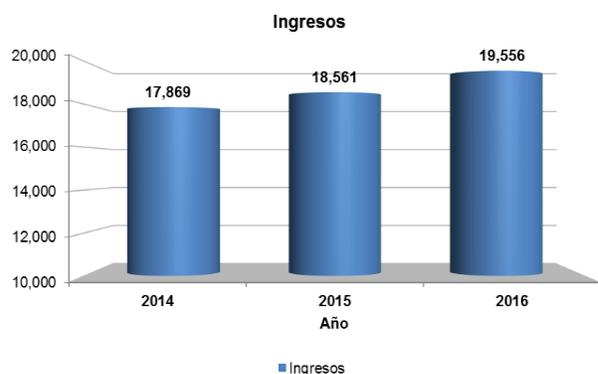


El Hospital tiene una plantilla médica de 348 especialistas que brindan atención médica a los pacientes, los cuales están asignados a las áreas de diagnóstico y tratamiento, de ellos 227 son médicos clínicos, que no practican tratamientos quirúrgicos y están distribuidos en las 51 especialidades, principalmente adscritos a las divisiones de medicina, medicina crítica y pediatría; y 121 cirujanos encargados de realizar los procedimientos quirúrgicos diversos a los pacientes en los quirófanos centrales, periféricos y en la Unidad de Tococirugía,

que pertenecen a las divisiones de Cirugía y Ginecoobstetricia. El incremento en la contratación de médicos cirujanos obedece a la necesidad de atender procedimientos quirúrgicos y de alta especialidad

Se continúa con el proceso de selección y contratación del personal médico que ingresa a la Institución, que incluye un perfil de médico especialista, con curso universitario de una institución reconocida avalada por la ANUIES, con certificación del Consejo de la especialidad y evaluados por el Consejo Técnico Consultivo del Hospital, aplicándose una nueva cédula de ingreso.

#### 5. Número de Ingresos Hospitalarios.



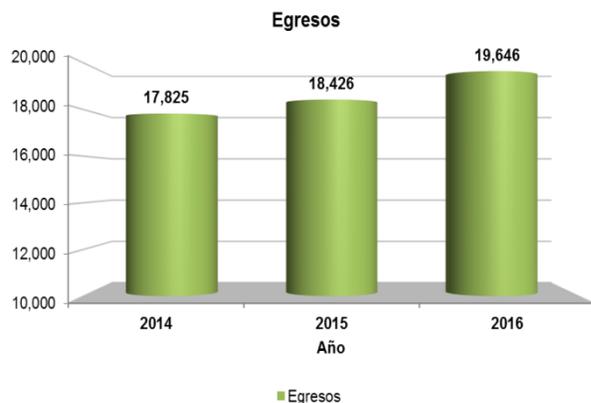
En relación a los ingresos hospitalarios, en el periodo de reporte, se registró un total de 19,556 ingresos, lo que representa un incremento del 5.4%, con respecto a los 18,561 ingresos reportados en el mismo periodo de 2015. Este resultado obedece al incremento en la demanda de atención médica en Consulta externa y los servicios de Urgencias, por población de usuarios de la Ciudad de México y estados circunvecinos, debido al prestigio de la Institución.

Principales Causas de Morbilidad			
No.	2014	2015	2016
1	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
2	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
4	Colelitiasis y colecistitis	Colelitiasis y colecistitis	Enfermedades del corazón
5	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Parto único espontáneo
6	Parto único espontáneo	Parto único espontáneo	Colelitiasis y colecistitis
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte
8	Hernia de la cavidad abdominal	Hernia de la cavidad abdominal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
9	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía	Hernia de la cavidad abdominal
10	Enfermedades del Apéndice	Insuficiencia renal	Influenza y neumonía

En el cuadro previo se describen las causas principales de morbilidad hospitalaria de los años 2014 a 2016. Las enfermedades que integran las principales causas de atención en el Hospital, prevalecen en los periodos comparativos debido a que no existió un cambio importante en las enfermedades que aquejan a la población atendida, estas tienen mayor incidencia y originan habitualmente la demanda de atención médico-quirúrgica y contemplan múltiples padecimientos: enfermedades de solución clínica, problemas obstétricos, pediátricos, enfermedades con solución quirúrgica (colelitiasis y hernias de la pared abdominal), padecimientos crónico-degenerativos y sus complicaciones, principalmente las relacionadas con padecimientos oncológicos, como el cáncer de próstata y de testículo en hombres, mientras que en la mujer el cáncer de mama y de cérvix.

Se puede identificar la persistencia de la insuficiencia renal crónica derivada principalmente de diabetes mellitus de larga evolución y padecimientos relacionados con la “violencia” como traumatismos derivados de los accidentes en tránsito y de agresiones por terceras personas, lesiones por arma blanca y por arma de fuego, las cuales representan una causa de solicitud de atención diaria primordialmente en el área de urgencias.

## 6. Total de Egresos.



Durante el periodo de reporte, el total de egresos hospitalarios registrados fue de 19,646, mostrando un incremento del 6.6%, con respecto a los 18,426 egresos registrados en el mismo periodo de 2015. Esta variación se debió a una mayor demanda de pacientes para ser hospitalizados por sus padecimientos crónicos y/o con complicaciones derivadas de sus enfermedades.

El índice de rotación de camas mensual fue de 4.1, reflejando un incremento de dos décimas porcentuales con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 3.9.

## Número de Egresos Hospitalarios por Mejoría.

Motivo de Egreso Hospitalario			
	2014	2015	2016
Ingresos	17,869	18,561	19,556
Egresos	17,825	18,426	19,646
Egresos por mejoría	17,016 (95.5%)	17,095 (92.8%)	18,154(92.4%)
Defunción	773	858	866
Altas voluntarias	13	113	179
Pase a otra unidad	0	3	1
Otro motivo	23	357	446

Complementario al indicador anterior se reportan los ingresos y egresos, comparativamente en los periodos anuales de 2014 a 2016 así como las causas de los egresos, con hincapié en los de mejoría.

El total de egresos por mejoría fue de 18,154 observando un incremento en un 6.1% con relación a los registrados en el mismo periodo de 2015, que fue de 17,095 egresos en este rubro.

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. Además, la Institución cuenta con médicos especialistas capacitados y actualizados que cubren la demanda de los padecimientos que se atienden habitualmente en el Hospital; ya que se disponen de equipos especializados para el diagnóstico, así como al abasto de medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes.

El promedio diario de egresos hospitalarios fue de 53.6 egresos, mayor en un 6.1% con respecto al mismo periodo de 2015 representado por 50.5 eventos, esto se debió al incremento del 6.6% en el total de egresos reportados durante 2016.

En el rubro de altas voluntarias, durante el 2016, se registraron 179 altas voluntarias, lo que significa un 0.9% en relación al total de los egresos, lo que refleja que los pacientes deciden libremente el permanecer en el hospital para su tratamiento o no; además de existir factores como falta de recurso económico, dada por la situación financiera del país, la religión que profesan que se niegan en caso de ser necesario a ser transfundidos, los cuidados en casa y manejo ambulatorio por los padecimientos oncológicos y enfermedades en etapa terminal como parte de cuidados paliativos.

Derivado de que las acciones establecidas no reflejaron una disminución en el número de altas voluntarias, se están replanteando las medidas a considerar como:

- Capacitación al personal de salud.
- Sensibilización al paciente sobre la implicación del alta voluntaria.
- Mejorar el registro y captura del formato de egreso hospitalario.

En cuanto a las defunciones, se tuvo un total de 866, mostrando una disminución de ocho fallecimientos, con respecto a los registrados durante el 2015 que fueron 858 defunciones.

No obstante, que los egresos hospitalarios se incrementaron en un 6.6%, la tasa bruta de mortalidad disminuyó en 0.7% en comparación al periodo anterior. Este resultado se debió a un mejor control de infecciones nosocomiales que afectan a los pacientes, a que se cuenta con una eficiente y oportuna administración de medicamentos y material de curación, tener tecnología de punta para el adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes y tener personal de salud especializado comprometido con la calidad de la atención hacia los pacientes.

Con respecto a los egresos registrados como “Otro motivo”, en este periodo de reporte se registraron 446 casos, 89 más que los registrados en el mismo periodo de 2015, que fue de 357. Cabe señalar, que se considera el rubro “otro motivo”, en los siguientes casos:

- a) Cuando el médico no especifica concretamente la razón del egreso del paciente y lo reporta en este capítulo.
- b) Por circunstancias médicas que se consideran de alto riesgo para el paciente, principalmente por tratamiento de procedimientos quirúrgicos, lo cual obliga a tener que diferir y reprogramar la cirugía, debiendo egresar al paciente por su seguridad, evitar la estancia prolongada y la ocupación hospitalaria.
- c) Por retraso en la atención médica derivada de falta de tiempo quirúrgico.
- d) Por permiso terapéutico al paciente.

Las Jefaturas de los Servicios Médicos y de Estadística, realizan supervisiones para confirmar el correcto llenado de la Hoja de Egreso Hospitalario, solicitando a los médicos especificar la causa por la que se registró el “otro motivo”, consignándola en el reverso del formato oficial.

## 7. Número de Cirugías.

<b>Cirugías</b>			
<b>Tipo de cirugía</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Cirugías mayores	10,432	10,263	10,410
Cirugías menores	3,663	3,962	5,019
<b>Total</b>	<b>14,095</b>	<b>14,225</b>	<b>15,429</b>

En la tabla previa se reportan comparativos entre 2014 a 2015 las actividades del área quirúrgica, como son las cirugías totales desglosadas en mayores y menores, realizadas las primeras en los quirófanos centrales y tococirugía y los segundos en los quirófanos periféricos de oftalmología.

Durante el 2016 se efectuaron un total de 15,429 procedimientos quirúrgicos, cifra superior en un 8.5% con relación al mismo periodo de 2015, en el cual se realizaron 14,225 cirugías. Este resultado se debió al incremento en la demanda de cirugías de corta estancia, la práctica de cirugías de alta complejidad e ingresos quirúrgicos de urgencias y la realización de cirugía mínima invasiva de alta especialidad.

Para garantizar la atención quirúrgica con los más altos estándares de seguridad, se mantienen los lineamientos del Programa Sectorial de Cirugía Segura Salvavidas y el Programa Local de Cirugía Segura, fundamentado en la revisión en el caso de cirugía electiva del expediente clínico por los jefes de servicio antes de la programación. El marcaje quirúrgico y los “tiempos fuera” necesarios, y diariamente se supervisan aleatoriamente los expedientes de los pacientes de cirugía electiva, por el Jefe del Quirófano como una segunda barrera de seguridad.

Las intervenciones quirúrgicas mayores muestran algunos cambios en la frecuencia de los procedimientos como se consigna en una tabla siguiente.

<b>Principales Intervenciones Quirúrgicas</b>			
<b>No.</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
1	Colecistectomía laparoscópica	Colecistectomía laparoscópica	Colecistectomía laparoscópica
2	Laparotomía exploradora	Reducción abierta y fijación interna	Reducción abierta y fijación interna
3	Facoemulsificación de catarata	Facoemulsificación de catarata	Facoemulsificación de catarata
4	Reducción abierta y fijación interna	Apendicectomía	Laparotomía exploradora
5	Apendicectomía	Laparotomía exploradora	Apendicectomía

6	Prostatectomíatransuretral	Prostatectomía transuretral	Prostatectomía transuretral
7	Plastía inguinal	Histerectomía simple no radical	Histerectomía simple no radical
8	Histerectomía simple no radical	Plastía inguinal	Plastía inguinal
9	Rinoplastia	Extracción transuretral de litos de uréter y pelvis renal	Extracción transuretral de litos de uréter y pelvis renal
10	Extracción transuretral de litos de uréter y pelvis renal	Rinoplastia	Plastía de pared abdominal

En el cuadro anterior, se observa un comportamiento similar en las principales intervenciones quirúrgicas, con el periodo de comparación.

En lo que respecta al lugar que ocupan los procedimientos de plastia de pared abdominal, se debió a una mayor afluencia de pacientes con eventraciones que requirieron resolución a través de este tipo de procedimiento quirúrgico.

En el cuadro siguiente se listan las cirugías mayores, desglosadas por servicio quirúrgico.

<b>Intervenciones Quirúrgicas Mayores</b>			
<b>Por especialidad</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Gineco-obstetricia	2,512	2,426	2,345
Cirugía general	1,762	1,765	1,850
Oncología	1,386	1,192	1,044
Ortopedia	579	872	964
Oftalmología	793	823	681
Urología	773	687	770
Neurocirugía	573	543	628
Otorrinolaringología	424	506	545
Cirugía pediátrica	573	405	398
Cirugía plástica	189	215	243
Cirugía maxilofacial	243	211	195
Cirugía cardiovascular	131	149	141
Nefrología y trasplantes	36	43	81
Cirugía de tórax	15	10	9
Otras especialidades	443	416	516
<b>Total</b>	<b>10,432</b>	<b>10,263</b>	<b>10,410</b>

### Cirugías de Alta Especialidad.

Durante el 2016, se realizaron un total de 450 cirugías de alta especialidad, principalmente en las especialidades de Cirugía de Tórax, Cirugía Maxilofacial, Trasplantes, Neurocirugía, Oncología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Urología y Cirugía Pediátrica.

#### Principales cirugías de alta especialidad por servicio

Servicio	Procedimiento	Cantidad
Cirugía de Tórax	Mediastinitis, resección de tumores	30
Cirugía Maxilofacial	Cirugía ortognática	28
	Reducción abierta de fracturas faciales	24
Trasplantes	Trasplante renal	11
Neurocirugía	Resección de tumoraciones, hemangiomas, adenomas, meduloblastomas	81
	Laminectomía, instrumentación cervical y lumbar	66
	Resección de meninges	51
Oncología	Mastectomía	50
	Resección tumoral vía laparoscópica	22
Ortopedia	Cirugía de columna e instrumentación	13
Cirugía Plástica	Reconstrucción microquirúrgica	26
	Reconstrucción mamaria	15
Urología	Nefrectomía laparoscópica	26
Cirugía Pediátrica	Toracotomía para resección de metástasis	4
	Resección de tumor de Wilms	3
<b>Total</b>		<b>450</b>

### Promedio de Cirugías por Sala/día

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, el promedio de cirugías por sala/día fue de 2.8, que representa un incremento de cinco décimas con relación al 2.3 registrado en el mismo periodo de 2015. Este resultado se debió al incremento de cirugías realizadas y al ajuste en el total de salas quirúrgicas utilizadas de 12 en 2015 a 15 en 2016 (considerando las salas de tococirugía y, cirugía ambulatoria oftalmológica)

Las cirugías ambulatorias que se efectuaron en los periodos comparativos en el trienio realizados por servicio fueron las siguientes:

Cirugías Ambulatorias			
Servicio	2014	2015	2016
Oncológicas	569	472	1,740
Cirugía maxilofacial	629	867	1,193
Cirugías dermatológicas	689	711	800
Cirugía oftalmológica	980	1,147	613
Cirugía Obstétrica y Ginecológica	514	369	409
Urológicas	159	282	157
Cirugía plástica	123	114	107
<b>Total</b>	<b>3,663</b>	<b>3,962</b>	<b>5,019</b>

En el cuadro anterior, se muestran el total de cirugías ambulatorias por especialidad realizadas, destacando las realizadas por oncología, cirugía maxilofacial y oftalmología; efectuándose con costos accesibles para el paciente sin requerir su hospitalización. Se observa un incremento de cirugías ambulatorias del 26.7%, con relación a lo realizado durante el periodo comparativo de 2015, que fue de 3,962 cirugías. Este resultado se debió a que los servicios que realizan estos procedimientos han mejorado sus registros de intervenciones.

Procedimientos Endoscópicos			
Procedimientos	2014	2015	2016
Endoscópicos terapéuticos	2,279	3,469	3,991
Diagnósticos	2,130	3,118	3,808
<b>Total</b>	<b>4,409</b>	<b>6,587</b>	<b>7,799</b>

La tabla muestra un incremento del 18.4% en el número de procedimientos endoscópicos durante 2016, en comparación con el periodo de 2015; debido a que el servicio de endoscopia es de referencia y recibe pacientes enviados de otros hospitales, además de realizar estudios en el área de hospitalización en el turno vespertino.

Se realizaron 514 procedimientos de colangiopancreatografía retrograda endoscópica.

### 8. Número de cirugías / Número de cirujanos.

En 2016, el índice de cirugías por cirujano fue de 127; lo que representa un decremento de diez procedimientos en relación a la cifra alcanzada en el 2015, que fue de 137 cirugías en promedio. La variación obedece a una mayor complejidad en las cirugías de alta especialidad, lo que incrementa el tiempo para la realización de algunos procedimientos como cirugía bariátrica, neuroquirúrgicos, cirugía de torax y oncológicos;

### Diferimiento Quirúrgico.

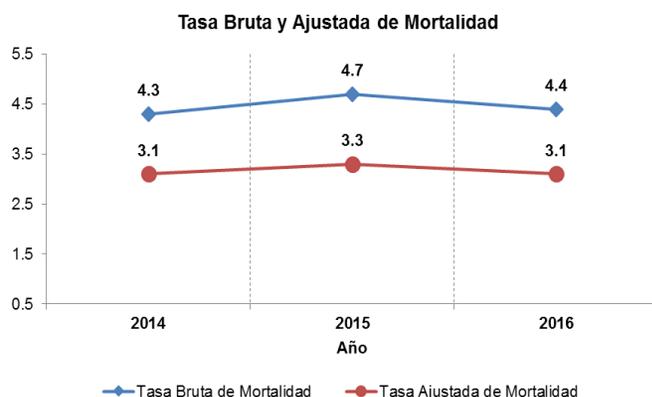
Indicador	2014	2015	2016
Promedio por sala/día	2	2	2
Días promedio de diferimiento quirúrgico	12	12	13

Durante el periodo de reporte, el diferimiento quirúrgico se encuentra en 13 días, aumentando el diferimiento a lo reportado en el mismo periodo de 2015 que fue de 12, siendo más realista en el cálculo del diferimiento en 2016 considerando que éste debe medirse a partir de que el paciente cuente integralmente con su expediente clínico, para ser programado por el servicio y ante el quirófano para ser intervenido. Este diferimiento también muestra el aumento de la población que solicita atención por parte de las especialidades quirúrgicas.

Otro aspecto importante que se está atendiendo es el oportuno inicio de procedimientos quirúrgicos en quirófano central, mediante las siguientes acciones:

- Mediciones de tiempo entre la finalización e inicio de una cirugía.
- Medición del tiempo quirúrgico.
- Análisis detallado de los factores que intervienen en el retraso del inicio de los procedimientos quirúrgicos.

### 9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria. 10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.



La gráfica muestra la mortalidad en dos versiones la tasa bruta y la ajustada, por año comparativo de 2014 a 2016.

En el periodo de reporte 2016 se observa que la tasa bruta disminuyó tres décimas porcentuales mientras que la tasa ajustada dos décimas, con respecto al mismo periodo de 2015. Estas variaciones se deben a que los pacientes atendidos presentan patologías crónicas más

complejas y complicadas, lo que predispone a una mortalidad mayor, sin embargo ambas tasas de mortalidad se mantienen en rangos aceptables para hospitales generales.

De acuerdo a estándares nacionales, la tasa bruta de mortalidad aceptable oscila en el rango de 5.0 a 7.0% por lo que el Hospital es efectivo al encontrarse por debajo del parámetro.

En el siguiente cuadro, se muestra las principales causas de mortalidad por capítulo comparativas en los periodos 2014 a 2016.

No.	Principales Causas de Mortalidad		
	2014	2015	2016
1	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
2	Neumonía grave de la comunidad	Neumonía grave de la comunidad	Influenza y Neumonía
3	Enfermedades del corazón	Complicaciones de la Diabetes tipo 2	Complicaciones de la Diabetes tipo 2
4	Complicaciones de la Diabetes tipo 2	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado
5	Enfermedades crónicas del hígado	Enfermedades crónicas del hígado	Enfermedades del corazón
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Insuficiencia renal crónica	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Insuficiencia renal crónica
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Traumatismos diversos	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Traumatismos diversos
10	Septicemia	Insuficiencia renal crónica	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo

Como se puede observar, los tumores malignos continúan ocupando el primer lugar de mortalidad en nuestra población, las neumonías como la influenza se mantienen en un segundo lugar ya que los periodos invernales son los que con mayor frecuencia se presenta pese a las campañas de vacunación a nivel nacional, y las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes tipo 2, enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares).

La insuficiencia renal muestra que se ha incrementado en el 2016, ocupando el séptimo lugar a diferencia del décimo lugar que ocupaba en el 2015; lo que nos debe alertar e implementar medidas preventivas y programas que nos ayuden a solventar los altos costos del tratamiento de estos pacientes.

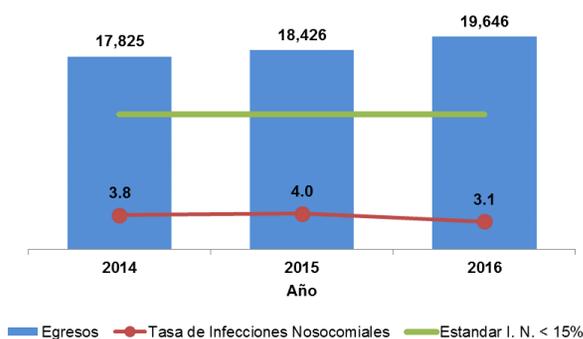
En el siguiente cuadro, se presentan las principales causas de mortalidad por padecimiento específico.

No.	Principales Causas de Mortalidad por Padecimiento Específico		
	2014	2015	2016
1	Influenza y neumonía	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Neumonía
2	Tumores malignos del cérvix, del ovario, de la mama y del estómago	Enfermedades del hígado	Diabetes mellitus no insulino dependiente.
3	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Complicaciones derivadas de la Hipertensión arterial	Hipertensión esencial (primaria)
4	Complicaciones derivadas de la Hipertensión arterial	Leucemia linfoblástica aguda	Tumor maligno de la mama
5	Insuficiencia renal crónica	Enfermedad cerebrovascular	Tumor maligno del cuello del útero.
6	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Tumor maligno del estómago	Leucemia linfoblástica aguda
7	Linfoma no Hodgkin	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Leucemia mieloblástica aguda
8	Sepsis	Linfoma no Hodgkin	Lupus eritematoso sistémico
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Insuficiencia renal crónica	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana
10	Peritonitis	Síndrome de dependencia de alcohol	Insuficiencia hepática

En la tabla anterior, se muestra que los padecimientos respiratorios asociados con la neumonía, se presentan en primer lugar debido a que son problemas relacionados al deterioro ambiental.

En lo referente a las enfermedades metabólicas y endovasculares, continúan siendo una causa permanente en nuestra población de mortalidad; que durante 2016 superaron a las enfermedades oncológicas como principales causas de mortalidad por padecimiento específico. De manera interesante, las patologías autoinmunes, infectocontagiosas y hepáticas aparecen dentro de las diez principales causas de mortalidad, lo cual está relacionado con el padecimiento de las áreas de diagnóstico y tratamiento que favorecen a que otras instituciones refieran un mayor número de pacientes de estas patologías al Hospital.

### 11. Tasa de Infecciones Nosocomiales.



La gráfica presenta en las barras verticales los egresos totales y la tasa de infecciones en una línea de color rojo, en periodos anuales de 2014 al 2016, en la cual se puede apreciar una disminución de nueve décimas, que se puede explicar por el fortalecimiento del Programa de Control de Infecciones, integrando acciones enfocadas al cambio de conducta de los profesionales de la salud que se refleja en el incremento del apego a la higiene de

manos, a las medidas para reducir neumonías asociadas a ventilador así como las infecciones de torrente sanguíneo, al uso adecuado de las precauciones estándar y por vías de transmisión, y a la política para el uso racional de los antimicrobianos.

Cabe destacar que durante el 2016, los pacientes identificados con riesgo para adquirir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) fueron más complejos, mayor número de pacientes, patologías de base complicadas y pacientes con antecedente de hospitalizaciones en otras instituciones y de uso irracional de antimicrobianos.

La tasa de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) 2016 que se programó fue de 7.1 por mil días estancia, sin embargo se logró una tasa de 5.5 IAAS por mil días estancia resultado del reforzamiento de las actividades de vigilancia epidemiológica activa, las de prevención y difusión de la información generada.

Respecto a los microorganismos involucrados en las IAAS, nuestra gran preocupación se centra en los multidrogosresistentes, como el *Acinetobacterbaumannii* 27% y la *Pseudomonasaeruginosa*, ambos en este 2016 modificaron su tendencia, Asimismo, se tiene especial vigilancia a la infecciones por *Clostridiumdifficile* que incrementaron en 8% durante el 2016, sin que ocurrieran brotes.

La tasa de incidentes infecciosos Asociados a la atención en la salud (IIAAS), por cada cien egresos hospitalarios, fue de 3.3 con 479 eventos ocurridos, observando una disminución de 19.5% en comparación con la tasa de 4.1 con 557 eventos, registrados en el periodo 2015.

Además, la tasa de infección nosocomial por mil días de estancia hospitalaria, registro una tasa de 5.5, es decir una disminución del 23.6% con respecto a la tasa alcanzada en el periodo comparativo de 2015, que fue de 7.2 casos por cada 1,000 días estancia.

Asimismo, durante el 2016 se integró al Programa de Control de infecciones el uso de la herramienta INICC, que consiste en registrar en una plataforma electrónica, el periodo de tiempo en riesgo que permanecen los pacientes con dispositivos invasivos y el seguimiento de la recurrencia de la infección especialmente en las áreas críticas.

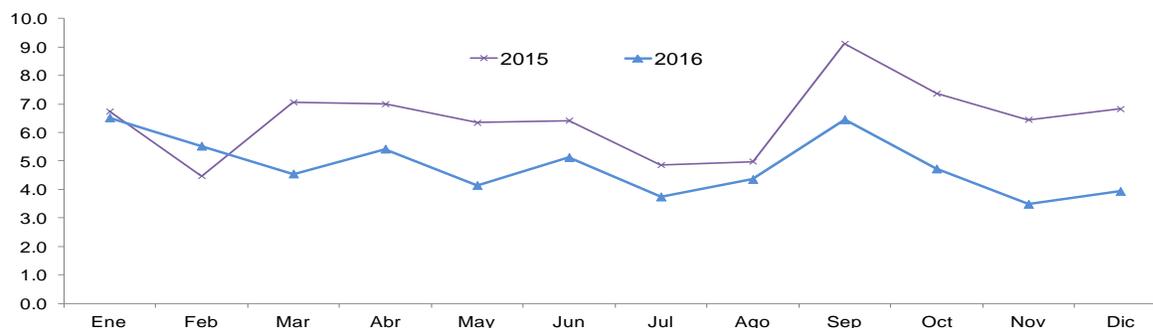
Se emplearon seis componentes como parte de la estandarización de los procedimientos de vigilancia epidemiológica activa y en el control los paquetes de medidas preventivas:

1. Vigilancia de Cohorte Infecciones asociadas a la atención en salud en unidades de cuidados intensivos.
2. Vigilancia de Infección de Sitio Quirúrgico.
3. Monitoreo de Higiene de Manos.
4. Monitoreo de medidas para Prevenir las Infecciones del Torrente Sanguíneo (Bacteriemia).
5. Monitoreo de Medidas para Prevenir Neumonía Asociada a Ventilador (NAV).
6. Monitoreo de Medidas para Prevenir las Infecciones del Tracto Urinario (IVU).

Se implementaron dos paquetes de medidas preventivas para las infecciones del torrente sanguíneo, denominadas bacteriemias secundarias y para las infecciones de vías urinarias, además de fortalecer el de neumonías asociadas a ventilador.

El apego a la higiene de manos (HM) 2016 fue de 59% que, comparado con el 2015 que fue de 55%, fue mayor en un 7.3%; identificando relación entre la tendencia de las IAAS y la del apego a la Higiene de Manos, debido a que se intensificó las actividades de promoción y prevención de infecciones que son fundamentales para el control de las mismas.

**Comparación de la tasa de IAAS 2015-2016**



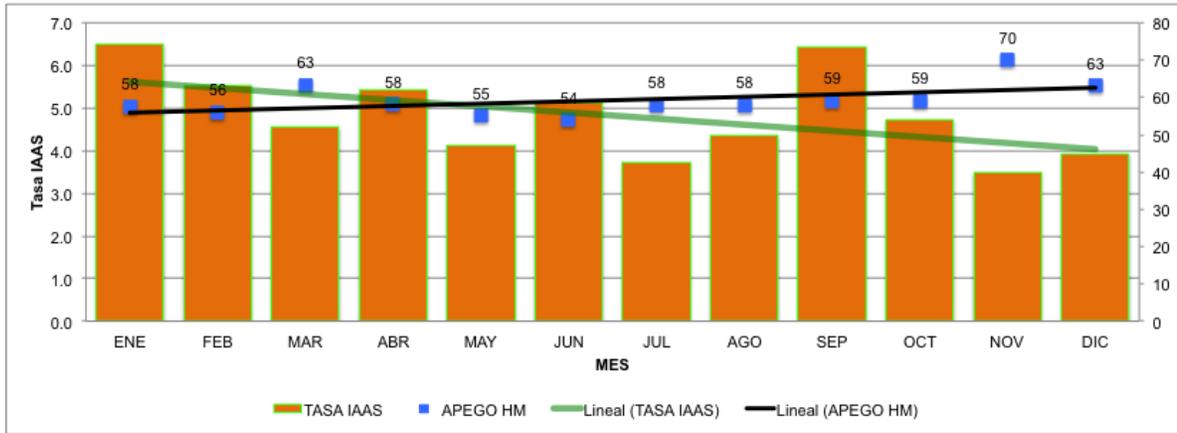
Fuente: UVEH-HJM 2015-2016

Las tasas de infección por sitio específico disminuyeron en Neumonías asociadas a ventilador y las bacteriemias. Tabla 1

**IAAS por sitio de ocurrencia 2015-2016**

IAAS	2015	2016
NAV por mil días ventilador	21.1	19.1
BACTERIEMIA por mil días CVC	2.9	2.1
IVU por mil días catéter urinario	2.2	2.2

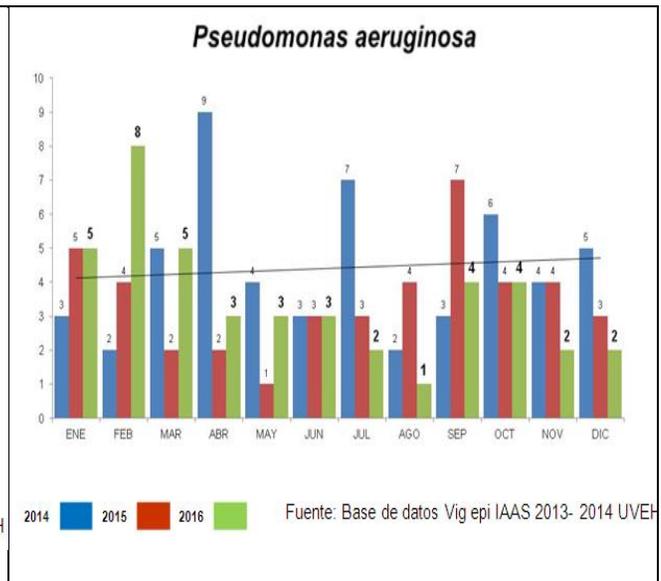
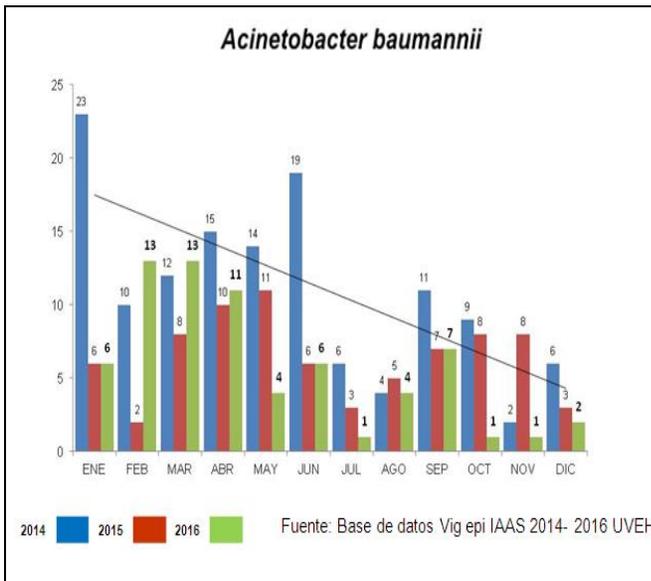
**Relación entre la Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud y apego a la higiene de manos.  
HJM 2016**



↑ Apego a higiene de manos

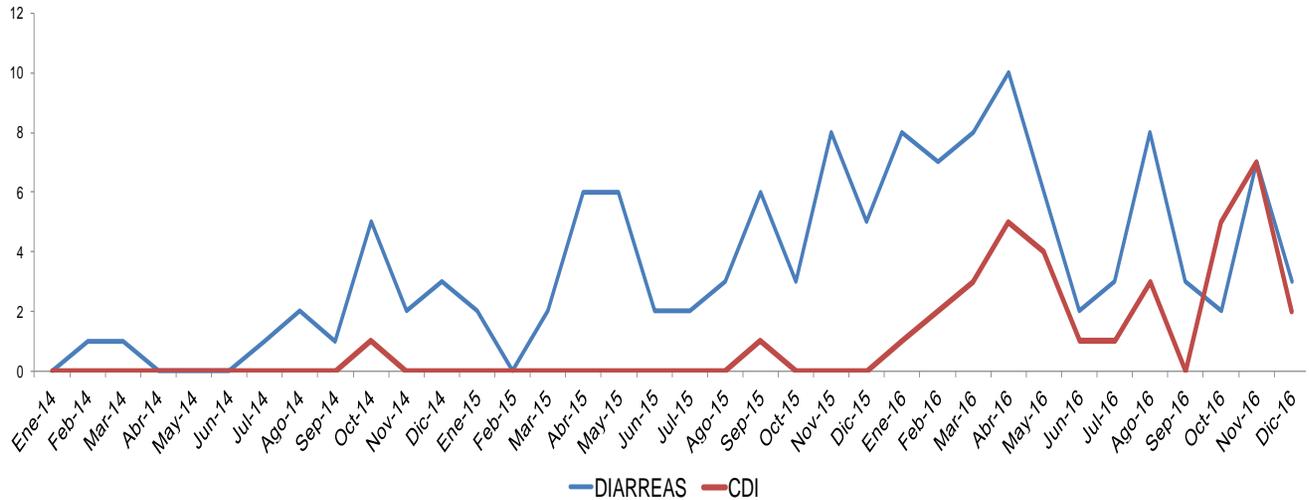
↓ IAAS

Fuente: UVEH-HJM 2016



Fuente: UVEH-HJM 2014-2016

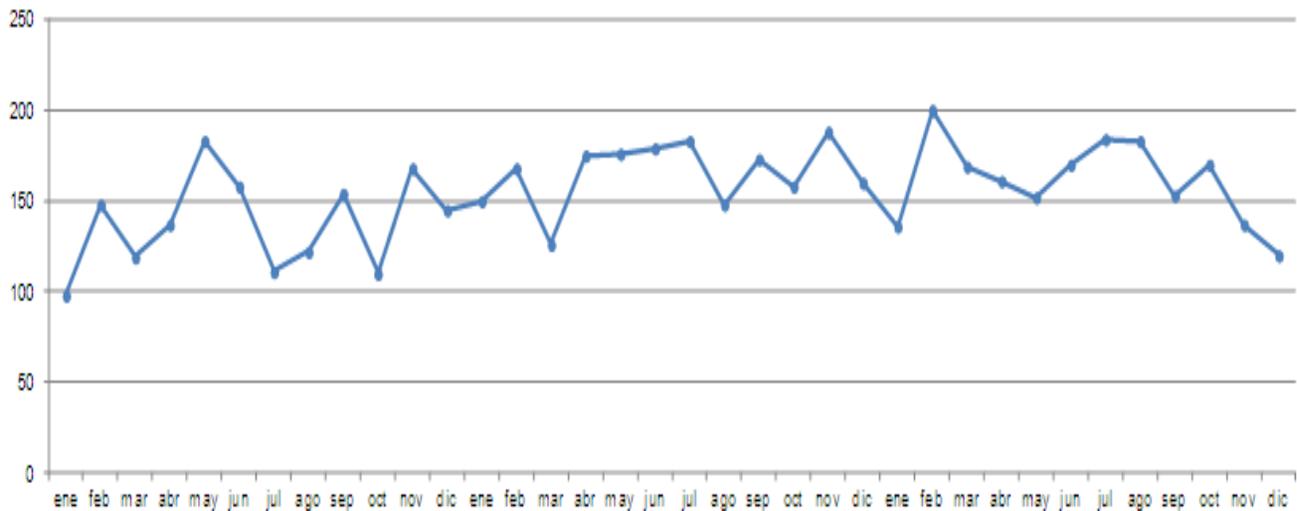
**Diarreas nosocomiales/Infecciones por *Clostridium difficile* 2014-2016.**



**Fuente: UVEH-HJM 2014-2016**

Por otro lado, se continúa el trabajo del Subcomité de antimicrobianos incrementando las actividades de control, como se muestra en la gráfica.

**Control de antimicrobianos, mediante interconsultas de Infectología. 2014-2016**



**Fuente: UVEH-HJM 2014-2016**

## 12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.

% de Ocupación global en camas censables		
2014	2015	2016
<b>(83%)</b>	<b>(86%)</b>	<b>(91%)</b>

En la tabla anterior se muestra el porcentaje de ocupación hospitalaria comparativa en los periodos de 2014 a 2016. Para 2016 fue de 91%, observando un incremento de 5.8% en comparación con el 86% registrado en el mismo periodo de 2015.

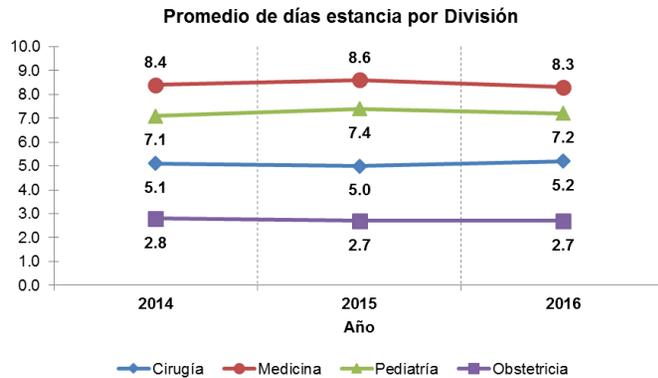
Esta variación se debió a un mayor número de ingresos generados por los servicios de urgencias, quirúrgicos y médicos, así como a la estancia prolongada de pacientes hospitalizados que, debido al padecimiento que presentan, requieren un mayor tiempo para su tratamiento y recuperación, en especial aquellos con padecimientos crónicos y/o con complicaciones derivadas de sus enfermedades. Además del incremento en la demanda de pacientes que carecen de seguridad social, cuyas enfermedades requieren atención de especialidad o cuidados más específicos, por la severidad de sus padecimientos.

Asimismo se implementó el procedimiento de prealta y alta, para eficientar el egreso de pacientes y con ello mejorar la ocupación hospitalaria.

% de Ocupación Hospitalaria por División			
División	2014	2015	2016
Cirugía	26.7	29.8	27.5
Medicina	26.0	27.5	28.2
Pediatría	20.0	16.3	17.6
Gineco-obstetricia	27.3	26.4	26.8

En la tabla previa, se especifica el porcentaje de ocupación hospitalaria presentado por división. La afluencia de internamientos en la división de gineco-obstetricia, pediatría y medicina volvió a incrementar, por la falta de cobertura de especialidades y servicios en las unidades referenciadoras de primer nivel.

### Promedio de Días de Estancia en Hospitalización



Durante el periodo enero a diciembre de 2016, el promedio global de estancia fue de 5.6 días, igual a lo reportado en el mismo periodo de 2015.

En la gráfica se muestra en líneas el promedio de días-estancia por cada una de las cuatro divisiones, siendo las de mayor promedio Medicina y Pediatría, por el tipo de pacientes que atienden portadores de padecimientos crónicos

complejos. Se observa en el 2016 que el servicio de Obstetricia se mantuvo con un promedio igual que 2015 de 2.7 días, esto debido al tipo de paciente y que se considera su ingreso desde el momento en que llega a toco-cirugía y posteriormente ingresa a hospitalización, pero mantiene un promedio adecuado de estancia hospitalaria. Con respecto al servicio de Cirugía General se incrementó en el 2016 el promedio de días fue de 5.2 con respecto al 2015 donde fue de 5.0, esto se explica que los pacientes acuden con comorbilidades asociadas la patología quirúrgica.

### 13. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.

### 14. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.

Durante el 2016, el Hospital continuó con la operación de los Programas en los que se encuentra acreditado como son los de Gastos Catastróficos: Cáncer cérvico-uterino, cáncer en niños y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de próstata y linfoma no Hodgkin. Además de estos programas, también está acreditado para la atención de la cartera del Seguro Médico Siglo XXI.

Categoría	Atendidos 2014	Atendidos 2015	Atendidos 2016
Cáncer de Mama	191	164	116
Cáncer Cérvico-uterino	113	93	146
Cáncer de Niños y Adolescentes	45	53	48
Linfoma No Hodgkin	58	75	64
Cáncer de Próstata	62	82	51
Infarto de Miocardio	30	9	0
Tumor Testicular	50	57	0
<b>Subtotal</b>	<b>549</b>	<b>549</b>	<b>425</b>
<b>Programa</b>			
Seguro Médico Siglo XXI	95	52	47
<b>Total</b>	<b>644</b>	<b>585</b>	<b>472</b>

Durante el periodo de reporte, se atendió un total de 472 pacientes afiliados a los programas de gastos catastróficos que el Hospital tiene acreditados, que representa una disminución del 19.3% con relación al mismo periodo de 2015, que fue de 585 atenciones. Esta variación se debió a que en los programas de Infarto al miocardio y Tumor testicular no fue posible continuar con ellos por no cumplir con la cédula de acreditación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

### Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Rubro	2016
No. de Intervenciones	117
No. de Pacientes atendidos	1,727
Monto generado	\$20.0 mdp
Monto ingresado	\$6.2 mdp

Con respecto al Catálogo Universal de Servicios de Salud, se conformó un grupo de trabajo específico para gestionar la atención médica de los pacientes en el Hospital y la captación de recursos por las intervenciones otorgadas.

Al contar con este Programa, se beneficia económicamente al paciente, al disminuir el costo de su atención en el Hospital.

### 15. Total de Personal de Enfermería.

Categoría	2015	2016
Personal de plantilla activo	925	927
Auxiliares	63	55
Personal Técnico y Postécnico	517	480
Licenciatura	305	269
Especialistas	40	123
<b>Total de personal</b>	<b>925</b>	<b>927</b>

Durante 2016, ingresaron a la plantilla del personal de enfermería, un total de 13, con nivel académico de Licenciatura y Enfermeras Generales; las cuales se categorizan en el rubro de Auxiliares.

Con la finalidad de fortalecer la calidad de la atención médica otorgada a los usuarios del Hospital, el personal de enfermería, desarrolló las siguientes actividades

- Se capacitó al personal prioritariamente en temas de seguridad del paciente, trato digno, barreras de seguridad en medicación, ética y bioética, terapia intensiva para la seguridad del paciente en estado crítico y cardiológico, seguridad en la terapia

intravenosa, diagnósticos de enfermería Nanda aplicados a los cuidados de los pacientes en el plan integral de enfermería, entre otros.

- Se presentaron siete trabajos de investigación por parte de las pasantes de enfermería, ante el Comité de Investigación del Hospital:
  - Percepción del trato digno al paciente crónico atendido en el segundo piso de consulta externa por el personal de enfermería en el HJM.
  - Eficacia de las intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del servicio de neurocirugía.
  - Cuidados de enfermería al paciente adulto con acceso vascular en la administración de quimioterapia.
  - Propuesta de parámetros a evaluar no establecidos en el indicador de calidad “venoclisis instalada” durante la etapa de mantenimiento.
  - Nivel de conocimiento del personal de enfermería en los cuidados al paciente post cateterismo cardiaco con vía de abordaje femoral.
  - Calidad de atención que brinda el personal de enfermería a los pacientes hospitalizados en medicina interna norte del HJM.
  - Estrategias educativas que promueven el conocimiento del virus del papiloma humano en pacientes del servicio de displasias en un hospital de 3er. Nivel de atención. El cual es presentado por una enfermera adscrita al Hospital.
  
- Colaboración y coordinación en los diferentes tratamientos como fueron: acupuntura, auriculoterapia, apoyo psicológico, concluyendo con la toma de cortisol con el fin de verificar si los tratamientos fueron otorgados de manera oportuna en tiempo y forma
  
- Elaboración de Guías de Práctica Clínica en intervenciones de enfermería para la prevención de la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, la cual fue indexada al Catálogo maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. De igual manera, se inició el desarrollo de la segunda guía denominada “Intervenciones de enfermería para la atención del adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus en el segundo y tercer nivel de atención”.
  
- Se aplicó la metodología “Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería”, proporcionada por la Subsecretaría de Innovación y Calidad; para determinar el número de personal asignado a cada servicio por turno, que permite tener la distribución ideal de acuerdo a la capacidad instalada y contar con la justificación para gestión de recursos humanos.
  
- Para estandarizar las actividades de enfermería, se cuenta con los siguientes Procedimientos:
  - Manual de Organización específico de la Jefatura de los Servicios de Enfermería.

- Manual de Procedimientos de la Jefatura de los Servicios de Enfermería.
- Manual de Procedimientos Administrativos de la Jefatura de los Servicios de Enfermería
- Manual de Procedimientos para el Manejo y Uso de Medicamentos por el Personal de Enfermería.
- Manual de bienvenida.

## **16. Trabajo Social.**

La plantilla de trabajo social, durante el 2016, fue de 48 trabajadoras sociales, dos trabajadoras menos con relación al mismo periodo de 2015, debido a que se jubiló una trabajadora social y otro cambio su código y de servicio.

El número de estudios socioeconómicos realizados por cada trabajadora social fue de 349, mostrando un decremento del 5.9%, en comparación con el mismo periodo de 2015, en el cual se realizaron 371 estudios socioeconómicos por cada trabajadora social. Este resultado se debió a que el personal de Trabajo Social, presentó mayor incidencias no programadas como incapacidades, cursos y jubilaciones,

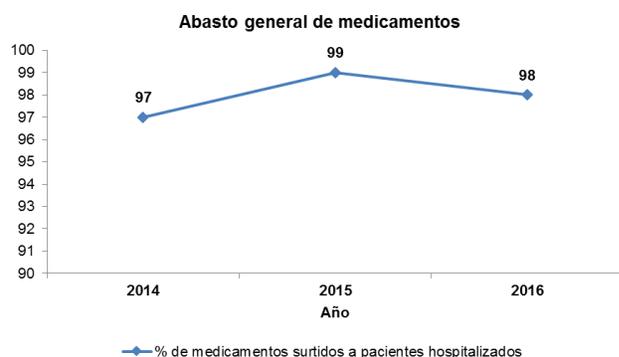
El índice de No. de camas/No. de trabajadoras sociales fue de 30, debido a que se establecieron 20 trabajadoras para el área de hospitalización, en los diferentes turnos.

El promedio de casos nuevos atendidos/No. de trabajadoras sociales fue de 1,237, mayor en un 5.8% con respecto al reportado en el mismo periodo de 2015 que fue de 1,169.

El servicio realiza las siguientes actividades prioritarias:

- Estudio socio económico a los usuarios.
- Realizar la documentación necesaria para alta y prealta.
- Tramitar traslados a otras unidades para realizar estudios diagnósticos y de gabinete.
- Informar a los familiares de los trámites en caso de defunción.
- Incorporación de pacientes a los programas de Gastos Catastróficos.
- Gestiones sociales ante instituciones que brindan apoyo a pacientes como el Patrimonio de la Beneficencia Pública, Casa de la Amistad, Fundación Rebecca de Alba, entre otras.
- Se otorgaron 1,561 pláticas de educación para la salud.
- Se estableció el programa de supervisión para la mejora de la calidad técnica de Trabajo Social.
- Se implementó el programa de capacitación continua al personal y de eventos académicos externos.
- Trámites administrativos:
  - Localización de familiares.
  - Interconsultas a otras instituciones.
  - Elaboración de órdenes de pago.
- Trámites hospitalarios.

## 17. Farmacia



Durante el 2016, como se consigna en la gráfica, el porcentaje de abasto fue del 98%, mostrando una reducción en un 1% con relación al abasto registrado en el mismo periodo de 2015 que fue de 99%.

Los resultados anteriores en buena parte se deben a que el Hospital cuenta con una central de mezclas externa, que abastece el 100% de los medicamentos oncológicos, los antibióticos y la nutrición parenteral a todos

los servicios que los requieren. Así como contar con una farmacia hospitalaria subrogada; la cual, abastece el mayor porcentaje de los medicamentos y material de curación en forma ininterrumpida 24/7.

Con relación a los rubros: porcentaje de medicamentos genéricos / total de medicamentos, porcentaje de medicamentos innovadores / total de medicamentos, porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación, éstos no se reportan debido a la implementación de la Farmacia Hospitalaria.

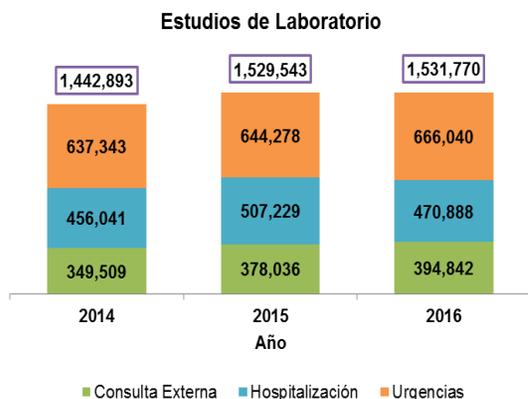
## 18. Número de Estudios de Imagen (TAC, RM y PET).

Durante el periodo de reporte de enero a diciembre de 2016, se realizaron un total de 18,012 estudios especializados de imagen, principalmente tomografías y resonancias magnéticas, ya que el Hospital no cuenta con PET SCAN, mostrando un aumento del 15.7% con respecto a lo realizado en el mismo periodo de 2015 que fueron 15,567 estudios.

Además, se realizaron un total de 18,478 estudios especializados como mastografías, angiografías, ultrasonidos y densitometrías.

Estos resultados se debieron a que la atención en consulta externa y urgencias se incrementó en un 2.7% con relación al mismo periodo de 2015. Lo cual propició que aumentara la realización de estudios de imagen especializados.

## 19. Número de Estudios de Laboratorio.



Durante el 2016, en el laboratorio central se realizaron un total de 1,531,770 estudios de las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias, mostrando un incremento en un 0.2% con relación a los registrados en el mismo periodo de 2015, que fue de 1,529,543 estudios. Este resultado se debió al aumento de atenciones de pacientes en Consulta externa y Urgencias, y que los pacientes presentaron enfermedades asociadas y descontroladas.

En la consulta externa los estudios solicitados tuvieron un incremento del 4.4% con relación a los registrados en mismo periodo de reporte de 2015 que fue de 378,036 estudios realizados.

En cuanto al promedio en hospitalización, los estudios mostraron un decremento en un 7.1% con relación a los 507,229 estudios realizados en el mismo periodo de 2015, debido a un control en la solicitud y al criterio centrado y acorde a la patología y cuadro clínico del paciente y un control adecuado de las complicaciones de los pacientes, además de evitar duplicidad en la solicitud de estudios.

En el área de urgencias, se incrementaron en un 3.3% con relación a los registrados en el periodo anterior que fue de 644,278; ya que en este servicio los pacientes ameritan una detección oportuna y por ende los estudios diagnósticos son prioritarios, pero se realiza un control de las solicitudes para evitar duplicidades o abuso en los requerimientos.

La tecnología con la que cuenta en el laboratorio actualmente la Institución, es muy avanzada para el diagnóstico, lo que garantiza realizar los estudios necesarios bajo estrictos controles de calidad y satisfacer la demanda de las especialidades y solamente referir pacientes de consulta externa a tres Institutos Nacionales de Salud para la realización de exámenes muy especializados.

## 20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.

El Banco de Sangre del Hospital cuya función es garantizar el abasto suficiente en cantidad y seguridad de los hemoderivados, para la atención de pacientes con padecimientos quirúrgicos y onco-hematológicos, para solucionar diversos tipos de anemias y defectos de la coagulación, así como el aporte específico de líneas celulares por aféresis

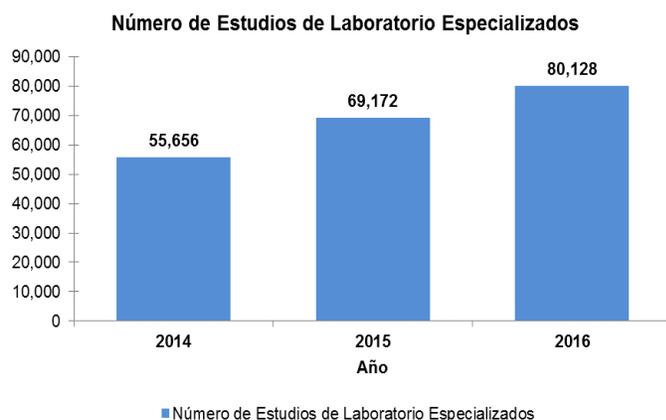
Productos	2014	2015	2016
Concentrados eritrocitarios	10,345	10,552	10,633
Unidades de plasma	10,359	9,641	4,981
Concentrados de plaquetas	9,481	9,050	10,292

Crio-precipitados	4,159	3,077	3,473
<b>Total</b>	<b>34,344</b>	<b>32,320</b>	<b>29,379</b>

Aféresis	507	546	628
----------	-----	-----	-----

También se obtuvieron 628 unidades mediante procedimientos de aféresis, lo cual hace a la unidad totalmente sustentable y con posibilidades de apoyar a otras unidades que no cuentan con banco ni área de transfusiones. A pesar de la disminución discreta de hemoderivados derivada de la reducción indicada en la captación de donadores que está justificada por el incremento de los costos del procesamiento de las unidades de hemoderivados.

## 21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.



Durante el 2016, se procesaron un total de 80,128 estudios de laboratorio especializados, reflejando un incremento significativo del 15.8% con respecto al reporte de 2015, que fue de 69,172 estudios realizados. Este resultado se debió a que los pacientes presentan enfermedades más complejas, además del nivel del conocimiento de los profesionales de la salud permite tener una mejor elección de estudios.

La tecnología con la que cuenta en el laboratorio actualmente la Institución, es muy avanzada para el diagnóstico, lo que garantiza realizar los estudios necesarios bajo estrictos controles de calidad y satisfacer la demanda de las especialidades.

## 22. Grupos de Apoyo a Pacientes Constituidos (Denominación del Grupo).

El hospital recibe apoyo para los pacientes de diferentes servicios por parte del Patrimonio de la Beneficencia Pública, así como de fundaciones altruistas como Casa de la Amistad, Con Ganas de Vivir, México Sonríe, Fundación Rebecca de Alba, Fundación Carlos Slim y Fundación Ronald McDonald, todas ellas se enfocan en apoyar a diferentes tipos de pacientes y cubren para el caso de los niños y adolescentes con cáncer, aspectos no considerados dentro de los catálogos de la atención del Seguro Popular, como es el caso de traslados, gastos funerarios y otros. Algunas más participan con el Hospital en el apoyo de pacientes con enfermedad renal terminal, con los gastos para estudiar a los potenciales donadores de órganos en particular riñón, además se cuenta con el apoyo del albergue San José, el cual brinda alimentos y hospedaje a pacientes y familiares foráneos.

Una ayuda especial la constituye el grupo de "Risaterapia", un grupo de voluntarios que asiste semanalmente al Hospital para dar apoyo emocional a pacientes terminales y crónicos. A los pacientes hospitalizados terminales mediante técnicas diversas dirigidas a elevar la moral de

pacientes con enfermedad renal terminal, con los gastos para estudiar a los potenciales donadores de órganos con fines de trasplante, con equipos e insumos para estudios muy específicos como modelos odontológicos en cáncer, además se cuenta con el apoyo del albergue San José, el cual brinda alimentos y hospedaje a pacientes y familiares foráneos.

La Institución sigue promoviendo la participación de grupos de la sociedad civil para que realicen actividades de apoyo hacia los pacientes más vulnerables.

### **23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.**

Durante el periodo de reporte, se recibieron los siguientes reconocimientos:

- Egresado Sobresaliente de la ESM del IPN al Dr. Martín Antonio Manrique.
- Premio del Congreso de Yucatán por trayectoria Dr. Andrés Bazán Borges.
- Socio numerario de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C Dra. María Isabel Villegas Mota.
- Reconocen a trabajadores por ahorro en el lavado de ropa hospitalaria Luis Rafael Melgar López.
- Tres médicos ingresaron al Sistema Institucional de Investigadores.

### **Otros Aspectos**

#### **Resolución de Embarazos.**

<b>Tipo de parto</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Parto eutócico	900	948	1,186
Parto distócico vaginal	4	8	1
Cesárea	*937	908	918
<b>Total</b>	<b>1,841</b>	<b>1,864</b>	<b>2,105</b>

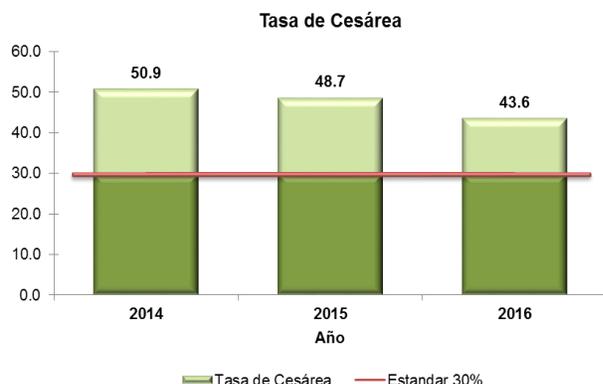
\*Todos los casos fueron sometidos estrictamente a una segunda opinión, el 39% cumplieron con criterios absolutos y 61% con criterios relativos como consta en los expedientes.

En la tabla previa se consigna el comparativo anual de 2014 a 2016, de las atenciones obstétricas; es decir, los partos eutócicos, distócicos vaginales y las intervenciones para interrupción del embarazo (cesáreas) realizadas por el servicio de obstetricia del Hospital.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se atendieron un total de 1,186 partos eutócicos que representan un incremento del 25.1% con respecto al periodo de 2015 en el cual se registraron 948 partos eutócicos.

Se atendió un parto distócico en 2016, mostrando una reducción de siete eventos con relación al mismo periodo de 2015 que fue de ocho partos. En cuanto a las cesáreas, se realizaron un total de 918 procedimientos, mostrando un incremento en un 1.1% con relación al periodo de 2015, que fue de 918 intervenciones.

## Tasa de Cesáreas.

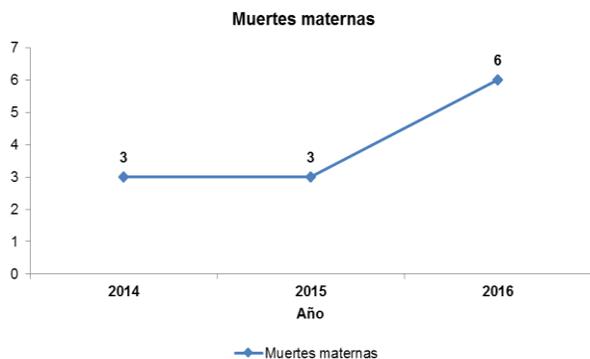


En la gráfica anterior, se presenta la tasa hospitalaria de cesáreas registrada durante el periodo enero a diciembre de 2016, que fue de 43.6%, mostrando una disminución en un 10.5% con relación al mismo periodo de 2015 que fue de 48.7%. Este resultado se debió a que se tiene el programa de doble verificación por otro obstetra en la adecuada indicación de la cirugía tipo cesárea.

Dentro de las indicaciones absolutas las causas más comunes de la intervención son: falta de progresión del trabajo de parto, desproporción cefalopélvica, circular de cordón, baja reserva fetal y taquicardia fetal persistente; el 40% de las cirugías realizadas son de repetición por el antecedente de una cesárea previa.

Dentro de las indicaciones absolutas las causas más comunes de la intervención son:

## Mortalidad Materna



Durante el 2016, se identificaron seis muertes maternas, que representa un incremento de tres casos, con relación al mismo periodo de 2015, en el cual se registraron tres muertes maternas.

Estos casos de muerte materna son indirectos, ya que son casos enviados de otras instituciones y además de ser secundarias a patologías no inherentes al embarazo.

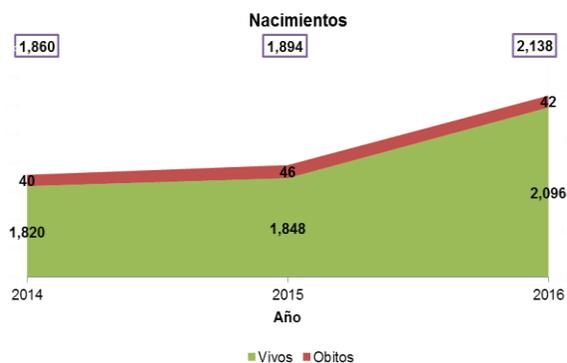
En el análisis que realiza el Comité de Muerte Materna, se observa que las ocho muertes no son atribuibles al Hospital y correspondieron a padecimientos graves. Por lo que se ha solicitado a los hospitales enviar a las pacientes, en forma temprana para poder dar un manejo multidisciplinario.

Los casos individuales corresponden a las siguientes características:

Muertes maternas			
No.	Diagnóstico principal	Causa de la muerte	Evitable
1	Leucemia linfoblástica aguda	Choque séptico	No
2	Eclampsia	Enfermedad vascular	No
3	Insuficiencia hepática	CID	No
4	Ependimoma	Deterioro rostro caudal	No

5	Tromboembolia pulmonar	Choque cardiogénico	No
6	Leucemia linfoblástica aguda	Septicemia	No

## Nacimientos.

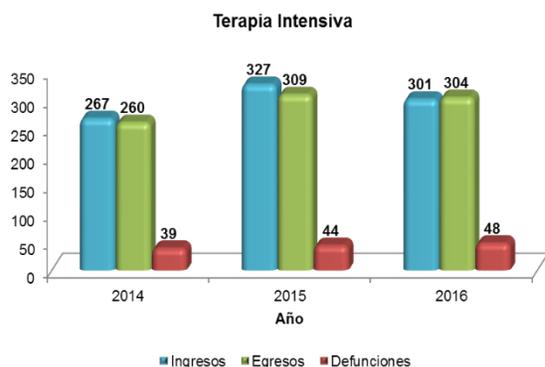


Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se registraron un total de 2,138 nacimientos, cifra que representa un incremento en un 12.9% con relación al mismo periodo de 2015, en el cual se tuvieron 1,894 eventos. Este resultado se debió a un incremento en la consulta de control prenatal en el Hospital del 30.2% (5,364) con relación a 2015 (4,119), la calidad atención que reciben y la demanda del servicio por las pacientes.

En cuanto a los óbitos, durante el periodo de reporte se registró una disminución de cuatro casos, con relación al mismo periodo de 2015, que fue de 46 nacimientos óbitos.

Los embarazos complicados persisten como una amenaza permanente para el Hospital, porque son pacientes más complejas que requieren de vigilancia estrecha multidisciplinaria no sólo para la madre sino también al producto, y que en caso de ser prematuro se ingresan a la UCIN, cuya capacidad hospitalaria es reducida.

## Terapia Intensiva



La gráfica muestra tres indicadores de resultados del área de Terapia Intensiva Adultos: ingresos, egresos y mortalidad.

Durante el periodo de reporte, la atención de pacientes en estado crítico fue de 301 ingresos, mostrando disminución en un 7.9% con relación al mismo periodo de 2015 en el cual se registraron 327 ingresos.

hospitalización, quirófanos y urgencias.

Este resultado se debió a una mejor atención de pacientes en estado crítico en

En relación a la mortalidad, a pesar de registrar un menor número de ingresos, se registraron cuatro defunciones más con comparación al mismo periodo de 2015. Este resultado tiene relación con la gravedad de la patología que presentaron los pacientes atendidos. Las características clínicas de estos pacientes hacen que su estancia en la Unidad, sobre todo en aquellos que tienen que recibir soporte orgánico vital. La UVEH, se mantiene el programa

permanente de detección, prevención y tratamiento temprano de la infección asociada a la atención a la salud (IAAS) más frecuente en la Unidad de Terapia Intensiva, neumonía asociada al ventilador, denominado paquete de medidas específicas (*carebundle*) recomendado por la Sociedad Americana de Cuidados Críticos. Con éste se ha logrado una reducción discreta en el número de pacientes con esta complicación y se necesitará reforzar las medidas anteriores, por lo que en 2015 y 2016, se continuó como una medida importante la “sanitización” del área, mediante derivados de peróxido de hidrógeno y plata, en forma rutinaria en todos los cubículos o camas de pacientes que presentan infección.

Igualmente, se registró un total de 304 egresos, mostrando una disminución en un 1.6% con relación a los reportados en el mismo periodo de 2015, que fue de 309 egresos.

En la tabla siguiente, se muestran comparativamente las causas de mortalidad de los últimos tres años.

<b>Principales Causas de Defunción en Terapia Intensiva</b>		
<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Choque séptico	Choque séptico	Neumonía
Choque cardiogénico	Choque hipovolémico	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación
Síndrome disfuncional orgánico múltiple	Trauma craneoencefálico	Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación
Choque hipovolémico	Síndrome disfuncional orgánico múltiple	Otras pancreatitis agudas
Trauma craneoencefálico	Tromboembolia pulmonar	Pancreatitis aguda, no especificada

#### **Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.**

Ingresos	277
Egresos	280
Mortalidad (%)	15.7
Causas de mortalidad	
1 <sup>a</sup>	Neumonía
2 <sup>a</sup>	Diabetes mellitus no insulino dependiente
3 <sup>a</sup>	Lupus eritematoso sistémico

#### **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**

Ingresos	196
Egresos	145
Mortalidad (%)	20
Causas de mortalidad	
1 <sup>a</sup>	Neumotórax originado en el periodo
2 <sup>a</sup>	Defecto de tabique ventricular
3 <sup>a</sup>	Enfermedad quística del riñón

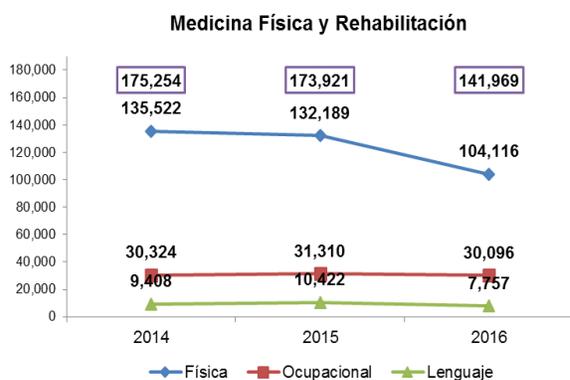
### Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Ingresos	186
Egresos	176
Mortalidad (%)	16.9
Causas de mortalidad	
1 <sup>a</sup>	Cuerpo extraño en ojo
2 <sup>a</sup>	Encefalopatía hipertensiva
3 <sup>a</sup>	Secuelas de encefalitis viral

### Unidad de Cuidados Coronarios.

Ingresos	268
Egresos	268
Mortalidad (%)	15,71%
Causas de mortalidad	
1 <sup>a</sup>	Infarto agudo de miocardio
2 <sup>a</sup>	Diabetes mellitus
3 <sup>a</sup>	Hipertensión esencial

### Medicina Física y Rehabilitación.



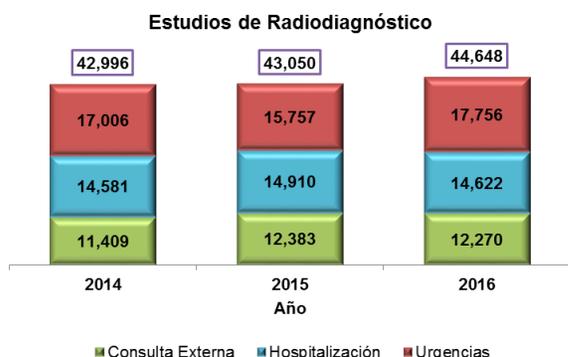
La gráfica muestra el número total de sesiones otorgadas en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación de terapia física, ocupacional y de lenguaje. En las líneas de tendencia, se muestran específicamente los valores de cada uno de éstos, correspondientes a los periodos de 2014 a 2016.

Durante el 2016, se realizaron 141,969 sesiones de rehabilitación, que representa una disminución en un 18.4% con relación al

mismo periodo de 2015, en el cual se otorgaron 173,921 sesiones. Este resultado se debió a la reducción en la plantilla del personal del servicio (jubilación y comisión sindical) y de pasantes técnicos en fisioterapia. Además, que un equipo se encuentra fuera de servicio porque no fue posible remplazar el intercambiador de calor para el tanque terapéutico.

No obstante, de acuerdo a la capacidad de atención del servicio las sesiones de terapia especializadas fueron atendidas.

### Estudios de Radiodiagnóstico.



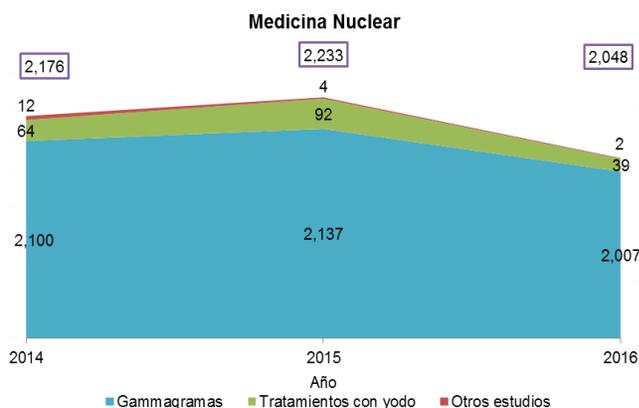
La gráfica muestra el comparativo del total de estudios simples realizados en el servicio de Radiología e Imagen, durante los años de 2014 a 2016; con tres columnas verticales que representan los estudios efectuados a los pacientes de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.

En el periodo de reporte, se realizaron un total de 44,648 estudios de imagen, que representa un incremento en un 3.7% con respecto a lo registrado en el mismo periodo de 2015, que fue de 43,050 estudios.

Con relación a los estudios realizados en Consulta Externa y Hospitalización, éstos presentaron una disminución del 0.9% y 1.9% respectivamente en comparación al mismo periodo de 2015.

Por otra parte, en el servicio de Urgencias se registró un incremento del 12.7% en la solicitud de estudios, derivado del aumento en las consultas otorgadas en el servicio.

### Estudios de Medicina Nuclear.



En la gráfica se muestra la productividad de servicio de Medicina Nuclear desde 2014 hasta 2016. Igualmente, se presentan el número de tratamientos con dosis bajas de yodo radioactivo para pacientes con hipertiroidismo, y en las barras horizontales los gammagramas y otros perfiles.

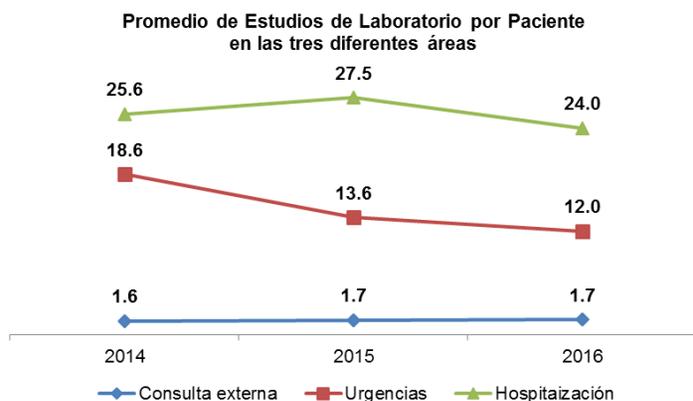
El número total de estudios realizados durante el 2016 fue de 2,048, lo que representa una reducción del 8.2% de estudios de gammagrafía con respecto al 2015, que fue de 2,233 estudios realizados. Este resultado se debió a que el servicio de endocrinología inició con la clínica de tiroides por lo cual se solicitaron solamente los estudios con base en su evaluación, en el caso de pacientes con patologías como trombosis pulmonar y renal se mejoró la supervisión de los servicios solicitantes.

Cabe destacar, que se cuenta con dosis unitarias individuales del radioisótopo, para realizar estos estudios, lo que contribuye al ahorro en los mismos, pues son insumos de alto costo.

Los tratamientos con yodo radioactivo presentaron una disminución del 57.6% en comparación con el 2015, esto se debió a que disminuyeron el número de pacientes con

padecimientos de tiroiditis o alguna alteración de la glándula tiroides. Cabe señalar, que se cuenta con dosis unitarias individuales del radioisótopo, para realizar estos estudios, lo que contribuye al ahorro en los mismos.

### Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínico.



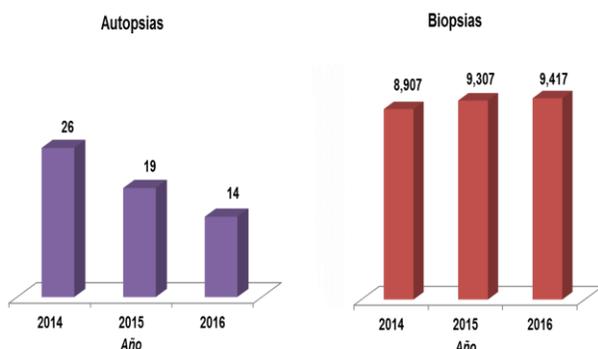
La gráfica describe en las líneas de tendencia, los índices de estudios de laboratorio clínico realizados en las áreas de urgencias, hospitalización y consulta externa; durante los periodos anuales comparativos del 2014 al 2016.

Se observa una disminución de 3.5 estudios de laboratorio por paciente en hospitalización, con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 27.5. Esta variación se debió a que los estudios de hospitalización se apegaron con una mayor frecuencia a lo descrito en las guías de práctica clínica y/o a los protocolos de atención.

Con relación a lo registrado en urgencias, se observa igualmente una disminución de 1.6 estudios de laboratorio por paciente, con respecto al mismo periodo de 2015, que fue de 13.6 estudios. Esta variación se debió a una mejor supervisión de vigilar que únicamente soliciten los estudios indispensables para el diagnóstico y tratamiento motivo de la atención médica en urgencias.

En consulta externa, se mantuvo el promedio de estudios de laboratorio por paciente.

### Estudios realizados en Anatomía Patológica.



En esta gráfica se representan dos indicadores relativos a los estudios realizados en el Servicio de Anatomía Patológica, las autopsias y biopsias, comparativamente entre 2014, 2015 y 2016.

Durante el 2016, se realizaron un total de 9,417 biopsias, mostrando un incremento en un 1.2% con respecto a las 9,307 biopsias reportadas en el mismo periodo de 2015. Esta variación se debió a la propia demanda

de estudios en especímenes quirúrgicos y en menor escala de muestras de tejidos obtenidas, vgr., en endoscopia y otros procedimientos menores.

Se sigue contando con diversas técnicas de inmunohistoquímica para hacer diagnósticos muy específicos, sobre todo de los casos oncológicos; por lo tanto durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se realizaron 1,125 estudios de Inmunohistoquímica.

En cuanto a las necropsias, se realizaron un total de 14 procedimientos, lo que representa una disminución de cinco autopsias, con relación a las 19 realizadas durante 2015, no obstante la sensibilización que se ha realizado con el personal médico y becario del Hospital durante las sesiones generales invitando a la obtención mediante el consentimiento de los familiares para realizar dicho procedimiento, el resultado obliga a plantear nuevas estrategias para mejorar este indicador dentro de estas podemos mencionar, la elaboración de un tríptico que se distribuirá entre el personal de salud para transmitir la importancia que tiene el procedimiento de necropsia dentro del área del conocimiento médico.

Cabe señalar, que se implementaron acciones para disminuir tiempos en la entrega de resultados de biopsias.

- Se continuó realizando la estrategia de solicitar una copia del carnet para acompañar las solicitudes de estudios histopatológicos y citológicos, lo que ha permitido disminuir casi en su totalidad los errores en el llenado del nombre y número de expedientes, y así incorporarlo correctamente al expediente clínico. Por lo antes descrito, en el mes de noviembre se envió oficio a los Jefes de División haciendo de su conocimiento dicha estrategia y solicitando apegarse a la misma.
- Se difundió entre los Jefes de División el procedimiento denominado Procedimiento para la realización de estudios histopatológicos, en el cual se señalan las medidas y especificaciones necesarias para las solicitudes y así evitar retrasos en la entrega de resultados.

### **Departamento de Toxicología.**

<b>Concepto</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Atención en urgencias	160	185	300
Hospitalizaciones	90	111	188
Asesorías telefónicas	938	897	1,238
Uso de antidotos y antivenenos	203	211	251
<b>Total</b>	<b>1,391</b>	<b>1,404</b>	<b>1,977</b>

En la tabla anterior, se presenta la productividad del Centro Toxicológico, que continúa siendo el único dentro del sector salud dependiente de la Secretaría Federal, cuyas funciones son proporcionar múltiples servicios para la comunidad médica, sobre todo en la asesoría a distancia de las atenciones a las intoxicaciones y la atención local de pacientes con intoxicación.

Durante 2016, el Departamento de Toxicología, atendió a un total de 1,977 solicitudes, mostrando un incremento del 40.1% con respecto a las 1,404 solicitudes atendidas en 2015. En relación a las asesorías telefónicas, se observa un incremento del 38% (1,238), con respecto a las 897 solicitudes atendidas en 2015. Este resultado se debió a que el recurso humano capacitado a través del programa de residencia médica se ha ubicado en distintos puntos de la República Mexicana, mismos que envían pacientes al servicio de Toxicología del Hospital. Además del reconocimiento que ha acreditado al servicio como Centro de Referencia Toxicológica.

Es importante mencionar que se recibieron 26 traslados en helicóptero a través del Grupo relámpago.

Por otra parte, solo se observa un incremento del 19% en el uso de los antivenenos, de los cuales se cuenta con todos los requeridos sobre todo para el caso de accidentes por animales de ponzoña y otras intoxicaciones que cuentan con antídotos. Todos ellos se proporcionan bajo una estrecha vigilancia de los médicos adscritos o residentes de la especialidad o de alumnos del diplomado de alta especialidad que realizan guardias en el Hospital.

<b>Principales Intoxicaciones</b>		
<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Intoxicación por medicamentos con intento suicida	Accidentes por animales ponzoñosos	Intoxicación por fármacos
Accidentes por animales ponzoñosos	Intoxicaciones por Fármacos	Accidentes por animales ponzoñosos
Intoxicaciones por metales	Loxocelismo	Loxocelismo

Las principales causas de intoxicación, nos muestra algunas diferencias entre ambos periodos comparativos, predominan sobre todo las intoxicaciones por fármacos como analgésicos, sedantes y ansiolíticos, en segundo sitio los accidentes por animales ponzoñosos, principalmente por mordedura de la serpiente cascabel “enana”, y finalmente el loxocelismo.

### **Convenios.**

Con relación a este rubro, aparte de los programas incorporados al Seguro Popular y que se comentan en otra sección, solo se tiene vigente el convenio con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial del Estado de México (CUSAEM), en el cual se han atendido a un total de 304 pacientes en el periodo de reporte en diferentes áreas del Hospital.

## Programa de Salud Pública.

### Aplicación de Biológicos.

El servicio de Medicina Preventiva proporciona la cobertura de prevención de enfermedades, mediante vacunación para enfermedades en las que se dispone de este recurso profiláctico y aunque somos un Hospital general con especialidades, es conveniente para la población usuaria, mantener este servicio por la demanda de ésta. Las vacunas utilizadas son proporcionadas por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.

La aplicación comparativa de los biológicos de 2014 a 2016 se muestra en la siguiente tabla.

<b>Biológico</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
BCG	1,512	1,087	1,094
DPT	14	128	151
Hepatitis B	1,986	1,272	1,386
Influenza estacional	2,297	704	1,955
Antineumococo	733	769	444
Pentavalente	665	574	738
Rotavirus	640	280	384
Doble viral	38	0	0
Triple viral	118	38	165
Toxoide tetánico	291	527	412
<b>Total</b>	<b>8,294</b>	<b>5,379</b>	<b>6,729</b>

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se aplicaron 6,729 biológicos disponibles, mostrando un incremento de un 25% en relación a las 5,379 vacunas aplicadas en el mismo periodo de 2015.

Lo cual se explica por el abasto de los biológicos por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, sobre todo con un incremento en los rubros de vacunas de hepatitis B, influenza estacional, pentavalente, rotavirus y triple viral: no obstante y hasta agotar la disponibilidad de estos productos se garantiza la atención adecuada acorde a la demanda de nuestros usuarios.

### Clínicas Multidisciplinarias.

<b>Clínicas Multidisciplinarias</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Clínica de obesidad	1,938	2,350	2,043
Clínica del adulto mayor	2,249	2,410	2,594
Clínica de enfermedades del tórax	2,930	4,414	2,419
Clínica del dolor	2,325	3,373	2,849
<b>Total</b>	<b>9,442</b>	<b>12,547</b>	<b>9,905</b>

La tabla anterior, muestra una disminución 45.2% y 15.5% en la productividad de las clínicas de enfermedades del tórax y, del dolor, respectivamente.

En la Clínica del adulto mayor aumentaron las atenciones en un 7.6% con comparación con el mismo periodo de 2015, debido a que se ha difundido entre el personal de salud los beneficios que otorga a la población geriátrica, lo que ha favorecido una mayor captación de estos pacientes.

En el caso de la clínica de obesidad, se presentó una disminución del 13.1% con relación al periodo anterior, debido a que se ha mejorado la supervisión sobre los criterios para poder incluir a los pacientes en el protocolo de atención.

Todas las clínicas cuentan con los recursos e insumos necesarios para atender las patologías incorporadas en sus carteras de atención.

### **Oncología.**

Con el propósito de mejorar la atención de los pacientes oncológicos en la aplicación de tratamiento de quimioterapia y optimizar el tiempo de estadía hospitalaria, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se implementó un rol, para que se encuentre un médico de guardia en el área de hospitalización, y sean requisitados oportunamente los formatos para la solicitud de preparación y/o la quimioterapia de los pacientes.
- Se realizó reunión de trabajo con la Jefa del Archivo Clínico, para determinar e implementar acciones de mejora para el manejo del expediente clínico.
- Se instruyó al médico de guarda requisitar correctamente los formatos correspondientes.
- Se solicitó a la Jefa de Servicio de enfermería de Oncología planta baja, modificar el Manual de Procedimientos en relación al horario para la recepción de medicamentos y para la preparación de la quimioterapia.
- Se implementó el registro de firmas por cada una de las subespecialidades del servicio, en relación a la información que proporcionan los médicos sobre el estado de salud a los familiares.

### **Informe de Sesiones de Comités Internos.**

A continuación, se listan los Comités y Subcomités Hospitalarios a cargo de la Dirección Médica:

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

## Logros y Debilidades en la Atención Médica.

Servicio	Logros	Debilidades
<b>División de Cirugía</b>		
Audiología		En 2016 el diferimiento de la consulta subsecuente fue de 100 días por un aumento en la demanda.  Término de la vida útil del equipo.
Cirugía Plástica	Se implementó el curso de actualización en el manejo de heridas, dirigido a especialidades quirúrgicas afines y médicos generales.  El servicio Cirugía Plástica se integró a la Clínica de la Obesidad, para dar manejo postbariátrico a estos pacientes.  Se impartió el diplomado de reconstrucción de mama.	Se carece de médico adscrito en el turno vespertino nocturno y fin de semana.  No disponibilidad de camas en hospitalización y camas no adecuadas para los pacientes de obesidad situación que genera la suspensión de cirugías programadas.  No se realiza cirugía de corta estancia.
Otorrinolaringología		El diferimiento en consulta externa de primera vez es de 45 días y el subsecuente es de 30 días.  El diferimiento quirúrgico en el servicio tiene un promedio de 101 días por carencia de espacios quirúrgicos
Urología	Transición de cirugía abierta a cirugía laparoscópica	Infraestructura de consulta externa es insuficiente.  Es necesaria una readecuación de las áreas asignadas en hospitalización que proporcione mayor espacio.  No se cuenta con médicos urólogos en los turnos vespertino y especial (sábados y domingos)
Endoscopia	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 autoexpandibles para vía biliar	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, en horario nocturno.
Trasplante	Se autorizó la remodelación del área de trasplantes la cual inicio en diciembre de 2016	

Quirófanos	Se cuenta con un proyecto de inversión para equipamiento (equipo de anestesia, mesas quirúrgicas y lámparas de última generación )	El equipo de anestesia y mesas quirúrgicas ya cumplieron con su vida útil siendo necesario su remplazo.
<b>División de Medicina</b>		
Alergias Inmunología	<p>Para fortalecer la atención y reducir el diferimiento se contrató un médico especialista en inmunología y alergia y se reintegró el médico especialista que realizaba actividades administrativas.</p> <p>Se incrementó la productividad de vacunas.</p> <p>En el Congreso Nacional se presentaron seis carteles 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 pteronysinnus 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”. 2 publicaciones en la revista alergia México. 1 publicación en libro de alergia pediátrica. Publicación de tres tesis de los residentes del HJM 1 tesis de alumnos de posgrado de la FES Cuautitlán.</p>	<p>No se cuenta con nutriólogo y un psicólogo con la finalidad de homogenizar los apoyos especializados. Áreas son insuficientes para la atención y procedimientos.</p> <p>No se cuenta con insumos para pruebas de parche, De reto, espirometrías, rinomanometrías, FENO, etc.</p>

Cardiología	Disminución del número de quejas de usuarios Atención rápida a las valoraciones preoperatorias	Es necesario contar con personal médico sobre todo para turnos vespertino de jornada de fin de semana. No se cuenta con Departamento de Electrofisiología. Los equipos son obsoletos y reportan múltiples fallas
Dermatología	la Sesión de casos clínico patológicos en conjunto con el servicio de patología	No se cuenta con dermatoscopio.
Homeopatía	Se da a conocer el servicio , habiendo mayor demanda	Dificultad para realizar protocolos de investigación por falta de personal médico. Sobrecarga de trabajo.
Medicina Interna	Tener una tasa de infecciones nosocomiales de 3% a pesar de la complejidad de pacientes que se atienden	Diferimiento quirúrgico en pacientes hospitalizados por parte de los servicios de apoyo. Falta de cuartos aislados. Falta control en la distribución de camas creando carencia de personal especializado y presencia de pacientes graves sin monitoreo constante.
Neumología	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	Falta de recursos humanos Médicos y técnicos, Equipo de diagnóstico obsoleto (espirómetro, pletismógrafo y difusor). Proyecto de inversión para equipo actualizado, con procesos lentos (espirómetro)
Pre Consulta	Disminución de los tiempos de espera de los pacientes de primera vez	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	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 morbilidad. Administración de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) biológicos para un grupo de pacientes con artritis reumatoide refractarios. Evaluación de las	Falta FARME biológicos, condicionando la evolución de las enfermedades reumáticas autoinmunes y la subsecuente discapacidad del paciente.  Falta de microscopio de luz polarizada para realizar el diagnóstico diferencial de las artropatías por depósito de cristales

	<p>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.</p> <p>Se rehabilitó el área de hospitalización en el segundo piso, mejorando las instalaciones y el equipo médico para la atención de pacientes.</p> <p>Se cuenta con un equipo de ultrasonido en el área de urgencias, el cual por el momento se utiliza para la realización de estudios musculo esqueléticos.</p>	
Banco de Sangre	<p>Se cuenta con un consultorio médico más para la selección de candidatos que puedan cumplir con la NOM-253SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Fortalecimiento del Sistema de Hemovigilancia en sus dos vertientes: trazabilidad y hemovigilancia.</p>	<p>Área de Banco de Sangre con poca funcionalidad y no cumple con la normatividad vigente. (está pendiente iniciar los trabajos de remodelación del área).</p> <p>No se cuenta con bodega para evidencia documental de resguardo, lo que favorece la presencia de fauna nociva,</p>
Laboratorio Clínico	<p>Se cuenta con primer sistema en México para mejorar la productividad y la automatización de estudios de Alta Especialidad.</p>	<p>Se ha identificado una sobredemanda de estudios, algunos de los cuales no están sustentados para el diagnóstico específico, sobre todo generado en los servicios de hospitalización.</p>
Radiodiagnóstico E Imagen		<p>Falta mantenimiento preventivo y correctivo así como sustitución de algunos equipos de radiodiagnóstico e imagen.</p> <p>Falta de personal técnico.</p> <p>Falta de coordinación con los servicios demandantes y camillera; generando retraso en los estudios</p>
Unidad De Salud Mental	<p>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</p>	<p>Reprogramación de la consulta por saturación de actividades de los psicólogos</p>

	Pediatría y sensibilización al personal de salud.	
Neurofisiología Clínica		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	Disminución del tiempo de espera para cita de estudio del paciente. Disminución en el tiempo de realización de estudios. Modificaciones que dan cumplimiento a las Normas Oficiales Vigentes.	Falta un médico adscrito. División teniendo que suspender servicios cuando el médico tiene vacaciones o permiso. El encargado de seguridad Radiológica, vigente debe cambiarse por personal capacitado del área.
<b>DIVISIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
Cirugía Pediátrica	Contratación de un cirujano pediatra.	No se cuenta con espacio quirúrgico todos los días de la semana. Se carece de anesthesiólogos pediatras en el turno vespertino. Falta de cirujano en turno nocturno.
Pediatría Médica	Contratación de una nefróloga pediatra. Contratación de infectología pediatra. Reincorporación de oncología pediátrica a la División.	Falta cuarto de máquinas para residentes y sala de procedimientos. Falta un médico cardiólogo pediatra, para solventar las solicitudes de ecocardiogramas
Neonatología		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 para cubrir en forma adecuada las diferentes áreas; en turno nocturno y especial
Urgencias Pediatría	Se cuenta con una nueva organización y distribución de médicos para el triage. Se cubrió la plaza de médico jubilado en turno vespertino y turno especial.	Falta un médico en el turno nocturno los días lunes, miércoles y viernes, que cubra el perfil que solicita la institución.
<b>DIVISIÓN DE GINECOOBSTETRICIA</b>		
Ginecología	Instauración de los estudios Urodinámicos. Fortalecimiento de la clínica de histeroscopia de consultorio e implementación del Diplomado de histeroscopia. Disminución de requerimientos de	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.

	<p>hemoconcentrados al aumentar la realización de procedimientos ginecológicos por vía laparoscópica. Disminución de tiempos de hospitalización por el incremento de procedimientos de mínima invasión.</p>	<p>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. Uso ineficiente de la infraestructura de de toco-cirugía por falta de recurso humano y equipamiento.</p>
Obstetricia	<p>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. Incorporación de subespecialista en medicina materno-fetal en el turno nocturno.</p>	<p>Falta un médico materno-fetal en el turno vespertino. Faltan un gineco-obstetra 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>Se logra obtener el primer lugar en el examen del PUEM de todos los médicos residentes de subespecialidad. Presentación de cinco trabajos en el congreso Bianual Europea de ginecología endocrina en Florencia Italia, con publicación de dos de ellos en la revista Diario Italiano de Ginecología y Obstetricia. Se obtuvo el primer lugar en los trabajos científicos presentados en el Congreso Mexicano de Gineco-obstetricia en La Ciudad de México.</p>	<p>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 infertilidad que necesitan abordaje con recursos para su atención, con corrección a través de un protocolo de baja complejidad</p>
<b>División de Medicina Crítica</b>		
Hemodinamia	<p>Incremento en el número de procedimientos totales 20% Incremento en el número de médicos en entrenamiento de alta especialidad (2 de primer año) Realización del estudio en investigación en conjunto con</p>	<p>Equipo de fluoroscopia se encuentra próximo a terminar su tiempo de vida útil. Tomografía por Coherencia Óptica Migrar más del 50% de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos por vía radial.</p>

	<p>el Centro de Investigación de Ciencia aplicada y Tecnología Avanzada del IPN.</p> <p>Inicio del implante de prótesis coronarias absorbibles.</p>	
Urgencias Adultos	<p>Se cuenta con equipo de ultrasonido exclusivo para el servicio.</p> <p>Capacitación en cursos de ultrasonido en pacientes de urgencias a personal médico de base y residentes.</p> <p>Utilización de un equipo "point of care" para determinación rápida de enzimas cardíacas, dímero D, BNP y prueba de embarazo. Instrucción en el curso ACLS para médicos adscritos DE urgencias, hemodinámica, Unidad de cuidados coronarios, unidad de cuidados intensivos Tiempo de espera para atención en triage entre catorce y dieciocho minutos, encuesta de satisfacción de OIC con resultado de 85%</p>	<p>Infraestructura inadecuada</p> <p>Falta de sala de choque operativa</p> <p>Falta de sistema digitalizado de registro de pacientes</p> <p>Falta de personal en todos los turnos.</p> <p>Disminuir el tiempo de estancia en observación a 12 horas: tiempo promedio ha incrementado a 14 horas</p> <p>Incremento en la demanda de consulta de urgencias 30% respecto al año anterior.</p> <p>Mejora en el trato digno</p> <p>Disminuir el tiempo de respuesta de interconsultas y aumentar la cantidad de que las mismas sean resolutivas.</p>
Unidad de Cuidados Coronarios	<p>Sistema PrismaFlex para apoyo y soporte de la función renal.</p> <p>Sistema Triage para la detección rápida por tira reactiva de biomarcadores cardíacos.</p> <p>Sistema de monitoreo de mínima invasión Volume.Wiex</p> <p>Sistema de monitoreo por bioimpedancia.</p> <p>Tiempo Dolor-Puerta-Aguja 15 min</p> <p>Tiempos Dolor-Puerta-Balón 30-40 min</p>	<p>Irregularidad en la realización de cirugía cardíaca</p> <p>Falta de personal que cubra el turno nocturnos de martes, jueves y sábado.</p> <p>Falta de inclusión en el programa de gastos catastróficos para IAM</p> <p>Falta de equipo de servicios de rehabilitación</p>
Unidad De Cuidados Intensivos	<p>Disminución del consumo de albumina y insumos del Sistema Prisma Flex</p> <p>Disminución de tiempos de estancia hospitalaria en UCI 4.1 días</p> <p>ACLS</p>	<p>Falta de monitor central de arritmias en central de enfermería</p>
<b>SERVICIO DE APOYO A LA ATENCIÓN MÉDICA</b>		
Farmacia Hospitalaria	<p>Abasto del 99% en medicamentos y del 98% en material de curación.</p> <p>Manejo de medicamentos controlados de los grupos I, II y</p>	<p>Falta de apego en la prescripción médica a los catálogos establecidos de la farmacia Hospitalaria Subrogada 2015-2017.</p>

	<p>III, bajo la normatividad vigente. Atención a las necesidades de medicamentos y material de curación de diez quirófanos centrales y la Unidad de Toco-cirugía. Se implementó el proceso para el manejo de los medicamentos controlados de los grupos II y III alineando las acciones de acuerdo a las observaciones y los lineamientos emitidos por la COFEPRIS. Manuales de procedimientos de operación Solicitudes de medicamentos, materiales de curación y copias de recetas de medicamentos controlados. Respaldo en electrónico y físico para soportar el importe de la facturación.</p>	
<p>Causes</p>	<p>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. Se fortaleció la plantilla con personal médico. Se aperturó el modulo en urgencias adultos para mejorar la captura de pacientes.</p>	<p>No existe un apego generalizado de las áreas del personal Médico, de Enfermería, Trabajo Social y Becario del Hospital al programa CAUSES. Falta la acreditación del servicio de oftalmología para cubrir la intervención de catarata.</p>

### **Informe del Programa Anual 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 capacitó en los conceptos fundamentales de prevención de la violencia, a un total de 92 enfermeras durante el periodo enero a diciembre de 2016, lo que significa contar con el 9.9% del personal de enfermería capacitado en el tema, además de considerar la capacitación de otras áreas en la prevención de la violencia. Este resultado se debió a que la conformación del equipo de trabajo y su capacitación, llevó más tiempo del previsto; por lo que inició a finales de 2016.

Al cierre 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 al cierre de 2016 se detectaron un total de 611 infecciones, que en proporción al total de días estancia alcanzado de 111,252, nos muestra un alcance en la tasa de infecciones en un 5.5, lo que representa una disminución de 1.6 puntos porcentuales en la tasa de infecciones con respecto a la meta anual programada de 7.1.

La Farmacia Hospitalaria abasteció el 98% de medicamentos y material de curación igual a la meta programada, alcanzando un cumplimiento del 100%, derivado de haber entregado un total de 2,450 solicitudes de medicamentos en el 2016, en los cuales se incorporaron medicamentos de tipo general y controlados del grupo I, II y III. 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 102 casos de emergencia obstétrica a través de la aplicación del Código Mater, 50 casos más con respecto a la meta programada. Logrando el 156.9% en el porcentaje de casos atendidos por el personal sustantivo en la atención de la emergencia obstétrica. 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.

Con la finalidad de contar con fuentes de financiamiento externas, se inició el llenado de las cédulas de autoevaluación, 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: F023 "Atención a la Salud"  
Responsable: Dr. Gustavo Esteban Lujo Zamudio

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	<b>Porcentaje de enfermeras capacitadas en la atención a la violencia</b> V1: Número de enfermeras capacitadas en conocimientos y medidas de contención de violencia / V2: Total de enfermeras en plantilla x 100	740 = 80% 925	Anual	N / A	$\frac{92}{927} = 9.9$ Se capacitó en los conceptos fundamentales de prevención de la violencia, a un total de 92 enfermeras, lo que significa contar con el 9.9% del personal de enfermería capacitado en el tema. Este resultado se debió a que la conformación del equipo de trabajo y su capacitación, llevó más tiempo del previsto; por lo que inició a finales de 2016.
2			1.1.11 Disminución de los Incidentes Infecciosos Asociados a la Atención de la Salud (IAAS)	<b>Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia)</b> 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	720 = 7.1 102,000	Trimestral, semestral y anual	N / A	$\frac{611}{111,252} = 5.5$ Se tuvo un cumplimiento del 5.5 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	<b>Porcentaje de medicamentos surtidos a pacientes hospitalizados en el periodo de reporte</b> 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	2,450 = 98% 2,500	Semestral y anual	N / A	$\frac{2,450}{2,500} = 98\%$ Se tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de medicamentos surtidos a pacientes hospitalizados con respecto a la meta de 98%. Este resultado se debió a que durante el 2016 se surtieron un total de 2,450 solicitudes de medicamentos para pacientes hospitalizados.
4			1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo	<b>Porcentaje de casos atendidos por el personal sustantivo en la atención de la emergencia obstétrica</b> V1: Número de casos con emergencia obstétrica con respuesta adecuada del personal sustantivo / V2: Número de casos considerados con emergencia obstétrica x 100	52 = 80% 65	Anual	N / A	$\frac{102}{65} = 156.9\%$ Se atendieron un total de 102 emergencias obstétricas a través de la aplicación del Código Mater, 50 casos más con respecto a la meta programada. Logrando el 156.9% en el porcentaje de casos atendidos por el personal sustantivo en la atención de la emergencia obstétrica.
5			3. Administración eficiente	3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas	<b>Porcentaje de cédulas llenadas correctamente</b> V1: Número de cédulas correctamente llenadas / V2: Total de cédulas de autoevaluación x 100	2 = 100% 2	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 <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
<b>Estrategia</b> <b>1.1:</b> Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande	<b>1.1.1.</b> 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 los 51 servicios con los que cuenta.
	<b>1.1.2.</b> Promover la implementación del expediente clínico electrónico apegado a las normas para contar con registros médicos de calidad.	No existe disponibilidad presupuestaria en el Hospital para implementar el expediente clínico electrónico.
	<b>1.1.3.</b> Incorporar la calidad de la atención a la cultura institucional en las entidades coordinadas	<p>Durante el 2016 se trabajó en la implementación de dos tópicos de auditoría clínica, con la finalidad de prevenir los eventos adversos, el primero correspondió a la “Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología”, con el cual logró implementar diez barreras de seguridad 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; las cuales permitieron disminuir las infecciones intrahospitalarias asociadas a colocación de catéter venoso central.</p> <p>La auditoría realizada en el rubro de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, permitió consolidar intervenciones de buena práctica que incluye valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, reforzar el cambio de posición, movilidad a los pacientes, aplicación de petrolato puro, colocación de apósitos hidrocelulares y valoración del estado nutricional.</p>
	<b>1.1.4.</b> Mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad.	<p>Durante el 2016 se reinstaló el “Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos (EMAEA)”, considerando para su integración, distintos perfiles profesionales que se encuentran inmersos en todo el proceso de atención.</p> <p>Se establecieron las definiciones operacionales de clasificación de los eventos adversos de forma interdisciplinaria. Además, se actualizó el “Observatorio del Evento Adverso” con la finalidad de consolidar una base de datos metodológica de acuerdo al Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, que consistió en agregar un comando para adjuntar archivos o imágenes al portal de captura, se añadió una tabla que especifica los niveles de gravedad del daño, un ejecutable que genera un folio en cada notificación, campos de captura donde se especifica el registro del servicio que reporta, fecha de nacimiento del paciente, diagnóstico de ingreso, fecha y hora en que sucedió el evento, además de eliminar rubros duplicados.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
		Se implementaron acciones de mejora encaminadas a la prevención de úlceras por presión, como la aplicación de petrolato puro, valoración de riesgo para desarrollar úlceras por presión y movilidad a los pacientes.
	<b>1.1.5.</b> Detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros.	Se atiende en la Unidad de Salud Mental a pacientes 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.
	<b>1.1.6.</b> Favorecer el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.	El Hospital participó en una compra consolidada de medicamentos, coordinado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), lo que permitió asegurar el abastecimiento oportuno de medicamentos. De igual forma se continúa con el esquema de Farmacia Hospitalaria.
	<b>1.1.7.</b> Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes	Los 51 servicios hospitalarios con los que cuenta la Institución, realizan el diagnóstico oportuno, basado en la disponibilidad de recursos tecnológicos en laboratorios, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Además, se cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
	<b>1.1.8.</b> Contar con comités hospitalarios correspondientes para promover la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.	Durante 2016, el Hospital contó con Comités y Subcomités Técnicos Hospitalarios, y Comisiones, los cuales contribuyeron en la mejora de la atención y seguridad de los pacientes.
	<b>1.1.9.</b> Incluir a los profesionales de la salud acordes con necesidades actuales de operación de los servicios de salud.	Debido a los recortes presupuestales, el Hospital no ha recibido nuevas plazas, sin embargo, se enfoca en la contratación de médicos especialistas en los servicios que atienden a pacientes críticos y turnos más desprotegidos.
	<b>1.1.10.</b> Impulsar la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes.	Se impulsa la donación familiar de sangre, lo que permite hacer al Hospital autosuficiente. Por otra parte, se está realizando mejoras en la infraestructura de la Institución, con la finalidad de apoyar a los programas de trasplante de riñón, cornea y medula ósea.
<b>Estrategia 1.2:</b> Brindar atención ambulatoria a la población en las entidades coordinadas	<b>1.2.1.</b> Atender a la población que lo demande, principalmente a grupos vulnerables evitando el rechazo.	El Hospital proporciona atención médica a toda persona que lo demanda, sin importar su clase social y se enfoca prioritariamente en grupos vulnerables sobre todo a personas de la tercera edad y población de pueblos indígenas.
	<b>1.2.2.</b> Brindar servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieran considerando las especialidades y capacidad instalada.	El Hospital brinda diariamente un promedio de 1,000 consultas distribuidas en las 51 especialidades con las que cuenta.
	<b>1.2.3.</b> Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y corta estancia.	Los procedimientos tanto endoscópicos como quirúrgicos que se realizan en la Institución, dan prioridad a la mínima invasión.
	<b>1.2.4.</b> Promover el enfoque preventivo en la atención a la salud acorde a la vocación de servicio.	El Hospital brinda atención médica ambulatoria de acuerdo al tipo de padecimiento del paciente, vigilando su evolución y aplicando medidas de salud preventivas.
	<b>1.2.5.</b> Fortalecer la atención por personal especializado a pacientes y/o usuarios receptores de violencia familiar, género y trata de personas.	El personal de la Unidad de Salud Mental que incluye a maestros de Psicología, atienden la violencia de género e intrafamiliar. Por otra parte, el 25 de cada mes se conmemora el “Día Naranja” para promover la no violencia contra las mujeres.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
	<p><b>1.2.6.</b> Impulsar la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida</p> <p><b>1.2.7.</b> Vigilar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.</p> <p><b>1.2.8.</b> Fortalecer el enfoque preventivo en la atención acorde a la vocación institucional.</p> <p><b>1.2.9.</b> Favorecer la atención integral, considerando la salud mental y el apoyo psiquiátrico de enlace.</p>	<p>Durante el 2016, se dio seguimiento al levantamiento de encuestas que miden la percepción de satisfacción de la calidad en la atención médica ambulatoria y hospitalaria, encuestando a un total de 2,400 pacientes ambulatorios. Dicho indicador alcanzó un índice de satisfacción del 83.9%, detectando áreas de oportunidad que incluyen los módulos de atención, cajas, vigilancia, servicio de Trabajo Social, trato digno, información y orientación completa y clara, así como limpieza en los sanitarios.</p> <p>El indicador referente a la percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria, tuvo un índice de satisfacción del 86.3% y refirió áreas de oportunidad en cuanto a la información proporcionada por el personal que está en contacto directo con el paciente.</p> <p>Los laboratorios y gabinetes del Hospital se utilizan con eficiencia, sobre todo en el servicio de Radiología, donde se evalúan las solicitudes para evitar duplicidades o estudios no justificados.</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>Tanto el Psiquiatra que tiene el Hospital como la Unidad de Salud Mental favorecen la atención integral a ésta. No obstante, la Institución no cuenta con Psiquiatría de enlace.</p>
<p><b>Estrategia 1.3:</b> Operar los servicios de urgencias y atención médica continua</p>	<p><b>1.3.1.</b> Atender en los servicios de urgencias a todos los usuarios que lo soliciten de acuerdo a los procesos institucionales.</p> <p><b>1.3.2.</b> Brindar atención en el servicio de admisión continua a los pacientes trasladados o que acudan con referencia.</p> <p><b>1.3.3.</b> Establecer mecanismos de <i>triage</i> y de orientación a la población para el mejor uso de los servicios</p> <p><b>1.3.4.</b> Promover la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios en los servicios de urgencias y admisión continua.</p>	<p>Los tres servicios de Urgencias atienden diariamente a más de 100 pacientes, de los cuales, el 40% son urgencias reales, debido a que existe una sobredemanda de atención a causa de la inexistencia de servicios resolutivos en alta especialidad en la Ciudad de México (zona norte) y la zona conurbada del Estado de México.</p> <p>El Hospital no cuenta con el servicio de Admisión Continua.</p> <p>Se aplica en los tres servicios de Urgencia un modelo de triage, en el caso de urgencias 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 y procedimientos sobre pre-altas y altas.</p> <p>Durante el 2016, se consideró como avalada la Institución en los nueve indicadores que marca el programa "Aval Ciudadano", relacionados con los rubros de trato digno, comunicación e información, confort y seguridad, tiempo de espera y atención médica.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables 2/
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
		Además, personal de la Unidad Médica y de la Organización Civil Aval Ciudadano aplicaron 715 encuestas a usuarios y/o familiares al salir de la consulta del servicio de Urgencias.
	<b>1.3.5.</b> Favorecer que la atención urgencias y admisión continua se vincule con la vocación institucional.	Los tres servicios de Urgencias atienden diariamente a más de 100 pacientes, de los cuales el 40% son urgencias reales, debido a que existe una sobredemanda de atención a causa de la inexistencia de servicios resolutivos en alta especialidad en la Ciudad de México (zona norte) y la zona conurbada del Estado de México.
	<b>1.3.6.</b> 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, logrando resultados muy satisfactorios en la atención integral de éstas, tanto para las madres como sus productos.
	<b>1.3.7.</b> Fomentar la disminución de procedimientos quirúrgicos en la atención obstétrica.	Se mantiene una vigilancia de las indicaciones de la operación cesárea, con la “segunda” opinión, ya que todavía en el 61% de los casos se indica por indicaciones de tipo relativo.
<b>Estrategia 1.4:</b> Aplicar modelos innovadores para la atención médica de alta especialidad y la generación de recursos	<b>1.4.1.</b> 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), contando durante 2016 con una cartera de 117 intervenciones atendidas en el Hospital.  Asimismo, la Institución celebró el contrato de “Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico”, con la delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social.  Además, se obtuvieron ingresos por casos médicos atendidos del Seguro Popular por un monto de \$130,382 miles de pesos.
	<b>1.4.2.</b> Participar en proyectos nacionales o regionales para la atención médica.	
	<b>1.4.3.</b> Propiciar la participación de la sociedad civil y los sectores privado y social en el financiamiento de la atención.	
	<b>1.4.4.</b> Favorecer la innovación organizacional para mejorar el otorgamiento de los servicios médicos.	
	<b>1.4.5.</b> Fomentar la integración y funcionamiento de los patronatos, y voluntariado enfocados al apoyo de la atención médica.	El Hospital cuenta con un patronato sólido y muy activo, que busca mecanismos y apoyos diversos para atender dentro de sus posibilidades los requerimientos del Hospital, actualmente apoya con recursos financieros la remodelación de la Unidad de Transplantes.
	<b>1.4.6.</b> Promover la donación altruista de sangre y órganos, y su uso y aprovechamiento de acuerdo a la normatividad vigente.	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.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
<b>Estrategia 1.5:</b> Impulsar la creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes		Además, se han realizado trasplantes principalmente de córnea y riñón.
	<b>1.5.1</b> Atender casos de alto riesgo materno-infantil, enfermedades crónicas, malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad, entre otras.	El Hospital atiende una población importante de casos de embarazos de alto riesgo, sobre todo referidos, incluyendo aquellos que cumplen criterios para activación del Código Mater. Por otra parte, existe una mayor población de pacientes con enfermedades crónicas sobre todo diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer e insuficiencia renal que han saturado los servicios que los atienden. Se tratan sobre todo anomalías congénitas del tubo digestivo y sistema nervioso central por cirugía y neurocirugía pediátrica.
	<b>1.5.2</b> Dar atención a la población de adultos mayores a fin de mejorar su calidad de vida.	El Hospital cuenta con una Clínica del Adulto Mayor que atiende población con perfil geriátrico en forma integral, en la cual se han incorporado pasantes de gerontología que favorece la capacidad de atención.
	<b>1.5.3</b> Orientar la atención a las diferentes etapas de la vida considerando las capacidades resolutivas de las unidades médicas	Se cuenta en los servicios de Geriátrica, Alergia, Bariátrica, Reumatología, Salud Mental y Nefrología con programas de educación al usuario, que permiten realizar un mejor uso de los servicios médicos en las diferentes etapas de la vida.
	<b>1.5.4</b> Promover grupos multidisciplinarios para atender a víctimas de violencia familiar y de género, trata de personas, entre otros.	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.
	<b>1.5.5</b> Atender padecimientos que requieran de alta especialidad prioritariamente a pacientes con obesidad, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, entre otros.	El Hospital atiende una población importante de casos de embarazos de alto riesgo, sobre todo referidos, incluyendo aquellos que cumplen criterios para activación del Código Mater. Por otra parte, existe una mayor población de pacientes con enfermedades crónicas sobre todo diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer e insuficiencia renal que han saturado los servicios que los atienden. Se tratan sobre todo anomalías congénitas del tubo digestivo y sistema nervioso central por cirugía y neurocirugía pediátrica.
	<b>1.5.6</b> Favorecer los procesos de rehabilitación de los pacientes que lo requieran, limitando la discapacidad y promoviendo la reinserción social.	Se cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, el cual atiende a pacientes de Ortopedia, Neurología, Reumatología y Neurocirugía. No obstante, por razones presupuestales no ha sido posible establecer los programas de rehabilitación respiratoria y cardíaca.
<b>1.5.7</b> Realizar prevención, diagnóstico oportuno y atención médica para cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata y otros en niños y adolescentes.	En cuanto a los aspectos de diagnóstico y tratamiento el servicio de Oncología cuenta con especialistas de Oncología Médica y Quirúrgica. Además, cuenta con una bomba de cobalto y está autorizada la adquisición de un acelerador lineal. Por otra parte, el programa de gastos catastróficos de niños y adolescentes cuenta ahora con pacientes bajo tratamiento.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
	<b>1.5.8</b> Propiciar la creación de áreas de atención psiquiátrica y de salud mental en la atención de pacientes.	La Unidad de Salud Mental y el Psiquiatra 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. Asimismo, en la Unidad se atienden, sobre todo, a grupos de adicciones y violencia intrafamiliar. No obstante, la Institución carece de psiquiatría de enlace.
<b>Estrategia 1.6:</b> Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las entidades coordinadas	<b>1.6.1</b> Impulsar esquemas descentralización de los servicios de atención médica	
	<b>1.6.2</b> Coordinar sectorialmente a las entidades para contar con la información homogénea y pertinente para la toma de decisiones.	CCINSHAE
	<b>1.6.3</b> Realizar reuniones de grupos directivos vinculados con la atención médica a fin de promover una cultura corporativa.	CCINSHAE
	<b>1.6.4</b> Coordinar acciones conjuntas para compartir experiencias y mejores prácticas entre las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	<b>1.6.5</b> Coordinar la planeación, seguimiento y evaluación del desempeño institucional en atención médica.	CCINSHAE
	<b>1.6.6</b> Favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.	Durante el 2016, se realizó la visita de evaluación del Programa Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación.  Además, se actualizó el “Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres”, con el objetivo de mantener el correcto funcionamiento de las instalaciones del Hospital, en el cual se incluyeron diferentes procedimientos apegados a los requerimientos de la normativa que exige el Programa Hospital Seguro. Asimismo, se elaboró un Plan de Trabajo de capacidad funcional, no funcional así como de capacidad estructural, con la finalidad de solventar las observaciones derivadas de la evaluación.
<b>1.6.7</b> Coordinar la generación e implementación de modelos de gestión hospitalaria.	El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) elaboró un modelo de mejora de la calidad basado en cuatro ejes, que incluyen la cultura organizacional, la satisfacción, la seguridad del paciente y la proyección de estadística, con la finalidad de cumplir con el proyecto de certificación de la unidad médica.	
<b>1.6.8</b> Propiciar la participar en los comités de las redes de servicios a las que pertenezcan.	Durante el 2016, se elaboró e implementó el “Procedimiento para el seguimiento al funcionamiento de los Comités Técnicos Hospitalarios”, con la finalidad de realizar un diagnóstico y seguimiento de su participación al interior y exterior del Hospital.	
<b>Estrategia 1.7:</b>	<b>1.7.1</b> Profundizar las acciones del comité de bioética hospitalaria.	Se continúa trabajando con el Comité de Bioética, mismo que sesiona en forma ordinaria ante las solicitudes de los servicios hospitalarios por situaciones de dilemas éticos.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
Vigilar el cumplimiento y promover la mejora del marco normativo	<b>1.7.2</b> Mantener vigilancia para garantizar el respecto a los valores, cultura y bioseguridad de los pacientes y usuarios.	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. Por otra parte, se presentaron en los servicios clínicos, sesiones para promover el respeto a los valores, cultura y bioseguridad.
	<b>1.7.3</b> Favorecer el desarrollo, actualización y apego a las guías de práctica clínica y protocolos de atención.	Durante el 2016, se realizó la supervisión en los servicios de atención médica de la aplicación de protocolos de atención basados en Guías de Práctica Clínica, con la finalidad de garantizar la atención basada en Buenas Prácticas y generar evidencia documentada. Asimismo, existe un comité que vigila la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en el manejo de los pacientes. Además, médicos del Hospital participan en la elaboración de nuevas guías y en el caso de carecer de éstas, los servicios cuentan con protocolos específicos.
	<b>1.7.4</b> Apoyar la identificación de mecanismos innovadores para la generación y utilización de los recursos.	Se obtuvieron ingresos por un monte de \$130,382 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), con la Fundación Inbursa y el Estado de Hidalgo. Asimismo, se realizaron siete contrataciones plurianuales en materia de servicios generales como: servicio de limpieza, vigilancia y aseguramiento de bienes patrimoniales. Además, 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.
	<b>1.7.5</b> Favorecer el reclutamiento de recursos humanos especializados egresados de las entidades coordinadas.	Se dio prioridad en el proceso de reclutamiento, selección y contratación a los médicos y personal de enfermería egresados del Hospital.
	<b>1.7.6</b> Promover la actualización del marco legal y normativo de las entidades coordinadas en beneficio de su organización y administración.	CCINSHAE
	<b>1.7.7</b> Promover el establecimiento de sistemas de promoción profesional específicos en las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	<b>1.7.8</b> Impulsar las acciones de transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas en las entidades coordinadas.	Las acciones realizadas durante 2016 por el Hospital en el rubro de transparencia fueron: homologación y actualización de la sección de transparencia del portal institucional, de acuerdo a los criterios para los portales institucionales de internet 2016, y publicación y difusión de siete temas de transparencia focalizada (Programa de Gastos Catastróficos, Cita de donación de sangre, Agenda tu cita para la elaboración de estudio socioeconómico, Tabulador de cuotas de recuperación, Contratos, Estadísticas y Solicitudes de información).

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>																												
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>																														
		<p>En lo referente al acceso a la información, se promovió la práctica sistemática de expedientes reservados y el principio de máxima publicidad, logrando desclasificar 206 expedientes.</p> <p>Se fomentó la obligación de documentar toda decisión y actividad gubernamental, así como mejorar el tiempo de respuesta a solicitudes de información y recursos de revisión.</p> <p>Asimismo, se realizó la capacitación de servidores públicos en línea a través del CEVINAI, en modo presencial, con recursos propios y en cursos especializados).</p> <p>Además, se realizó la creación de ocho sistemas persona y sus respectivos avisos del manejo de datos personales, así como la creación de su Documento de Seguridad, para las siguientes áreas: Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, Unidad de Comunicación Social, Departamento de Abastecimiento, Informes y Hospitalidad, Unidad de Gastos Catastróficos, Admisión Hospitalaria, Trabajo Social y Programa de Causas.</p> <p>En lo referente a rendición de cuentas, se actualizaron trimestralmente las 17 fracciones del artículo 7 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, correspondientes al Portal de Obligaciones de Transparencia.</p> <p>Se llevó a cabo la capacitación de las áreas para la carga de información de las nuevas obligaciones de transparencia en la Plataforma Nacional de Transparencia.</p>																												
	<p><b>1.7.9</b> Diseñar y mejorar indicadores, dar seguimiento al desempeño institucional en apoyo de los órganos colegiados y de gobierno.</p>	<p>Para el 2016, el Hospital Juárez de México comprometió un total de 37 indicadores para resultados en tres programas presupuestales, reportándolos en tiempo y forma a la CCINSHAE.</p> <table border="1" data-bbox="1123 1006 1885 1307"> <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> <tr> <td>E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>E023 "Atención a la salud"</td> <td>13</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>20</b></td> <td><b>5</b></td> <td><b>12</b></td> <td><b>37</b></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	E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	5	10	E023 "Atención a la salud"	13	0	1	14	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>37</b>
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																										
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>37</b>																										

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
	<b>1.7.10</b> Promover el establecimiento y revisión de las cuotas de recuperación y tarifas basadas en costos.	Mediante oficio 349-B-293 del 11 de julio de 2016, la Unidad de Política de Ingresos no Tributarios de la Subsecretaría de Ingresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizó al Hospital la actualización de 1,471 claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación, con vigencia a partir del 1º de agosto de 2016.

**Resultados Objetivo 1:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	82.1	82.8	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <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>
Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	<b>94.4</b>	<b>92.4</b>	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <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</p>

			<p>DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
<p>Tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia</p>	<p><b>7.1</b></p>	<p><b>5.5</b></p>	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <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 los 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> <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>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
<b>Estrategia 2.1:</b> Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas	<b>2.1.1</b> Participar en la integración de los lineamientos para integrar un padrón de usuarios y pacientes.	Conjuntamente, la Dirección Médica y el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, participan en la evaluación del Sistema de Gestión de Pacientes.
	<b>2.1.2</b> Promover la difusión de los mecanismos para la atención de pacientes.	En el portal institucional y en diversas áreas del Hospital, se promueve el sistema de Cita telefónica de primera vez.
	<b>2.1.3</b> Impulsar la aplicación de criterios de clasificación socioeconómica homogéneos con las diversas instituciones.	El servicio de Trabajo Social aplica los criterios de clasificación socioeconómica unificados por la CCINSHAE.
	<b>2.1.4</b> Promover la consolidación y conclusión del expediente clínico electrónico para facilitar el acceso a la información.	El Hospital no cuenta con recursos presupuestales para implementar el expediente clínico electrónico.
	<b>2.1.5</b> Impulsar la revisión de la operación y actualización del intercambio de servicios con entre las distintas instituciones.	
	<b>2.1.6</b> Promover los procesos de acreditación, la certificación y recertificación de las unidades coordinadas cumpliendo los estándares de calidad.	Durante el 2016, se elaboró una matriz de riesgos institucionales apegándose a los estándares críticos que marca el Consejo de Salubridad General. Además, se capacitó a 110 profesionales de diferentes servicios sobre la metodología de los estándares de certificación, con la finalidad de formar auditores internos y líderes de capítulo.
<b>Estrategia 2.2:</b> Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive	<b>2.2.1</b> Revisar las carteras de servicios considerando las necesidades y prioridades de salud de la población.	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.
	<b>2.2.2</b> Difundir las carteras de servicios de las unidades médicas especializadas para favorecer el uso adecuado de los mismos.	Se dieron a conocer los catálogos de servicios a través del portal institucional y de la Coordinación de Hospitales.
	<b>2.2.3</b> Apoyar los procesos de capacitación de la atención médica para el control y seguimiento de padecimientos en unidades de menor capacidad resolutive.	
	<b>2.2.4</b> Informar a la población sobre la cartera de servicios de alta especialidad que prestan las EC para su uso adecuado.	
	<b>2.2.5</b> Coordinar en las redes los mecanismos que faciliten el conocimiento del personal de salud de las capacidades de servicio de las entidades coordinadas.	
	<b>2.2.6</b> Promover el uso de tecnologías de la información para la atención y orientación de usuarios y pacientes.	
<b>Estrategia 2.3:</b> Integrar un sistema eficiente	<b>2.3.1</b> Establecer lineamientos y políticas para la referencia y contrarreferencia entre las entidades coordinadas y con las redes de servicios.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables 2/
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
de referencia y contrarreferencia de pacientes	<b>2.3.2</b> Capacitar al personal responsable del proceso para la atención al usuario, con asertividad y compromiso de servicio.	Se realizaron cursos de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario.
	<b>2.3.3</b> Apoyar la puesta en marcha un sistema de coordinación hospitalaria para la referencia concertada de pacientes.	
	<b>2.3.4</b> Actualizar la regionalización en función de las redes de servicio y necesidades.	
	<b>2.3.5</b> Integrar y mantener actualizados los directorios de responsables de la referencia y contrarreferencia.	
	<b>2.3.6</b> Hacer más eficiente el uso de las herramientas informáticas disponibles y participar en su evaluación y actualización.	
	<b>2.3.7</b> Actualizar el marco normativo que facilite la generalización de instrumentos consensuados.	CCINSHAE
	<b>2.3.8</b> Reducir la incertidumbre en los usuarios y la discrecionalidad de los mecanismos de aceptación de pacientes referidos.	
	<b>2.3.9</b> Propiciar la contrarreferencia de pacientes con las instituciones de la red de servicios.	
<b>Estrategia 2.4:</b> Favorecer los mecanismos que benefician a la población social o económicamente vulnerable	<b>2.4.1</b> Favorecer que los mecanismos de financiamiento de la atención se apliquen de manera eficiente y transparente.	Los recursos asignados al Hospital son aplicados a las áreas sustantivas, utilizando los medios electrónicos autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	<b>2.4.2</b> Fomentar la atención oportuna de los pacientes de grupos vulnerables en las instituciones de acuerdo a las necesidades.	El Hospital proporciona atención médica a toda persona que lo demanda sin importar su clase social y se enfoca prioritariamente en grupos vulnerables sobre todo a personas de la tercera edad y población de pueblos indígenas.
	<b>2.4.3</b> Contar sistemas de información expeditos para el reporte y reembolso de casos atendidos entre las instituciones.	
	<b>2.4.4</b> Aplicar los instrumentos legales y normativos para el manejo de los recursos destinados a la atención médica especializada.	Se da cumplimiento a la normatividad vigente para el manejo de los recursos públicos como: la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, Presupuesto de Egresos de la Federación 2016, Lineamientos de proyectos y programas de inversión.
	<b>2.4.5</b> Favorecer la atención de la población indígena con respeto a su cultura y valores.	El Hospital atiende población de diversos pueblos indígenas con respeto a sus tradiciones. Además, se cuenta con algunos intérpretes de lenguas indígenas.
	<b>2.4.6</b> Prestar apoyo para la atención de población migrante, de acuerdo a la normatividad aplicable.	El nosocomio no atendió a población migrante por falta de demanda de ésta.
	<b>2.4.7</b> Promover la aportación de recursos destinados a la atención de grupos vulnerables de los sectores social y privado.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
	<b>2.4.8</b> Desarrollar los sistemas de costeo que apoyen la revisión de los tabuladores para la prestación de los servicios.	El 11 de julio de 2016, se actualizaron 1,471 claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación, mediante el procedimiento implementado que permite conocer el costo real de los procedimientos.
	<b>2.4.9</b> Propiciar la disminución de gasto de bolsillo principalmente en población vulnerable.	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.
<b>Estrategia 2.5:</b> Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud de alta especialidad mediante la portabilidad y convergencia	<b>2.5.1</b> Contribuir a la conformación del Padrón General de Salud que permita la portabilidad de la información médica entre las instituciones.	
	<b>2.5.2</b> Promover la interoperatividad del expediente clínico cumpliendo la normatividad aplicable.	El Hospital no cuenta con recursos presupuestales para implementa el expediente clínico electrónico.
	<b>2.5.3</b> Contribuir al avance de las herramientas que permitan la convergencia de la información en salud.	La Institución se encuentra en el desarrollo de un Sistema de Gestión de Pacientes.
	<b>2.5.4</b> Desarrollar lineamientos consensuados para la atención de usuarios entre las instituciones públicas de salud y las entidades coordinadas.	
	<b>2.5.5</b> Impulsar la uniformidad de los sistemas de información médica entre las entidades coordinadas.	La Institución se encuentra en el desarrollo de un Sistema de Gestión de Pacientes.
<b>Estrategia 2.6:</b> Identificar oportunidades de vinculación con otros actores nacionales e internacionales para la atención médica	<b>2.6.1</b> Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras para la atención médica.	Se llevaron a cabo convenios por prestación de servicios médicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM), con la Fundación Inbursa y el Estado de Hidalgo. Asimismo, la Institución celebró el contrato de "Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Vivo, con la Delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social.
	<b>2.6.2</b> Coordinar esfuerzos de colaboración con las unidades médicas de las redes de servicios.	El Hospital participa en la coordinación de hospitales de referencia, para la atención de pacientes con enfermedades complejas que requieren atención de tercer nivel.
	<b>2.6.3</b> Valorar las oportunidades de participar en proyectos para brindar servicios de atención médica a usuarios privados y extranjeros.	
<b>Estrategia 2.7:</b> Promover el intercambio de experiencias de	<b>2.7.1</b> Promover la difusión de buenas prácticas y guías en cuidado enfermero.	Se impartió capacitación al personal de enfermería en la implementación de PLACES. Asimismo, la Coordinación de Enseñanza en Enfermería, realizó los PLACES por especialidad. Por otra parte, los servicios médicos cuentan con guías del cuidado del enfermo y/o enferma.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
los profesionales de la salud	<b>2.7.2</b> Fomentar la capacitación de personal de enfermería en unidades de menor capacidad resolutive de la red de servicios.	El Hospital no contó con recursos económicos para desarrollar programas de capacitación en otras unidades hospitalarias.
	<b>2.7.3</b> Coordinar las reuniones de directivos de enfermería y trabajo social, para la mejorar la atención a los pacientes y usuarios.	CCINSHAE
	<b>2.7.4</b> Propiciar la difusión del modelo de clasificación socioeconómica.	El servicio de Trabajo Social promueve y difunde el modelo de clasificación socioeconómica, lo cual favorece la atención del paciente.

**Resultados Objetivo 2:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4. *	<b>98.9</b>	<b>99.2</b>	<p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 0.3% en el porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4, con relación a la meta programada de 98.9%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que, a pesar de haber tenido un cumplimiento del 99.2%, no se alcanzaron las metas en ambas variables en un 4.7% y 5% respectivamente, a causa de la disminución del personal de Trabajo Social por incapacidad, comisión sindical, licencias, salida de trabajadoras del área y discapacidad visual.</p> <p>EFFECTO: Se atiende 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>
Porcentaje de pacientes referidos atendidos en consulta externa y hospitalización. *	<b>12.3</b>	<b>4.4</b>	<b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b>

			<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>
<p>Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.</p>	<p><b>94.4</b></p>	<p><b>118.0</b></p>	<p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 25%, 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 de 94.4%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió principalmente por el</p>

			<p>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: Captar un mayor número de ingresos permite la adquisición de bienes y servicios, y renovación de equipos, para brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.</p>
--	--	--	---

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.</b>		
<b>Estrategia 3.1:</b> Fomentar el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica	<b>3.1.1</b> Fomentar el uso adecuado de los equipos y la correcta indicación de estudios y procedimientos.	Se impartió capacitación a 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, desfibriladores, camas eléctricas y electrocardiógrafos.
	<b>3.1.2</b> 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 al paciente, se garantizó el abasto oportuno de materiales y reactivos a través de licitaciones públicas y contrataciones plurianuales, para obtener mejores condiciones de precio, calidad, financiamiento y oportunidad de las mismas.
	<b>3.1.3</b> Favorecer los mecanismos para agilizar el proceso de atención en los gabinetes.	
	<b>3.1.4</b> Operar la infraestructura vigilando el cumplimiento de la bioseguridad tanto para los pacientes como para el personal y el medio ambiente.	
	<b>3.1.5</b> Promover la vigilancia de alertas por efectos secundarios y la identificación de eventos adversos.	Derivado del análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos, se trabajó en la sensibilización de la atención en las Direcciones Operativas, Jefaturas de División y de Servicio, Profesionales de Enfermería, Personal Administrativo y Profesionales de la Salud en formación. Asimismo, se identificó que la mayor cultura del reporte prevalece en los servicios de Neonatología, Oncología, Ortopedia, Cirugía General, Urgencias y Pediatría.  Además, se realizó una sesión de buenas prácticas al interior del Equipo Multidisciplinario para el análisis de eventos adversos, referente al tema de Farmacovigilancia.
	<b>3.1.6</b> Establecer los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.	Se elaboró el Programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo del Hospital para el ejercicio 2016, realizando el mantenimiento de los siguientes equipos: esterilizadores de vapor, equipos de radiología de la marca CMR y GMM, equipos de ultrasonido y Tomografía de la marca Philips, mesas quirúrgicas,

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.</b>		
<b>Estrategia 3.2:</b> Planear actualización de equipos médicos		lámparas de cirugía, monitores de signos vitales de la marca Criticare y Spacelabs, equipo simulador marca Siemens, equipos de Endoscopia de las marcas Pentax y Olympus, equipos de la marca GE (Tomógrafo, Resonancia Magnética, Ultrasonidos, Equipos móviles de RX, centrifugas, Equipo de braquiterapia y la Unidad de Cobalto).
	<b>3.2.1</b> Contar con programas que evalúen la infraestructura y equipamiento para ofrecer servicios de calidad a la población.	Se elaboraron los Programas de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento del Hospital para el ejercicio 2016, realizando los siguientes mantenimientos a la infraestructura: mantenimiento a las celdas de cimentación, desazolve de pozos, adecuación del área de Urgencias Adultos, reparación de baños para usuarios, reparación de muros y plafones de diversas áreas del Hospital, impermeabilización y trabajos de pintura en señalizaciones en el área de azoteas.
	<b>3.2.2</b> Planear la sustitución y actualización del equipamiento acorde a las necesidades de servicios y la disponibilidad de recursos.	El Hospital dio cumplimiento al formato solicitado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público denominado "Mecanismos de planeación", en el cual se plasman las necesidades de equipamiento y obra, en el corto y mediano plazo de acuerdo a los objetivos institucionales.  Por otra parte, se elaboraron siete proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la finalidad de renovar equipo del Hospital, siendo los siguientes: 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 Hospital Juárez de México. 6.-Equipamiento para el Área de Terapia Intensiva Pediátrica del HJM. 7.-Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México.
	<b>3.2.3</b> Promover la identificación de fuentes alternas o complementarias de financiamiento para la adquisición del equipamiento de las unidades.	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), con la Fundación Inbursa, el Estado de Hidalgo y a través del Patronato del Hospital Juárez de México.
<b>3.2.4</b> Basar la incorporación de equipamiento en evidencia científica, costo beneficio y acorde a las necesidades de salud.	Los proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la renovación y/o sustitución de equipamiento,	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.</b>		
	<b>3.2.5</b> Fomentar la capacitación del personal para que se faciliten las transiciones tecnológicas.	cuentan con las evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio. Se impartió capacitación a 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, desfibriladores, camas eléctricas y electrocardiógrafos.
<b>Estrategia 3.3:</b> Renovar los recursos tecnológicos para la atención médica especializada atendiendo a las condiciones económicas y presupuestales	<b>3.3.1</b> Incorporar personal profesional en ingeniería biomédica y técnico para la adecuada operación del equipo e instalaciones.	El Departamento de Mantenimiento Biomédico del Hospital, cuenta con pasantes de Ingeniería Biomédica y Biónica como personal de apoyo.
	<b>3.3.2</b> Capacitar al personal de ingeniería biomédica y técnico para el uso adecuado del equipamiento médico.	Se capacitó al personal del Departamento de Mantenimiento Biomédico sobre el uso de electrocardiógrafos, monitores de signos vitales, desfibriladores y camas eléctricas.
	<b>3.3.3</b> Fortalecer el equipamiento de alta tecnología en las unidades coordinadas para el intercambio de servicios con las redes.	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.
	<b>3.3.4</b> Propiciar la incorporación de equipamiento y otras tecnologías basadas en evaluaciones integrales.	Los proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la renovación y/o sustitución de equipamiento, cuentan con las evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio.
	<b>3.3.5</b> Participar en proyectos institucionales de planeación de infraestructura de servicios.	Se elaboró el estudio de costo-beneficio del proyecto para la construcción de la torre nueva de hospitalización, para su posterior registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>Estrategia 3.4:</b> Favorecer el avance del conocimiento y la profesionalización en las áreas vinculadas con el equipamiento médico	<b>3.4.1</b> Apoyar la formación de recursos profesionales y técnicos en el manejo del equipo de gabinetes de diagnóstico y terapéuticos.	Se capacitó al personal del Departamento de Mantenimiento Biomédico en el uso de equipos como electrocardiógrafos y monitores de signos vitales.
	<b>3.4.2</b> Contribuir al desarrollo de evaluación de resultados de investigación que favorezca el avance tecnológico en salud.	
	<b>3.4.3</b> Participar en evaluaciones de tecnologías favoreciendo la incorporación de las más costo-efectivas	
	<b>3.4.4</b> Incentivar el desarrollo y la divulgación de los avances tecnológicos en las unidades coordinadas.	
	<b>3.4.5</b> Mejorar la utilización de la infraestructura y equipamiento, propiciando la aplicación de procedimientos y alternativas terapéuticas costo-efectivas	
	<b>3.4.6</b> Apoyar la capacitación y desarrollo del personal de las áreas vinculadas con la operación y mantenimiento del equipamiento médico.	Se impartió capacitación a 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

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.</b>		
<b>Estrategia 3.5:</b> Actualizar la infraestructura de tecnología de la información	<b>3.5.1</b> Establecer un programa integral para la renovación la infraestructura de equipamiento informático.	marca Drager, camas mecánicas, camillas de traslado de pacientes, limpieza de colchones, desfibriladores, camas eléctricas y electrocardiógrafos.
	<b>3.5.2</b> Vigilar la intercomunicación interna y externa de las aplicaciones informáticas en las unidades de acuerdo al marco normativo.	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 trabajó en conjunto con el área de almacenes e inventarios, los procedimientos de registro y asignación del equipo informático, con la finalidad de complementar y homologar la información, y sentar las bases para el análisis y la elaboración del programa integral de renovación del equipo.
	<b>3.5.3</b> Mantener estándares óptimos de seguridad y confiabilidad en la operación de las redes en las entidades coordinadas.	Se vigiló permanentemente los sistemas de monitoreo de red implementados, con el propósito de supervisar la intercomunicación entre los dispositivos y aplicaciones informáticas.
	<b>3.5.4</b> Promover la ampliación gradual del equipamiento de cómputo y la actualización de las soluciones informáticas.	Se reforzaron y renovaron las políticas de seguridad de acceso a la red de datos institucional con base en mejores prácticas y de acuerdo a lo dispuesto en la normatividad vigente.
	<b>3.5.5</b> Favorecer sistemas informáticos homogéneos para integrar, procesar e intercambiar información entre las entidades y con las redes de servicios	Se realizó el análisis de la información obtenida a partir de la implementación de la 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.
	<b>3.5.6</b> Incorporar sistemas que propicien la eficiencia en los procesos, registros, informes y controles de la operación institucional.	El Hospital, conjuntamente con la Dirección General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud, contribuyó en la administración de los usuarios e instalación del aplicativo, para la implementación del Sistema de Armonización Contable.
	<b>3.5.7</b> Establecer mecanismos e instrumentos para la seguridad y resguardo de los archivos electrónicos institucionales.	En conjunto con un proveedor, se desarrolló el Sistema de Gestión de Pacientes, el cual está conformado en su primera fase de implementación por los módulos, de admisión, archivo, urgencias y cajas, de los cuales el de módulo de archivo esta en operación.
<b>Estrategia 3.6:</b> Fortalecer la atención médica y de enseñanza con el uso de	<b>3.6.1</b> Establecer un programa integral para la incorporación de la telemedicina para la prestación de servicios en la red.	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 de las áreas del Hospital.  Durante el 2016, personal del área del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica asistió al evento "TIC SALUD", con la finalidad de conocer soluciones tecnológicas de conectividad necesarias para la implementación de equipo de telemedicina. Asimismo, se realizó el análisis de las condiciones actuales de la infraestructura instalada y espacios disponibles dentro de la Institución, para elaborar el programa integral de incorporación de esta tecnología en el Hospital.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.</b>		
tecnologías de la comunicación	<b>3.6.2</b> Capacitar al personal médico y paramédico en el uso de equipos de telemedicina.	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.
	<b>3.6.3</b> Promover la asesoría y análisis de casos entre las instituciones a través de sistemas basados en tecnologías de comunicación.	El Hospital cuenta con página WEB de pruebas que permitirá sentar las bases para el desarrollo de una Intranet, brindando comunicación e intercambio de contenido entre los institutos y hospitales miembros de la red NIBA.
	<b>3.6.4</b> Favorecer la enseñanza y la asesoría académica a través de tecnologías de la comunicación.	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. Además, se realizaron pruebas de enlace de videoconferencia entre el Hospital y la Escuela Superior de Medicina del IPN.

**Resultados Objetivo 3:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas.	<b>100</b>	<b>100</b>	<p>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 que se tuvo un cumplimiento satisfactorio con respecto a la meta original, se debió a la efectiva renovación de 60 equipos (diez carros rojos, diez cunas pediátricas, diez lámparas de chicote y 30 camas hospitalarias para cuidados intermedios).</p> <p>EFEECTO: 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.	<b>83.3</b>	<b>70.0</b>	<p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 15.9% en el porcentaje de incremento de sesiones por teleconferencia, con respecto a la meta programada de 83.3%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a la cancelación de cursos a causa de las dificultades técnicas y operativas que presentaron los organizadores de los cursos del Centro de Estudios Avanzados en Administración de Hospitales S.C.</p> <p>EFFECTO: Al realizar sesiones de teleconferencia 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 <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
<b>Estrategia 4.1:</b> Favorecer la congruencia entre la oferta y la demanda de especialistas particularmente los altamente especializados.	<b>4.1.1</b> Gestionar la asignación de las becas para la formación de especialistas en las entidades de alta especialidad.	El Hospital contó con 346 becas autorizadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para la formación de médicos residentes, ya que tanto los médicos residentes extranjeros como algunos de los residentes de cursos de alta especialidad no reciben beca por parte de la Institución.
	<b>4.1.2</b> Favorecer la congruencia entre las necesidades de atención de alta especialidad y los programas de formación y educación continua.	Los temas impartidos en los cursos de educación continua, fueron enfocados a cubrir las necesidades de conocimientos en los temas de salud, congruentes con los padecimientos que presentan los pacientes que atiende el Hospital en sus diferentes áreas y servicios.
	<b>4.1.3</b> Vincular los principales problemas de salud en adultos y niños con la formación de recursos humanos especializados.	Los cursos de especialización de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría, contemplan en sus programas académicos y operativos el análisis completo e integral de los principales problemas nacionales de salud como: síndrome metabólico, padecimientos oncológicos, nefropatías, embarazo de alto riesgo y prematuridad.
	<b>4.1.4</b> Priorizar las especialidades vinculadas con los problemas nacionales de salud de acuerdo a la vocación institucional.	En las 36 especialidades con las que cuenta el Hospital, se favorece la formación de profesionales de la salud en la atención de principales problemas de salud de acuerdo a los objetivos institucionales.
	<b>4.1.5</b> Fomentar la formación de personal de enfermería y paramédico acorde a las necesidades de las redes de servicios.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
	<b>4.1.6</b> Impulsar el desarrollo de cursos de alta especialidad considerando las necesidades de atención de la población.	Se impartieron 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).
	<b>4.1.7</b> Mantener la formación de licenciatura y especialización de personal de enfermería	
	<b>4.1.8</b> Favorecer la profesionalización del personal de salud para mejorar la atención.	Al periodo que se informa, se profesionalizaron 88 trabajadores del Hospital, distribuidos de la siguiente manera: 83 Enfermeras, tres trabajadoras sociales y dos terapeutas.
<b>Estrategia 4.2:</b> Fortalecer la vinculación institucional con el sector educativo, para el desarrollo programas de enseñanza	<b>4.2.1</b> Participar en el diseño de los planes de estudio de medicina de alta especialidad.	Los profesores titulares de cada curso de alta especialidad, participan en la actualización de los programas académicos a convocatoria de la institución educativa.
	<b>4.2.2</b> Promover la actualización de los programas académicos de formación de especialistas para hacerlos acordes a la mejor evidencia disponible.	La actualización de los programas académicos de cada especialidad, depende de las universidades que las avalan, éstas son autónomas y no es posible modificarlos.
	<b>4.2.3</b> Promover el establecimiento de convenios entre las unidades coordinadas para la formación de personal en medicina y áreas afines.	Continúan los acuerdos entre los profesores titulares de los cursos universitarios de las diferentes instituciones, con la finalidad de promover las rotaciones externas más adecuadas los médicos residentes.
	<b>4.2.4</b> Difundir la información sobre la formación en farmacia, física médica, técnicos en imagenología diagnóstica y terapéutica, entre otras.	El Hospital carece de cursos enfocados a la capacitación y formación de farmacólogos clínicos, físicos médicos, así como de técnicos en imagenología.
	<b>4.2.5</b> Fomentar el desarrollo de programas de posgrado no clínico en las instituciones de alta especialidad.	No se cuenta con posgrado no clínico.
	<b>4.2.6</b> Favorecer el desarrollo de competencias de investigación y docentes en los programas de formación, educación continua y posgrados.	Se impartieron dos cursos de metodología de investigación para los profesionales de la salud como parte del programa de educación continua y para médicos residentes impartidos por la Dirección de Investigación y la Unidad de Enseñanza. Se impartió un curso de actualización docente de "Tecnología de la Salud" enfocado a habilidades docentes, impartido por la Escuela Nacional de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
	<b>4.2.7</b> 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.
	<b>4.2.8</b> Promover la formación especializada de profesionales de enfermería y paramédico.	
<b>4.2.9</b> Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza.	Se cuenta con convenios vigentes 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 en el Estado de Chiapas, Universidad Nacional Autónoma de México, la Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz, Hospital	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
		General "Dr. Manuel Gea González", Universidad Tecnológica de México, S.C., el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y St. Luke Escuela de Medicina.
<b>Estrategia 4.3:</b> Formar recursos humanos de alta especialidad en las entidades coordinadas	<b>4.2.10</b> Promover el establecimiento de convenios y el cumplimiento normativo en la enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado.  <b>4.3.1</b> Contar con programas de formación de especialistas con alta calidad y apegados a la normatividad en la materia.  <b>4.3.2</b> Mantener una tasa de retención superior al 80%.  <b>4.3.3</b> Actualizar los programas operativos considerando el adecuado cumplimiento de las actividades docentes.  <b>4.3.4</b> Favorecer la participación de los residentes en proyectos de investigación institucional.  <b>4.3.5</b> Evaluar la satisfacción de los médicos residentes.  <b>4.3.6</b> Apoyar el desarrollo profesional y la participación académicas internas y externas, nacionales e internacionales de los residentes y alumnos.  <b>4.3.7</b> Coordinar el intercambio de experiencias académicas y aportes de los residentes para la mejora de la formación.  <b>4.3.8</b> Coordinar la realización de eventos académico entre los residentes de las EC.  <b>4.3.9</b> Contar con mecanismos para dar seguimiento a los egresados de los programas de formación de las EC.	En los 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.  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, la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina del IPN.  Durante el 2016 se contó con una tasa de retención superior al 98.4%.  Los profesores titulares de los cursos de especialidad y alta especialidad, actualizaron los programas operativos de los cursos.  Al finalizar el curso de especialización y de alta especialidad, los médicos residentes presentan un trabajo de investigación.  La evaluación de la satisfacción de los médicos residentes, se obtiene hasta febrero, cuando culmina el programa académico de residentes.  Se continúa apoyando la participación de los médicos residentes en congresos con beca-tiempo.  Se realizaron sesiones generales con la asistencia de médicos residentes y sesiones de las divisiones médicas del Hospital.  Se colaboró con los jefes de residentes en la realización del IX Congreso de Médicos Residentes de los hospitales coordinados por la CCINSHAE.  El Hospital no cuenta con algún programa o estrategia de seguimiento de los médicos egresados.
<b>Estrategia 4.4:</b> Actualizar permanentemente al personal de los servicios de salud	<b>4.4.1</b> Realizar programas de educación continua para el personal de salud en beneficio de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.  <b>4.4.2</b> Desarrollar programas que desarrollen las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.  <b>4.4.3</b> Promover la perspectiva de género y no discriminación en los cursos de actualización del personal.  <b>4.4.4</b> Evaluar la satisfacción de los participantes y asistentes de los cursos de actualización  <b>4.4.5</b> Promover la permanencia del personal en formación.	Se contó con un Programa Anual de Actividades Académicas, donde se programaron 92 cursos de educación continua.  Durante el 2016, el Programa Anual de Actividades Académicas contempló 33 cursos directamente relacionados con las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.  En el 2016, se contó con una asistencia total de 5,414 a los cursos de educación continua, de los cuales 4,050 fueron mujeres.  Durante el periodo de reporte, se realizó la evaluación de la percepción de la calidad en el 9.1% de los cursos impartidos.  Existe dificultad para que los médicos en formación que prepara el Hospital, puedan quedarse como parte de la plantilla de médicos especialistas y solo con

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
		algunas plazas derivadas de renunciaciones o jubilaciones se contratan médicos dando preferencia a los egresados de la Institución.
	<b>4.4.6</b> 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. Cada una de las instancias organizadoras también difunde el programa por sus propios medios.
	<b>4.4.7</b> Fortalecer las competencias del personal de las unidades médicas coordinadas.	Durante el 2016, el Programa Anual de Actividades Académicas contempló 47 cursos directamente relacionados con las competencias y habilidades del personal.
	<b>4.4.8</b> 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.
	<b>4.4.9</b> Fomentar la capacitación administrativa del personal médico directivo.	Durante el periodo de reporte, el personal médico-directivo se capacitó en temas administrativos como: Liderazgo, Curso taller sobre mejora de los procesos, Control interno y Access.
<b>Estrategia 4.5:</b> Hacer de la investigación la base fundamental de la atención médica y de la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud	<b>4.5.1</b> Favorecer que la atención médica incorpore los avances científicos y la mejor evidencia disponible.	
	<b>4.5.2</b> 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 23 protocolos en proceso de años anteriores y se iniciaron diez protocolos más, todos en líneas de investigación alienadas a las prioridades nacionales de salud.
	<b>4.5.3</b> Colaborar con los programas de investigación para la prevención y atención de las prioridades nacionales en salud.	Durante el periodo de reporte se tienen 23 protocolos en proceso de años anteriores y se iniciaron diez protocolos más, todos en líneas de investigación alienadas a las prioridades nacionales de salud.
	<b>4.5.4</b> Contribuir al avance en los sistemas de salud incorporando los resultados de investigación.	
	<b>4.5.5</b> Participar actualización de guías de práctica clínica y protocolos de atención basados en resultados de investigación.	Hasta el momento no se reportan avances relevantes.
<b>Estrategia 4.6:</b> Fortalecer la infraestructura en equipo para la docencia en las instituciones de alta especialidad	<b>4.6.1</b> Establecer programas de incorporación y ampliación de equipamiento para el desarrollo de las actividades docentes.	Debido a la restricción presupuestal durante 2016, el Hospital no pudo establecer programas de modernización de equipamiento.
	<b>4.6.2</b> Contar con mantenimiento, evaluación y sustitución de la infraestructura y equipos para la docencia de las unidades coordinadas.	Mediante la celebración de convenios con Universidades, el Hospital obtuvo mobiliario para sustitución en las diferentes aulas.
	<b>4.6.3</b> Fomentar el desarrollo de las bibliotecas con énfasis en las modalidades que incorporan tecnologías de la comunicación.	El Centro de Integración de 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 la cual se acordó que el CIIMEIT sería el responsable de determinar la infraestructura de voz, datos, audio y video.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
		Se enviaron al titular de la Unidad de Enseñanza los anexos técnicos, propuestas económicas y cuadro resumen de costos estimados, con la finalidad de realizar el registro del proyecto de inversión denominado Biblioteca Virtual, en la Cartera de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	<b>4.6.4</b> Promover la capacitación y actualización del personal de bibliotecas.	
	<b>4.6.5</b> Mantener e incrementar el acervo bibliográfico e histórico de las instituciones coordinadas.	Debido a la restricción presupuestal en 2016, el Hospital no pudo establecer programas de modernización de equipamiento.
	<b>4.6.6</b> Apoyar el uso de equipos de cómputo para las actividades académicas de alumnos y residentes de acuerdo con la disponibilidad de recursos.	Se proporcionó soporte técnico especializado multimedia para la realización y desarrollo de sesiones generales, cursos, diplomados, foros y eventos especiales en el Auditorio, Aula Magna y salas de usos múltiples.
	<b>4.6.7</b> Orientar la atención al usuario de las bibliotecas institucionales, principalmente las digitales.	El Hospital carece de biblioteca digital, debido a que no se cuenta con la infraestructura necesaria por la falta de recursos. No obstante, el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica conjuntamente con la Dirección Médica y la Dirección 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.
	<b>4.6.8</b> Promover el intercambio ágil de bibliografía científica, educativa y relacionada con la salud.	Debido a las restricciones de presupuesto no ha sido posible avanzar en el proyecto de una biblioteca digital, que le permita formar parte de un sistema de intercambio bibliográfico entre bibliotecas del sector.
	<b>4.6.9</b> Promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el área de manejo de acervos bibliográficos.	Debido a las restricciones de presupuesto no ha sido posible avanzar en el proyecto de una biblioteca digital, que le permita formar parte de un sistema de intercambio bibliográfico entre bibliotecas del sector.
<b>Estrategia 4.7:</b> Apoyar la realización de las actividades docentes y académicas	<b>4.7.1</b> Establecer sistemas innovadores para el financiamiento de las actividades docentes de alta especialidad.	El Hospital tiene restricciones para contratar personal de apoyo en actividades docentes de alta especialidad, por lo tanto se recurre a los convenios de formación con la UNAM y el IPN para cubrir los salarios de los profesores.
	<b>4.7.2</b> Fomentar la colaboración público-privada para las actividades docentes en las instituciones de alta especialidad.	Se realizó el curso de actualización docente de "Tecnología de la Salud" enfocado a habilidades docentes, impartido por la Escuela Nacional de Medicina del ITESM, con la participación de los profesores de los cursos.
	<b>4.7.3</b> Hacer uso óptimo de las áreas de enseñanza.	Se cuenta con un calendario para la utilización de las aulas del Hospital, para el uso óptimo de las mismas.
	<b>4.7.4</b> Participar como sede de eventos académicos en la red de servicios.	El Hospital es sede permanente de cursos de actualización y de formación de recursos humanos para la salud.
	<b>4.7.5</b> 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,

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
		avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina de IPN.
	<b>4.7.6</b> Realizar acciones de coordinación con directivos de enseñanza de las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	<b>4.7.7</b> Apoyar las gestiones vinculadas con asignación de becas, programas de estímulos para alumnos y residentes	CCINSHAE
	<b>4.7.8</b> Favorecer los programas de rotaciones internas y externas para la adecuada formación y actualización de recursos humanos.	Acudieron al Hospital 480 médicos residentes provenientes de otros hospitales nacionales y del extranjero. Asimismo, 472 médicos residentes del Hospital acudieron a diversos hospitales del país y del extranjero para complementar su preparación.
	<b>4.7.9</b> Coordinar los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las actividades sustantivas de enseñanza.	CCINSHAE

**Resultados Objetivo 4:**

Indicador	Meta 2016		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Eficiencia terminal de médicos especialistas	100.0	100.0	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <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 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.</p> <p>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.</p>

			<p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador es adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador es adecuado.</p>
Percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes	<b>8.1</b>	---	<p>Por instrucciones de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, por primera ocasión la encuesta de satisfacción de los médicos residentes de los cursos de especialidad y alta especialidad dependientes de dicha Facultad se realizó en un formato electrónico en línea, lo que imposibilitó al Hospital el conocer los resultados de la misma.</p> <p>En comunicación telefónica se solicitó el resultado final de la calificación a la División de Estudios de Posgrado, la cual notificó que está aún se encuentra en proceso de revisión, derivado del número de residentes que coordina.</p>
Percepción de la calidad de los cursos de educación continua	<b>9.4</b>	<b>9.1</b>	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> No calcular adecuadamente la programación de las metas y no cumplir con el objetivo institucional. Dificultad para conocer la calidad de los cursos y la oportunidad de mejorarlos.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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.</p> <p>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.</p>
--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 5.- Impulsar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.</b>		
<b>Estrategia 5.1:</b> Desarrollar el programa de reconocimiento	<b>5.1.1</b> Elaborar la propuesta del sistema docente de las instituciones formadoras de recursos humanos especializados en salud.  <b>5.1.2</b> Proponer un sistema de incentivos al personal con actividades docentes en las instituciones de salud de alta especialidad.	CCINSHAE  La Unidad de Enseñanza contó con un programa de estímulos a la productividad y al rendimiento del personal académico de asignatura, el cual es proporcionado por la UNAM anualmente.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup>
<b>Objetivo 5.- Impulsar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.</b>		
del ejercicio docente.	<b>5.1.3</b> Favorecer el desarrollo institucional que fomente el desempeño y el reconocimiento de las actividades docentes.	La Unidad de Enseñanza contó con un programa de estímulos a la productividad y al rendimiento del personal académico de asignatura, el cual es proporcionado por la UNAM anualmente.
	<b>5.1.4</b> Desarrollar los criterios de ingreso y permanencia de docentes de alta especialidad, promoviendo la actualización continua del personal.	

**Resultados Objetivo 5:**

Indicador	Meta 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 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, personas de la tercera edad e indígenas; sin importar su clase social o derechohabiencia.

Se incorporó la calidad de la atención a la cultura institucional mediante el establecimiento de dos tópicos de auditoría clínica “Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología” y “Prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos”, apegado al modelo de auditoría clínica propuesto por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, con la finalidad de implementar barreras de seguridad para prevenir eventos adversos en los servicios donde se realizaron.

Para mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad; el Hospital reinstaló el “Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos (EMAEA)”, considerando para su integración, distintos perfiles profesionales que se encuentran inmersos en todo el proceso de atención. Asimismo, se actualizó el “Observatorio del Evento Adverso”, con la finalidad de mejorar el acceso a la herramienta y contar con una clasificación completa de los eventos.

A fin de detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros, la Unidad de Salud Mental atiende a personas que sufren violencia de género. También, se cuenta con una campaña denominada “Día naranja”, la cual promueve la no violencia contra las mujeres.

El Hospital participó en una compra consolidada de medicamentos, coordinado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), con la finalidad de asegurar el abastecimiento oportuno de medicamentos. Asimismo, se cuenta con una farmacia hospitalaria subrogada la cual abastece medicamentos, materiales de curación e insumos.

Se continúan brindando servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieren considerando las especialidades y capacidad instalada, otorgando un promedio de 1,000 consultas distribuidas en las 51 especialidades con las que cuenta. Además de realizar un total de 36,236 procedimientos de diagnóstico y terapéutico, de los cuales 34,563 fueron de diagnóstico y 1,673 terapéuticos.

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, tanto para las madres como sus productos. A través de la aplicación del Código se atendieron un total de 102 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 61% 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, en la cual se han incorporado pasantes de gerontología que favorece la capacidad de atención.

Se cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, que atiende a pacientes de Ortopedia, Neurología, Reumatología y Neurocirugía. Al periodo de reporte, se realizaron 141,969 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 se cuenta con un proyecto de inversión para adquirir un acelerador lineal.

El Hospital fomenta la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre, así como la donación de órganos para trasplantes, lo que le permite ser autosuficiente. Asimismo, apoya a otras instituciones con unidades de sangre.

Con el propósito de favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación, realizó una visita de evaluación a las instalaciones del Hospital, como parte del proceso del programa Hospital Seguro. Además, se actualizó el “Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres”, con el objetivo de mantener el correcto funcionamiento de las instalaciones.

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 elaboró una matriz de riesgos institucionales apegándose a los estándares críticos que marca el Consejo de Salubridad General. Además, se capacitó a 110 profesionales de la salud de diferentes servicios sobre la metodología de los estándares de certificación, con la finalidad de formar auditores internos y líderes de capítulo.

Se fomenta el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica a través de la capacitación a 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 elaboró el programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo para el ejercicio 2016, realizando el mantenimiento de los siguientes equipos: esterilizadores de vapor, equipos de radiología de la marca CMR y GMM, equipos de ultrasonido y Tomografía de la marca Philips, mesas quirúrgicas, lámparas de cirugía, monitores de signos vitales de la marca Criticare y

Spacelabs, equipo simulador marca Siemens, equipos de Endoscopía de las marcas Pentax y Olympus, equipos de la marca GE (Tomógrafo, Resonancia Magnética, Ultrasonidos, Equipos móviles de RX, centrífugas, Equipo de braquiterapia y la Unidad de Cobalto).

Además, se cuenta con el programa de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento del Hospital para el ejercicio 2016, realizando los siguientes mantenimientos a la infraestructura: mantenimiento a las celdas de cimentación, desazolve de pozos, adecuación del área de Urgencias Adultos, reparación de baños para usuarios, reparación de muros y plafones de diversas áreas del Hospital, impermeabilización y trabajos de pintura en señalizaciones en el área de azoteas.

Se elaboraron siete proyectos de inversión y se registraron en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la finalidad de renovar equipo del Hospital, siendo los siguientes: Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del HJM, Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del HJM, Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del HJM, Equipamiento para el Servicio de Endoscopía del HJM, Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del HJM, Equipamiento para el Área de Terapia Intensiva Pediátrica del HJM y Programa de sustitución de los elevadores del HJM.

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, con el objetivo de 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, el Hospital, conjuntamente con la Dirección General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud, contribuyó en la administración de los usuarios e instalación del aplicativo, para 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, personal del área del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica del Hospital, asistió al evento "TIC SALUD", con la finalidad de conocer soluciones tecnológicas de conectividad necesarias para la implementación de equipo de telemedicina. Asimismo, se realizó el análisis de las condiciones actuales de la infraestructura instalada y espacios disponibles dentro de la Institución, para 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 44 cursos de educación continua, enfocados cubrir las necesidades de conocimientos en los temas de salud, congruentes con los padecimientos que presentan los pacientes que atiende el Hospital en sus diferentes áreas y servicios.

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, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, contemplan en sus programas académicos y operativos el análisis completo e integral de los principales problemas nacionales de salud como: síndrome metabólico, padecimientos oncológicos, nefropatías, embarazo de alto riesgo y prematuridad.

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 diez de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina del IPN.

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, para los profesionales de la salud como parte del programa de educación continua y para médicos residentes impartidos por la Dirección de Investigación y la Unidad de Enseñanza.

El Hospital, promueve la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza, por lo que durante el 2016, se celebraron 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 en el Estado de Chiapas, Universidad Nacional Autónoma de México, la Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Universidad Tecnológica de México, S.C., el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y St. Luke Escuela de Medicina.

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 2016, con 33 cursos 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 concluyeron un total de 5,414 participantes de los cuales 4,050 fueron mujeres.

Para fomentar la capacitación administrativa del personal médico directivo de la Institución, se otorgaron los cursos de Liderazgo, Curso taller sobre mejora de los procesos, Control interno y Access.

Durante el 2016, se contó con 23 protocolos en proceso de años anteriores y se iniciaron diez protocolos más, todos 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, para 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, 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 la participación de los profesores de los cursos; 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 especialización y diez de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina de IPN, 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 480 médicos residentes provenientes del área metropolitana, interior de la república y del extranjero. Además, 472 médicos residentes de la Institución acudieron a diversos hospitales del país y del extranjero a complementar su preparación académica.

METAS E INDICADORES																											
Secretaría de Salud																											
Anexo 5																											
Unidad Administrativa u Órgano Desconcentrado																											
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO																											
Nombre del Programa de Acción Específico (PAE)																											
Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018																											
Objetivo del PAE																											
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica.																											
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.																											
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.																											
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.																											
Objetivo 5.- Impulsar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.																											
Periodo: trimestral, semestral y anual 2016																											
No.	PAE/MAE Estrategia	PAE/MAE Línea de Acción	Nombre del Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Meta 2016	Línea Base	Meta 2018	1er trimestre		2o. Trimestre		3er. Trimestre		4o. Trimestre		Acumulado		Comentario de las variaciones								
									Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado									
1	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.	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen los criterios de la NOM SSA 004 / Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	Porcentaje	414 / 504 x 100 = 82.1	86.5	427 / 520 x 100 = 82.1											Meta actualizada conforme a registro de la MR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.								
2		1.1.2. Promover la implementación del expediente clínico electrónico apegado a las normas para contar con registros médicos de calidad.																								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.	
3		1.1.3. Incorporar la calidad de la atención a la cultura institucional en las entidades coordinadas.																									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.
4		1.1.4. Mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad.																									RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.
5		1.1.5. Detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros.																									ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.
6		1.1.6. Favorecer el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.																									Meta actualizada conforme a registro de la MR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.
7		1.1.7. Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes.																									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.
8		1.1.8. Contar con comités hospitalarios correspondientes para promover la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.																									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.
9		1.1.9. Incluir a los profesionales de la salud acorde con necesidades actuales de operación de los servicios de salud.																									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.
10		1.1.10. Impulsar la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes.																									RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El

11	1.2.1. Atender a la población que lo demande, principalmente a grupos vulnerables evitando el rechazo.	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen los criterios de la NOM SSA 004 / Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	Porcentaje	$414 / 504 \times 100 = 82.1$	86.5	$427 / 520 \times 100 = 82.1$	82.1	95.7	82.1	92.3	82.1	91.7	82.1	82.8	82.1	82.8	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.  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.  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.
12	1.2.2. Brindar servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieran considerando las especialidades y capacidad instalada.																	
13	1.2.3. Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y corta estancia.																	
14	1.2.4. Promover el enfoque preventivo en la atención a la salud acorde a la vocación de servicio.																	
15	1.2.5. Fortalecer la atención por personal especializado a pacientes y/o usuarios receptores de violencia familiar, género y trata de personas.																	
16	1.2.6. Impulsar la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida.	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación.	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad / Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo de reporte x 100	Porcentaje	$17,000 / 18,000 \times 100 = 94.4$	94.5	$17,140 / 18,150 \times 100 = 94.4$	94.4	91.5	94.4	91.6	94.4	92.1	94.4	92.4	94.4	92.4	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.  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.  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 especializada con calidad a sus enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos complejos, lo cual incrementó el número de pacientes hospitalizados.  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.
17	1.2.7. Vigilar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.																	
18	1.2.8. Fortalecer el enfoque preventivo en la atención acorde a la vocación institucional.																	
19	1.2.9. Favorecer la atención integral, considerando la salud mental y el apoyo psiquiátrico de enlace.	Tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia.	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	Tasa	$720 / 102,000 \times 1000 = 7.1$	6.2	$650 / 102,000 \times 1000 = 6.4$	7.1	6.8	7.1	6.4	7.1	5.9	7.1	5.5	7.1	5.5	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.  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 los sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.  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.  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.



33	1.5.1 Atender casos de alto riesgo materno-infantil, enfermedades crónicas, malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad, entre otras	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen los criterios de la NOM SSA 004 / Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	Porcentaje	414 / 504 x 100 = 82.1	86.5	427 / 520 x 100 = 82.1	82.1	95.7	82.1	92.3	82.1	91.7	82.1	82.8	82.1	82.8	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.  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.  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.  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.
34	1.5.2 Dar atención a la población de adultos mayores a fin de mejorar su calidad de vida.																	
35	1.5.3 Orientar la atención a las diferentes etapas de la vida considerando las capacidades resolutivas de las unidades médicas.																	
36	1.5.4 Promover grupos multidisciplinarios para atender a víctimas de violencia familiar y de género, trata de personas, entre otros.																	
37	1.5.5 Atender padecimientos que requieran de alta especialidad prioritariamente a pacientes con obesidad, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, entre otros.	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación.	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad / Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo de reporte x 100	Porcentaje	17,000 / 18,000 x 100 = 94.4	94.5	17,140 / 18,150 x 100 = 94.4	94.4	91.5	94.4	91.6	94.4	92.1	94.4	92.4	94.4	92.4	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.  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.  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.  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.  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.
38	1.5.6 Favorecer los procesos de rehabilitación de los pacientes que lo requieran, limitando la discapacidad y promoviendo la reinserción social.																	
39	1.5.7 Realizar prevención, diagnóstico oportuno y atención médica para cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata y otros en niños y adolescentes.																	
40	1.5.8 Propiciar la creación de áreas de atención psiquiátrica y de salud mental en la atención de pacientes.																	
41	1.6.1 Impulsar esquemas descentralización de los servicios de atención médica.	Tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia.	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	Tasa	720 / 102,000 x 1000 = 7.1	6.2	650 / 102,000 x 1000 = 6.4	7.1	6.8	7.1	6.4	7.1	5.9	7.1	5.5	7.1	5.5	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.  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.  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.  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.  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.
42	1.6.6 Favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.																	
43	1.6.7 Coordinar la generación e implementación de modelos de gestión hospitalaria.																	
44	1.6.8 Propiciar la participación en los comités de las redes de servicios a las que pertenezcan.																	



53	2.1.1 Participar en la integración de los lineamientos para integrar un padrón de usuarios y pacientes.	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4.	Número de pacientes identificados en el periodo con clasificación socioeconómica inferior a 4 / Pacientes con estudios socioeconómicos realizados en el periodo x 100	Porcentaje	18,200 / 18,400 x 100 = 98.9	17,836 / 18,032 x 100 = 98.9	98.9	99.1	98.9	99.2	98.9	99.2	El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 0.3% en el porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4, con relación a la meta programada de 98.9%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que, a pesar de haber tenido un cumplimiento del 99.2%, no se alcanzaron las metas en ambas variables en un 4.7% y 5% respectivamente, a causa de la disminución del personal de Trabajo Social por incapacidad, comisión sindical, licencias, salida de trabajadoras del área y discapacidad visual.  EFECTO: Se atiende 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.				
54	2.1.2 Promover la difusión de los mecanismos para la atención de pacientes.																
55	2.1.3 Impulsar la aplicación de criterios de clasificación socioeconómica homogéneos con las diversas instituciones.																
56	2.1.4 Promover la consolidación y conclusión del expediente clínico electrónico para facilitar el acceso a la información.																
57	2.1.5 Impulsar la revisión de la operación y actualización del intercambio de servicios con entre las distintas instituciones.	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud.	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional / Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación x 100	Porcentaje	260 / 34,000 x 100 = 0.8	300 / 34,500 x 100 = 0.9	0.8	1.5	0.8	1.6	0.8	3.6	29.5	4.4	29.5	4.4	Nota: Meta actualizada conforme a registro de la MIR 2016 ante la SHCP para reflejar la operación institucional. Meta trimestral 12.3%.  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.  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 aperturar expedientes a pacientes cuyo diagnóstico justifica continuar con su atención de especialidad.  Cabe señalar, que todos los pacientes que requieren atención en la consulta externa de alguna especialidad y urgencias, son atendidos sin excepción alguna.  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.  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.
58	2.1.6 Promover los procesos de acreditación, la certificación y recertificación de las unidades coordinadas cumpliendo los estándares de calidad.																
59	2.2.1 Revisar las carteras de servicios considerando las necesidades y prioridades de salud de la población.																
60	2.2.2 Difundir las carteras de servicios de las unidades médicas especializadas para favorecer el uso adecuado de los mismos.	Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.	Total de ingresos propios obtenidos atención a pacientes por convenios / Ingresos propios obtenidos por atención médica x 100	Porcentaje	85,000 / 90,000 x 100 = 94.4	42.8%	85,000 / 100,000 x 100 = 85.0	94.4	179.0	94.4	118.0	94.4	118.0	El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 25%, 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 de 94.4%.  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.  EFECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Captar un mayor número de ingresos permite la adquisición de bienes y servicios, y renovación de equipos, para brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.			
61	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.																
62	2.2.4 Informar a la población sobre la cartera de servicios de alta especialidad que prestan las EC para su uso adecuado.																
63	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.																
64	2.2.6 Promover el uso de tecnologías de la información para la atención y orientación de usuarios y pacientes.																



















## Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2016. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 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 - diciembre</u> 2016							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: <u>NAW</u>							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							
INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"</b>							
FIN (1)	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	12.3	12.3	4.4	64.2	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 apertura 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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			
PROPOSITO (2)	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	94.4	94.4	92.4	2.1	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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>Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	91.3	91.3	83.9	8.1	<p><b>AMARILLO</b></p> <p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 8.1% en porcentaje de usuarios con percepción 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Deterioro de la imagen del Hospital e incremento de las quejas por una atención e información inadecuada.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Capacitar al personal con funciones directas en la atención del paciente en el aspecto de trato digno a los usuarios.</p>
	<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</p>	2,191	2,191	2,014		
	<p>Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100</p>	2,400	2,400	2,400		
COMPONENTE (4)	<p>Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	100.0	100.0	100.0	0.0	<p><b>VERDE</b></p> <p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 15.8%, 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El retraso en el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas programadas para cada paciente propicia una 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><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales.</p>
	<p>Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas</p>	168,084	168,084	141,969		
	<p>Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100</p>	168,084	168,084	141,969		
COMPONENTE (5)	<p>Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	86.6	86.6	52.1	39.8	<p><b>ROJO</b></p> <p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Incremento en el diferimiento en las citas otorgadas y saturación de los servicios médicos de alta especialidad.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales. 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>
	<p>Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución</p>	9,472	9,472	18,012		
	<p>Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100</p>	10,932	10,932	34,563		
COMPONENTE (6)	<p>Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	79.9	79.9	75.4	5.6	<p><b>AMARILLO</b></p> <p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 ininterrompida 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><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Mayor diferimiento para el otorgamiento de citas, disminución en la calidad en la atención por un número mayor de pacientes.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales. 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>
	<p>Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución</p>	506	506	1,262		
	<p>Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100</p>	633	633	1,673		

	<p><b>Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)</b> <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b></p>	98.8	98.8	101.8	3.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 Vascular 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>
COMPONENTE (7)	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	219,850	219,850	226,568			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta) x 100	222,500	222,500	222,500			
COMPONENTE (8)	<p><b>Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos</b> <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b></p>	91.3	91.3	86.3	5.5	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>
	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			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Deterioro de la imagen del Hospital e incremento de las quejas por una atención o información inadecuada.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Capacitar al personal con funciones directas en la atención del paciente en el aspecto de trato digno a los usuarios.</p>
	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	600	600	600			
COMPONENTE (9)	<p><b>Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004</b> <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b></p>	82.1	82.1	82.8	0.9	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>
	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	414	414	429			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	504	504	518			
COMPONENTE (10)	<p><b>Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas</b> <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b></p>	66.7	66.7	66.7	0.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>
	Número de auditorías clínicas realizadas	2	2	2			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de auditorías clínicas programadas x 100	3	3	3			

	<p>Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	82.7	82.7	90.9	9.9	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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>
COMPONENTE (11)	Número de días paciente durante el periodo	117,120	117,120	130,898			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> Limitación en la capacidad de respuesta de los servicios médicos para atender situaciones de contingencias epidemiológicas y/o desastres de diversa naturaleza.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> 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 bloque de camas. Mejorar la referencia y contrareferencia con otras instituciones a nivel de urgencias.</p>
	Número de días cama durante el periodo x 100	141,642	141,642	143,964			
	<p>Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	5.7	5.7	5.7	0.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 una 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>
COMPONENTE (12)	Número de días estancia	102,000	102,000	111,252			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Total de egresos hospitalarios	18,000	18,000	19,646			
	<p>Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	70.0	70.0	71.6	2.3	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que 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>
ACTIVIDAD (13)	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	8,855	8,855	8,660			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	12,650	12,650	12,090			
	<p>Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000</p>	7.1	7.1	5.5	22.5	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> 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 apoyo 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 NICC 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>
ACTIVIDAD (14)	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	720	720	611			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	102,000	102,000	111,252			

### Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, del **Programa Presupuestal E023 “Atención a la salud”**, se reportaron un total de 14 indicadores, los cuales se situaron en la siguiente semaforización.

Programa Presupuestal	Semaforización			Total de Indicadores
	Verde	Amarillo	Rojo	
E023 “Atención a la salud”	7	4	3	14

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestran **los indicadores que no alcanzaron la meta programada ubicándose en semáforo rojo** y se describen las causas de la variación de los resultados; asimismo, se muestran las acciones que se implementarán para mejorar sus resultados.

Cabe señalar, que la numeración de los indicadores corresponde al número asignado en la Matriz de Indicadores para Resultados (**MIR**) y la variación de los resultados se refleja con base en los parámetros de semaforización establecidos en las Fichas Técnicas de cada uno de los indicadores.

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
1	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional.	12.3	4.4	64.2	Inferior	Esta variación se debió a que a un 4.4% (1,426) pacientes referidos por otras instituciones públicas de salud se les abrió expediente clínico institucional, cumplimiento inferior respecto a la meta programada de 12.4% (1,426) pacientes referidos con apertura de expediente clínico institucional programados. Derivado de sólo generar expediente clínico a pacientes cuyo diagnóstico justifica continuar con su atención en el Hospital. Cabe señalar que todos los pacientes que requieren atención en el Hospital, son atendidos sin excepción alguna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

5	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados.	86.6	52.1	39.8	Inferior	<p>Este resultado se debió a que se consideró que el 86.6% de los procedimientos ambulatorios serían de alta especialidad; sin embargo, solamente el 52.1% de los procedimientos lo fue.</p> <p>No obstante, se tiene un mejor registro de los procedimientos de diagnóstico realizados a partir de junio, logrando realizar al periodo de reporte un total de 34,563 procedimientos de diagnóstico realizados, de los cuales 18,012 fueron de alta especialidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar todos los factores para mejorar la programación de las metas y cumplir con los objetivos institucionales.</li> <li>• 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.</li> </ul>
14	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria).	7.1	5.5	22.5	Inferior	<p>El resultado de este indicador se debió a que se disminuyó la tasa de infección nosocomial a 5.5 con relación a la meta programada de 7.1, debido a que se registraron menos episodios (109) con relación a los 720 programados, a causa del seguimiento que se ha dado al apego de los paquetes de medidas preventivas en el Hospital, lo que disminuyó las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico, así como el uso de la herramienta INICC la cual permitió fortalecer la vigilancia de cohorte y de resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el cumplimiento de los mecanismos de supervisión para estimar la meta de infecciones asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con base en la implementación de medidas preventivas y de control.</li> </ul>

## 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			
	2015			2016			2015		2016	
	Autorizado	Modificado	Ejercido	Autorizado	Modificado	Ejercido	Captados	Ejercidos	Captados	Ejercidos
<b>1000</b>	875,842	846,208	846,208	891,906	907,388	907,388	0	0	0	0
<b>2000</b>	155,133	182,953	182,953	172,813	183,650	183,650	76,708	76,708	55,820	58,252
<b>3000</b>	157,015	151,980	151,980	185,435	252,050	252,050	129,651	129,651	149,240	150,381
<b>4000</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>5000</b>	0	0	0	0	0	0	8,699	8,699	29,744	29,744
<b>6000</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>7000</b>	100	157	157	96	96	96	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1,188,090</b>	<b>1,181,298</b>	<b>1,181,298</b>	<b>1,250,250</b>	<b>1,343,184</b>	<b>1,343,184</b>	<b>215,058</b>	<b>215,058</b>	<b>234,804</b>	<b>238,377</b>

#### Comportamiento presupuestal.

En el ejercicio 2016, se contempló un presupuesto modificado de \$1,577,988 miles de pesos, integrado por los recursos federales e ingresos propios, ejerciéndose para la operación del Hospital un importe de \$1,581,561 miles de pesos, lo que representa un 100.2% respecto al presupuesto modificado, derivado de la disponibilidad inicial autorizada al Hospital por un importe de \$3,573,452.00 para este ejercicio fiscal.

El presupuesto ejercido de \$1,581,561 miles de pesos, corresponde a presupuesto pagado.

Para el periodo de reporte de enero a diciembre de 2016, se estimó captar ingresos por la cantidad de \$250,000 miles de pesos, logrando captar ingresos por un monto de \$234,804 miles de pesos, alcanzando el 94% respecto a lo estimado.

En comparación con el ejercicio 2015, la captación de recursos tuvo un incremento en \$19,746 miles de pesos, lo que representa el 9.1%.

#### Capítulo 1000 "Servicios Personales".

Los recursos fiscales modificados ascendieron a un total de \$907,388 miles de pesos, ejerciéndose al 100%.

**Capítulo 2000 “Materiales y Suministros”.**

Los recursos modificados ascendieron a \$239,470 miles de pesos, ejerciéndose \$241,902 miles de pesos, lo que representa el 100.1% respecto al presupuesto modificado, derivado de la disponibilidad autorizada.

**Capítulo 3000 “Servicios Generales”.**

Los recursos modificados ascendieron a \$401,290 miles de pesos, ejerciéndose \$402,431 miles de pesos, lo que representa el 100.2% respecto al presupuesto modificado, derivado de la disponibilidad autorizada.

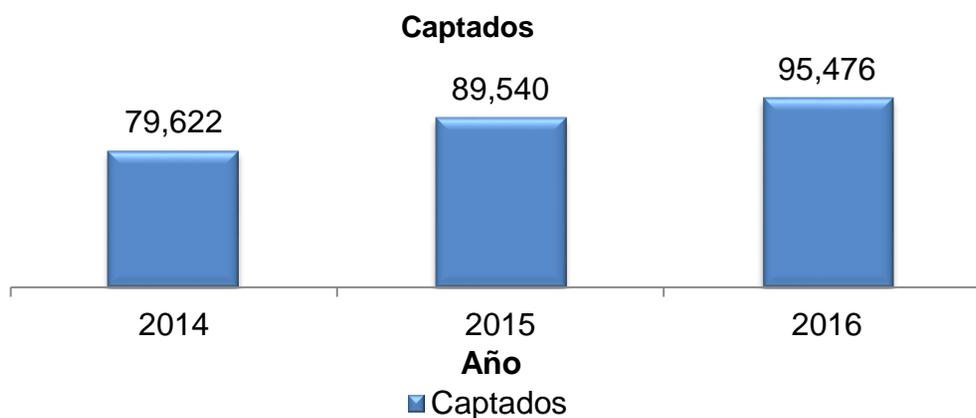
**Capítulo 5000 “Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles”.**

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

**Capítulo 7000 “Otras Erogaciones”.**

Los recursos modificados ascendieron a \$96 miles de pesos, ejerciéndose al 100%.

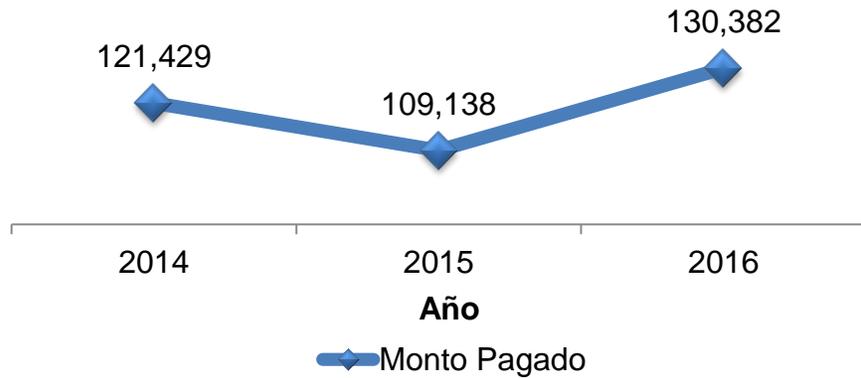
**Ingresos por Cuotas de Recuperación  
(Miles de Pesos)**



Ingresos	2015	2016	Incremento
Captados	89,540	95,467	6.6%
Ejercidos	89,540	95,467	
Cumplimiento	100%	100%	

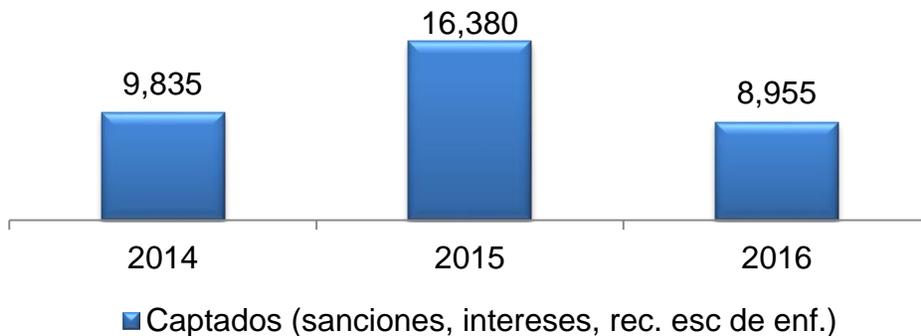
Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se captaron ingresos por cuotas de recuperación por un importe total de \$95,476 miles de pesos, mostrando un incremento en un 6.6% con relación a los ingresos captados en el mismo periodo de 2015, que fueron de \$89,540 miles de pesos.

**Ingresos por Seguro Popular**  
Miles de Pesos



Al término del periodo de reporte, se captaron ingresos de Seguro Popular por un importe de \$130,382 miles de pesos, los cuales contemplan \$26,679 miles de pesos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud destinados al capítulo 5000.

**Otros Ingresos Propios**  
Miles de Pesos



Durante el 2016, se captaron ingresos propios por un importe de \$8,955 miles de pesos por concepto de sanciones a proveedores, intereses bancarios, recursos por parte de la escuela de enfermería y CONACyT, mostrando una disminución de un 45% con relación a los captados en el mismo periodo de 2015, que fueron de \$16,380 miles de pesos

**Estados Financieros comparativos.**

La información financiera que se presenta, informa cifras definitivas.

## Indicadores Financieros.

Al cierre del ejercicio 2016, el Estado de Situación Financiera del Hospital muestra un índice de liquidez de \$0.26 (veintiséis centavos) por cada peso de adeudo y una solvencia inmediata de \$0.76 (setenta y seis centavos). Cabe señalar, que se refleja en el rubro de pasivo las obligaciones contraídas con los proveedores por contratos plurianuales. Es importante mencionar, que el gasto de operación se ha ejercido al cien por ciento mes con mes.

## Balance General.

 <b>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</b> <b>ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA</b> <b>AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016 Y 2015</b> <b>(Cifras en Pesos)</b>					
ACTIVO	2016	2015	PASIVO	2016	2015
<b>Activo Circulante</b>			<b>Pasivo Circulante</b>		
Efectivo y Equivalentes	8.844.995	12.633.996	Cuentas por Pagar a Corto Plazo	31.878.946	46.405.243
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	0	0	Documentos por Pagar a Corto Plazo	0	0
Derechos a Recibir Bienes o Servicios Inventarios	17.010.735	6.028	Porción a Corto Plazo de la Deuda Pública a Largo Plazo	0	0
Almacenes	20.457.595	19.623.901	Títulos y Valores a Corto Plazo	0	0
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos Circulantes	-610.240	-610.240	Pasivos Diferidos a Corto Plazo	0	0
Otros Activos Circulantes	0	0	Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o Administración a Corto Plazo	0	0
<b>Total de Activos Circulantes</b>	<b>45.703.085</b>	<b>31.653.685</b>	Provisiones a Corto Plazo	0	0
			Otros Pasivos a Corto Plazo	2.025.935	4.638.526
			<b>Total de Pasivos Circulantes</b>	<b>33.904.881</b>	<b>51.043.769</b>
<b>Activo No Circulante</b>			<b>Pasivo No Circulante</b>		
Inversiones Financieras a Largo Plazo	0	0	Cuentas por Pagar a Largo Plazo	0	0
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes a Largo Plazo	0	0	Documentos por Pagar a Largo Plazo	0	0
Bienes Inmuebles, Infraestructura y Construcciones en Proceso	1.326.264.362	1.324.209.110	Deuda Pública a Largo Plazo	0	0
Bienes Muebles	429.101.515	422.453.556	Pasivos Diferidos a Largo Plazo	0	0
Activos Intangibles			Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o en Administración a Largo Plazo	0	0
Depreciación, Deterioro y Amortización Acumulada de Bienes	-555.735.840	-535.211.880	Provisiones a Largo Plazo	0	0
Activos Diferidos	0	0	<b>Total de Pasivos No Circulantes</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos no Circulantes	0	0			
Otros Activos no Circulantes	0	0	<b>Total del Pasivo</b>	<b>33.904.881</b>	<b>51.043.769</b>
<b>Total de Activos No Circulantes</b>	<b>1.199.630.037</b>	<b>1.211.450.786</b>	<b>HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO</b>		
<b>Total del Activo</b>	<b>1.245.333.122</b>	<b>1.243.104.471</b>	<b>Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido</b>	<b>631.075.974</b>	<b>625.957.140</b>
			Aportaciones	607.564.183	607.564.183
			Donaciones de Capital	23.511.791	18.392.957
			Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0
			<b>Hacienda Pública/Patrimonio Generado</b>	<b>580.352.267</b>	<b>566.103.562</b>
			Resultados del Ejercicio (Ahorro/ Desahorro)	13.115.051	-29.087.809
			Resultados de Ejercicios Anteriores	-239.856.787	-210.768.977
			Revalúos	800.362.231	800.362.231
			Reservas	0	0
			Rectificaciones de Resultados de Ejercicios Anteriores	6.731.771	5.598.117
			Exceso o Insuficiencia en la Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0
			Resultado por Posición Monetaria	0	0
			Resultado por Tenencia de Activos no Monetarios	0	0
			<b>Total Hacienda Pública/Patrimonio</b>	<b>1.211.428.241</b>	<b>1.192.060.702</b>
			<b>Total del Pasivo y Hacienda Pública/Patrimonio</b>	<b>1.245.333.122</b>	<b>1.243.104.471</b>

Las cuentas de disponibilidad inmediata en caja, bancos y valores al periodo que se informa presentan un saldo de \$8,845 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 ejercicio de 2016 contra el ejercicio de 2015, se comentan a continuación:

La disponibilidad inmediata presenta un decremento neto de \$3,789 miles de pesos, derivado principalmente de los pagos realizados a los proveedores de bienes y servicios del Hospital.

Almacenes presenta un saldo de \$19,847 miles de pesos y un aumento neto de \$833 miles de pesos, derivado principalmente por la entrega de bienes de consumo contratados por el Hospital.

El total de pasivo circulante, presenta un saldo de \$33,905 miles de pesos integrado por \$7,307 miles de pesos de proveedores de bienes y servicios, \$24,572 miles de pesos de acreedores y \$2,026 miles de pesos de otros pasivos, comparado con el mismo periodo de 2015 que tenía un saldo de \$51,044 miles de pesos, se presenta una disminución de las obligaciones de pago por \$17,139 miles de pesos, derivado de los pagos en tiempo y forma a proveedores de bienes y servicios.

El patrimonio presenta un incremento al periodo que se informa derivado principalmente por las donaciones recibidas de bienes muebles.

## Estado de Actividades.

<b>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</b>		<b>2016</b>	<b>2015</b>
<b>ESTADO DE ACTIVIDADES</b>			
<b>DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016 Y 2015</b>			
<b>(Cifras en Pesos)</b>			
<b>INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS</b>			
<b>Ingresos de la Gestión:</b>		<b>95.466.692</b>	<b>89.540.196</b>
Impuestos		0	0
Cuotas y Aportaciones de Seguridad Social		0	0
Contribuciones de Mejoras		0	0
Derechos		0	0
Productos de Tipo Corriente		0	0
Aprovechamientos de Tipo Corriente		0	0
Ingresos por Venta de Bienes y Servicios		95.466.692	89.540.196
Ingresos no Comprendidos en las Fracciones de la Ley de Ingresos Causados en Ejercicios Fiscales Anteriores Pendientes de Liquidación o Paço		0	0
<b>Participaciones, Aportaciones, Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas</b>		<b>1.343.184.174</b>	<b>1.181.298.108</b>
Participaciones y Aportaciones			
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		1.343.184.174	1.181.298.108
<b>Otros Ingresos y Beneficios</b>		<b>146.359.042</b>	<b>171.403.444</b>
Ingresos Financieros		883.606	697.038
Incremento por Variación de Inventarios		0	0
Disminución del Exceso de Estimaciones por Pérdida o Deterioro u Obsolescencia		0	0
Disminución del Exceso de Provisiones		0	0
Otros Ingresos y Beneficios Varios		145.475.436	170.706.406
<b>Total de Ingresos y Otros Beneficios</b>		<b>1.585.009.908</b>	<b>1.442.241.748</b>
<b>GASTOS Y OTRAS PÉRDIDAS</b>			
<b>Gastos de Funcionamiento</b>		<b>1.545.300.786</b>	<b>1.445.404.536</b>
Servicios Personales		906.220.291	842.314.742
Materiales y Suministros		240.689.453	287.979.202
Servicios Generales		398.391.042	315.110.592
<b>Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
Transferencias Internas y Asignaciones al Sector Público		0	0
Transferencias al Resto del Sector Público		0	0
Subsidios y Subvenciones		0	0
Ayudas Sociales		0	0
Pensiones y Jubilaciones		0	0
Transferencias a Fideicomisos, Mandatos y Contratos Análogos		0	0
Transferencias a la Seguridad Social		0	0
Donativos		0	0
Transferencias al Exterior		0	0
<b>Participaciones y Aportaciones</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
Participaciones		0	0
Aportaciones		0	0
Convenios		0	0
<b>Intereses, Comisiones y Otros Gastos de la Deuda Pública</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
Intereses de la Deuda Pública		0	0
Comisiones de la Deuda Pública		0	0
Gastos de la Deuda Pública		0	0
Costo por Coberturas		0	0
Apoyos Financieros		0	0
<b>Otros Gastos y Pérdidas Extraordinarias</b>		<b>26.594.071</b>	<b>25.925.021</b>
Estimaciones, Depreciaciones, Deterioros, Obsolescencia y Amortizaciones		26.394.319	25.733.318
Provisiones		0	0
Disminución de Inventarios		0	0
Aumento por Insuficiencia de Estimaciones por Pérdida o Deterioro y Obsolescencia		0	0
Aumento por Insuficiencia de Provisiones		0	0
Otros Gastos		199.752	191.703
<b>Inversión Pública</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
Inversión Pública no Capitalizable			
<b>Total de Gastos y Otras Pérdidas</b>		<b>1.571.894.857</b>	<b>1.471.329.557</b>
<b>Resultados del Ejercicio (Ahorro/Desahorro)</b>		<b>13.115.051</b>	<b>-29.087.809</b>

### Estado de Actividades.

Al cierre del ejercicio de 2016, alcanzó un efecto positivo de \$13,115 miles de pesos, derivado principalmente por la disponibilidad inicial de ejercicios anteriores que la SHCP autorizó para ejercer en 2016, cabe señalar que fue utilizada para hacer frente a la presión de gasto del Hospital.

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

El cumplimiento de este punto se encuentra enunciado en el apartado de la Dirección de Planeación Estratégica

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

Tipo de procedimiento de contratación	No. de procedimientos	Monto total (miles de pesos antes de I.V.A)
Licitaciones Públicas Nacionales.	13	251,981
Licitaciones Públicas Internacionales	15	243,334
Contrataciones Dictaminadas Procedentes por el Comité (Fracciones I, III, VIII, XI, Segundo Párrafo X, XIII, XIV XV, XVII, XVIII y XIX del Art. 41 de la LAASSP).	13	39,701
Contrataciones correspondientes a los casos de las fracciones: II, IV, V, VI, VII, IX PRIMER PÁRRAFO, XI, XII y XX del artículo 41 de la Ley.	3	9,575
Invitaciones a cuando menos tres personas (Artículo 42 y 43 de la LAASSP).	5	5,270
Adjudicaciones Directas (Artículo 42 de LAASSP)	657	44,800
Adjudicaciones Directas por monto realizadas por las Unidades Administrativas (artículo 42 segundo párrafo de la LAASSP).	1	72
<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>594,733</b>

### 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.

### Cadenas Productivas.

Durante el 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, reportando un acumulado de 524 proveedores registrados en este programa, 176

proveedores con cuentas por pagar registradas, 5,767 documentos registrados con un monto total de \$440,760 (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).**

<b>Concepto</b>	<b>Unidad</b>	<b>Consumo por unidad programado 2016</b>	<b>Consumo por unidad realizado 2016</b>	<b>Variación por unidad</b>
Energía eléctrica	KWS	4,095,384	4,372,358	7%
Fotocopiado	COPIA	1,400,000	1,524,592	9%
Agua potable	M <sup>3</sup>	115,616	123,425	7%
Telefonía local y larga distancia	PESOS	371,500	334,825	-10%
Gasolina	LITRO	14,000	12,177	-13%

**Energía Eléctrica.** Se reporta un incremento en un 7% con relación a la meta programada, lo que representa un importe de \$421 miles de pesos; sin embargo, el Hospital realizó los siguientes trabajos para la disminución del consumo: aprovechamiento de luz natural en diversas áreas del Hospital, se continuó con los trabajos de mantenimiento preventivo a las subestaciones eléctricas bajo la Nom-001-Sede-2012; se continúa con el uso de lámpara 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 9% respecto a la meta programada, lo que representa un importe de \$28 miles de pesos, este incremento se debió a que se tuvieron 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 y la implementación de marcar copias de documentos de manera digital.

**Agua Potable.** Se reporta un incremento en un 7% respecto a la meta programada, lo que representa un importe de \$710 miles de pesos, este incremento se debió a las fugas detectadas en diversas áreas del Hospital, sin embargo se monitoreó el consumo de agua, la reparación de baños y el cambio de elementos hidráulicos de mejor calidad.

**Telefonía local y de larga distancia.** Se reporta una disminución en un 10% con relación a la meta programada, lo que representa un importe de \$37 miles de pesos. derivado de la implementación de acciones para la disminución del consumo, tales como: la restricción de líneas telefónicas, la concientización al personal sobre el uso racional del servicio, así como el monitoreo de las áreas con mayor consumo.

Gasolina. Se reporta un ahorro en un 13% con relación a la meta anual programada, lo que representa un importe de \$24 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 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 realizó las siguientes actividades:

- Se registró en el Sistema SWIPPSS-PGCM, el reporte correspondiente al cuarto trimestre de 2016, del reporte de los avances en resultados de los indicadores y compromisos pactados en bases de colaboración suscritas en el marco del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, previa validación de los 17 enlaces de la DGPOP responsables de cada tema del PGCM.
- Se dio cumplimiento a la solicitud de información del Director General Adjunto de la DGPOP, en relación a requisitar el Formato de “Evidencias- Compromisos del PGCM”.

Respecto al avance en las metas comprometidas conforme a los Indicadores del PGCM, en todos los indicadores se cumplió con las metas establecidas para 2016 con excepción de dos indicadores, el IAI.1 Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas que reporta un avance del 96.3%, comprometiendo ser del 100%, presenta una diferencia del 3.6%; y el IAR.1 Porcentaje de archivo de concentración liberado que reporta un avance del 25.5%, debiendo ser del 26.5%, presenta una diferencia de 1%.

A continuación se listan todos los indicadores del PGCM del Hospital Juárez de México con los avances de cumplimiento correspondientes:

### Indicadores que cumplieron la meta

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$[(A) / (B + C)] * 100$		
Archivo	IAR.2	Porcentaje de expedientes actualizados del archivo de trámite	2.01331	2.00	SI
Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Departamento de Adquisiciones	ICP.1	Porcentaje de procedimientos de contratación competidos con posibilidad de recibir proposiciones de manera electrónica	100	100.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B)$		
Departamento de Adquisiciones	ICP.2	Índice de estrategias de contratación instrumentadas	1	1.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Departamento de Integración Presupuestal	Ilel.2	Porcentaje de cumplimiento de las dependencias y entidades respecto al seguimiento del ejercicio de programas y proyectos de inversión	100	100.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Departamento de Análisis Costos y Productividad	IMR.3	Porcentaje de normas internas simplificadas	95.45455	72.70	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Todas las Direcciones de área del Hospital	IOR.1	Unidades administrativas orientadas a objetivos estratégicos	100	100.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A * 100) / B$		
Jefatura de División de Calidad y Servicios de Apoyo	IPC.1	Porcentaje de propuestas de los sectores privado y social atendidas	100	100.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Unidad de Transparencia del Hospital	IPT.1	Acciones de transparencia focalizada	90	90.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Unidad de Planeación y Evaluación	IPbR.1	Porcentaje de Pp con información de desempeño con un nivel de logro satisfactorio	71.43	67.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Jefatura de Organización y Gestión de Procesos y Transparencia	IPRO.1	Porcentaje de procesos prioritarios optimizados	50	50.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
Subdirección de Recursos Humanos	IRH.1	Recursos humanos profesionalizados	100	60.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
CIIMEIT	ITIC.1	Trámites y servicios digitalizados	100	100.00	SI

En este indicador, el avance del 100% se cumplió desde el 2015

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
CIIMEIT	ITIC.2	Procesos administrativos digitalizados	50	50.00	SI

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A / B) * 100$		
CIIMEIT	ITIC.3	Índice de datos abiertos	66.66667	0.00	SI

**Indicadores que no cumplieron la meta**

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del Indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A + B) / 2 * 100$		
Unidad de Transparencia del Hospital	IAI.1	Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas	96.38	100.00	NO

Área Responsable	No.	Nombre del Indicador	Valor del indicador en el periodo	Meta 2016	Cumplimiento de la Meta Establecida
			$(A/B)*100$		
Archivo	IAR.1	Porcentaje de archivo de concentración liberado	25.5	26.50	NO

**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 3 de noviembre de 2016, numeral 18, fracción I, los avances al cierre del ejercicio 2016 del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), se muestran a continuación:

**I. Resumen de acciones de mejora comprometidas, cumplidas, en proceso y su porcentaje de cumplimiento.**

Durante el cuarto trimestre de 2016, las áreas involucradas trabajaron para dar seguimiento a las 25 acciones de mejora pendientes de atender de las 116 acciones comprometidas en el PTCI 2015. Por lo anterior, a continuación se describen los avances al periodo que se informa:

Elemento de control	Acciones de mejora comprometidas	Porcentaje de avance
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.	90%

	Implementar un programa para el seguimiento de las acciones de prevención y mitigación de posibles actos de corrupción.	90%
<b>1.3.d</b>	Dar seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETIC) a través de la Herramienta de gestión de Política TIC.	85%
<b>2.2.g</b>	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.	90%
	Implantar un programa para el seguimiento de las acciones de prevención y mitigación de posibles actos de corrupción.	90%
<b>2.3.i</b>	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%
<b>2.3.j</b>	Implementar un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).	80%
<b>2.3.k</b>	Identificar los controles de claves de acceso a los sistemas y cómo se cancelan.	100%
<b>2.4.c</b>	Implementar un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).	80%
<b>2.4.e</b>	Proponer acciones de mejora y/o medidas de control que permitan disminuir las quejas presentadas.	40%
<b>2.4.f</b>	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%
<b>3.2.a</b>	Seguimiento a la matriz de riesgos 2015.	84%
<b>3.3.a</b>	Seguimiento a la matriz de riesgos 2015.	84%
<b>3.3.c</b>	Capacitar a los encargados del archivo de las diversas áreas del hospital.	90%
<b>3.3.d</b>	Continuar con la integración del inventario del equipo de cómputo.	87%
<b>3.3.g</b>	Continuar con la implementación de los controles mínimos que establece el proceso de Administración de Seguridad de la Información (ASI) del MAAGTICSI	30%
<b>3.3.h</b>	Integrar los requerimientos de software y realizar las acciones necesarias para que los equipos cuenten con licenciamiento.	90%
<b>3.3.i</b>	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%
<b>3.3.j2</b>	Continuar con la implementación de los procesos de Administración de Servicios (ADS) de MAAGTICSI	50%
<b>3.3.k</b>	Continuar con la implementación del proceso de Administración de Proveedores (APRO)	100%
<b>3.3.l</b>	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%
<b>3.3.m3</b>	Elaborar políticas para el uso de recursos de Tecnologías de la Información y comunicación (equipos, sistemas y aplicativos).	100%
<b>3.3.m4</b>	Difundir las políticas para el uso de recursos de Tecnologías de la Información y Comunicación (equipos, sistemas y aplicativos).	15%

**II. En su caso, descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones comprometidas y propuestas de solución para consideración del Comité.**

Al periodo que se informa, se presentaron las siguientes problemáticas para el cumplimiento de las acciones comprometidas:

- Derivado del cambio del personal responsable asignado para el seguimiento de las acciones comprometidas en relación al procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas, no fue posible presentar avances al periodo que se informa.
- Se continuaron presentando incidencias en la captura de información en el Sistema de Administración y Finanzas (Proyecto Babel), por lo que el Hospital ha trabajado con la empresa que administra el sistema para realizar las correcciones correspondientes.

### III. **Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y resultados alcanzados en relación con los esperados.**

El Programa de Trabajo de Control Interno presenta un porcentaje de avance global de un 81% al cierre del ejercicio 2016, quedando 22 acciones de mejora pendientes de atender. A continuación, se mencionan las actividades realizadas para el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas:

- Se continuaron las reuniones de trabajo entre el grupo encargado del “Estudio sobre las estrategias para enfrentar la corrupción, establecidas en las instituciones del sector Público Federal”, para la elaboración del Programa para el seguimiento de las acciones de prevención y mitigación de posibles actos de corrupción.
- En materia de TIC’s, se cuenta con la información referente al PETIC, del proyecto de Coordinación de Arquitectura de Aplicaciones, Sistema electrónico de seguimiento y conclusión de los protocolos de investigación en salud y del Sistema de Gestión de Pacientes.
- Se elaboraron las Políticas Generales para el Uso de los Recursos Informáticos y Equipo de Comunicaciones del Hospital, dichas políticas contienen los Lineamientos que permiten llevar un control de las claves de acceso de todos los sistemas de la institución.
- Se realizaron Diagnósticos técnico-económicos con el licenciamiento requerido por el Hospital, para la adquisición de software.
- Se llevaron a cabo reuniones entre el Departamento de Abastecimiento y el CIIMEIT, para la implementación del proceso de Administración de Proveedores (APRO), por lo cual se cuenta con la información referente a los contratos de servicios administrados por el CIIMEIT.

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

Los Programas y Proyectos de Inversión vigentes al cierre del ejercicio 2016, son los siguientes:

Clave de Cartera	Nombre de Programa	Importe	Fuente de financiamiento	Situación al Periodo
1512NAW0001	Equipamiento y Mobiliario para el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México	\$32,397,867.32	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	El programa se concluyó al 100% durante el ejercicio 2016, fueron ejercidos en su totalidad los recursos asignados de los cuales se adquirieron 1,407 equipos como: monitores de signos vitales, electrocardiógrafos, carros rojos, desfibriladores, camillas, camas mecánicas, camas eléctricas, mesas puente, pentapiés y cunas de calor radiante. Sin embargo, continúa dado de alta ya que se están realizando actividades administrativas ante el Seguro Popular para darlo por concluido.
1512NAW0002	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México	\$79,274,400.00	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	Este programa fue registrado desde el ejercicio 2015, sin embargo fue actualizado para darle continuidad durante el 2016, debido a que no se han obtenido los recursos para llevarlo a cabo.
1512NAW0004	Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México	\$8,237,311.00	Recursos Propios	Este programa fue registrado desde el ejercicio 2015, sin embargo fue actualizado para darle continuidad durante el 2016, debido a que no se han obtenido los recursos para llevarlo a cabo.
1512NAW0005	Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México	\$11,222,980.64	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	Este programa fue registrado desde el ejercicio 2015, sin embargo fue actualizado para darle continuidad durante el 2016, debido a que no se han obtenido los recursos para llevarlo a cabo.

1612NAW0001	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México	\$ 2,994,894.21	Recursos Federales	Este programa fue registrado en el segundo trimestre de 2016 y se están realizando las gestiones correspondientes ante el Centro Nacional de Equidad y Género.
1612NAW0002	Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México.	\$33,115,680.00	Recursos Propios	Este programa fue registrado en el tercer trimestre de 2016 y se iniciaron las gestiones correspondientes para su seguimiento.
1612NAW0003	Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México"	\$13,519,906.08	Recursos Propios	Este programa fue registrado durante el cuarto trimestre de 2016.

**Otros Aspectos.**

**Informe de la situación de infraestructura del Hospital**

Reparación de extractores de aire en los Edificios B, D, E servicio de Quirófano y Rehabilitación.



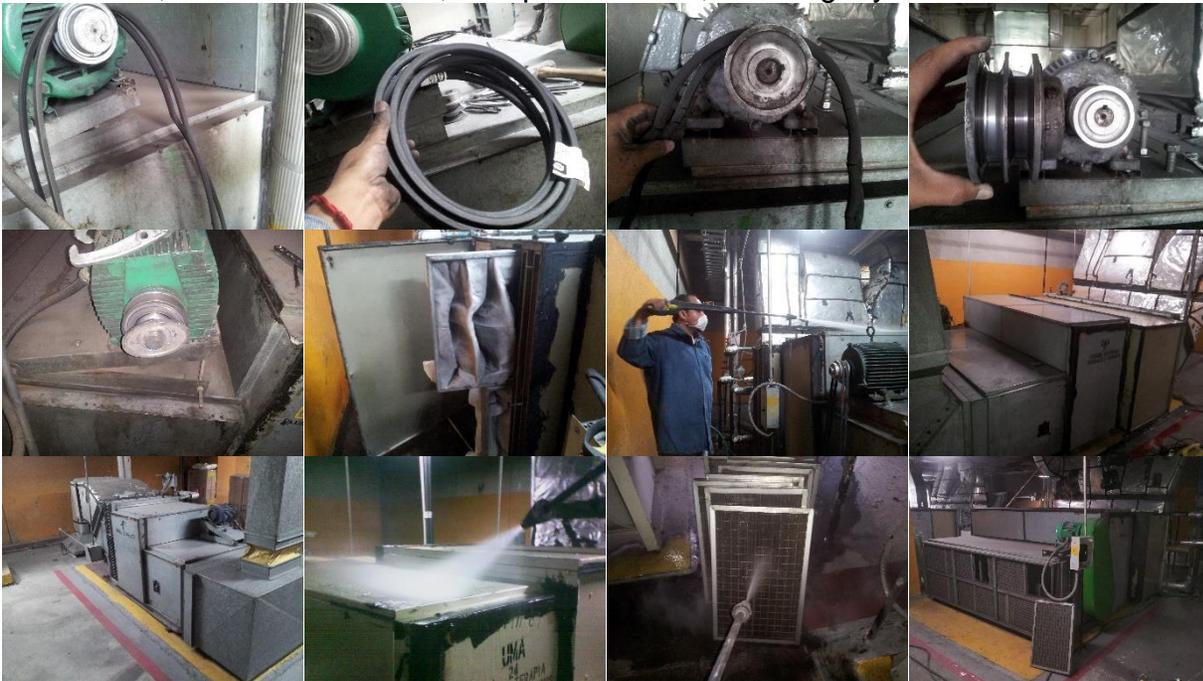
Reparación de baños en el Edificio F.



Reparación de protecciones en el servicio de Urgencias Adultos.



Mantenimiento a las Unidades Manejadoras de Aire de los servicios de Radiología, Inhaloterapia, Sociedad Médica Quirúrgica, Medicina Física, Cuidados Intensivos y Coronarios, Bomba de Cobalto, Terapia Intensiva, Oncología y Quirófanos.



Trabajos de limpieza de inyectores en las salas No.1 a la No.11, del servicio de Quirófanos.



Instalación de consolas en las camas 287-289, 322-324, en el área de Hospitalización.



Inicio de los trabajos de remodelación del servicio de Trasplantes.



## Recursos Humanos

Grupo de plazas	enero-diciembre 2016	% que representa el total de plantilla
Mandos medios y superiores	18	0.7
Médica	343	13.6
Investigación	15	0.6
Enfermería	949	37.7
Paramédica	684	27.2
Afín (apoyo médico)	113	4.5
Afín (apoyo administrativo)	161	6.4
Afín (apoyo a servicios)	234	9.3
<b>Total</b>	<b>2,517</b>	<b>100.0</b>

Durante el 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.

<b>Indicador de resultados</b>	<b>Avance</b>
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.

### **Informe de Sesiones de Comités Internos.**

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

### **Comité de Hostigamiento y Acoso Sexual.**

En el 2016, el Comité de Hostigamiento y Acoso Sexual del Hospital se desintegró, y a los asuntos en esta materia se les dará seguimiento a través del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del Hospital, en cumplimiento a lo establecido en el Protocolo para la prevención, atención y sanción del Hostigamiento sexual y acoso sexual, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2016.

### **Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).**

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, este Comité sesionó en tres ocasiones de manera ordinaria y dos ocasiones de manera extraordinaria, en las cuales 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.
- Presentación y autorización de las Políticas de Transferencia de Tecnologías del Hospital, Reglas de Propiedad Intelectual, Políticas, Bases y Lineamientos (POBALINES) 2016, Manual de Organización Específico del Hospital 2015 y Estatuto Orgánico del Hospital 2016.
- Presentación y autorización de las Políticas y Lineamientos para el Desarrollo de la Investigación Científica del Hospital Juárez de México.
- Presentación y autorización de los Lineamientos para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso o enajenación de espacios físicos no hospitalarios en el Hospital Juárez de México.

### **Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.**

El Comité sesionó de manera extraordinaria en diez 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

Publico, 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 Publico, 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 Publico, 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 Publico, para la contratación del servicio de "Mantenimiento preventivo y correctivo para equipos médicos de radiología e Imagen de la marca General Electric".
- Presentación del segundo informe trimestral correspondiente al ejercicio 2016, con los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y contratación de servicios 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 servicio de "mantenimiento preventivo y correctivo a la Unidad Radiológica y digital con telemando y radiográfico de la marca CMRy dos de la marca GMM.
- Presentación del tercer informe trimestral del ejercicio fiscal 2016, de los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y contratación de servicios del Hospital Juárez de México.

### **Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.**

Al periodo que se informa, el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés llevó a cabo las siguientes actividades:

- El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, sesionó en 14 ocasiones, siendo cuatro sesiones ordinarias y diez extraordinarias.
- El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, recibió y dio atención a tres quejas presentadas de las cuales una fue desechada y dos se atendieron a través del Comité.
- Durante la primera sesión ordinaria 2016 del Comité de Ética, se aprobaron las Bases de Integración, Organización y Funcionamiento del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, asimismo se aprobaron los Indicadores de Cumplimiento al Código de Conducta y el método para medir los resultados obtenidos, finalmente se aprobó el Programa Anual de Trabajo 2016 del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, notificando a la Unidad Especializada en Ética y Prevención de

Conflictos de Interés de la Secretaría de la Función Pública, mediante oficio DA/277/16 del 11 de abril de 2016, remitiendo como evidencia de su aprobación la minuta de la sesión donde fueron aprobadas.

Cabe señalar, que al Programa de Trabajo 2016 del comité se le dio seguimiento a través de la Agenda para la Evaluación de Cumplimiento y Desempeño de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, por lo que al periodo que se informa fueron concluidas al cien por ciento las actividades comprometidas.

- El Hospital notificó mediante oficio DA/475/16 del 29 de junio de 2016, a la Unidad Especializada en Ética y Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de la Función Pública, la actualización del Código de Conducta y la elaboración del procedimiento y el protocolo para someter quejas y/o denuncias ante el Comité por incumplimiento al Código de Ética, las Reglas de Integridad y el Código de Conducta.
- Se difundió el Código de Conducta, las Reglas de Integridad y el Código de Ética del Hospital, a través de publicaciones en el portal institucional en la sección “Conócenos”, circulares, carteles y dípticos.
- Se elaboró el Diagnóstico para detectar acciones permanentes para establecer las conductas que en situaciones específicas deberán observar los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, determinando los valores de honestidad y bien común como los específicos del Hospital.
- Se formó un grupo de trabajo que elaboró el Procedimiento para someter quejas y/o denuncias ante el Comité de Ética por incumplimiento al Código de Ética, las Reglas de Integridad y el Código de Conducta del Hospital Juárez, se llevó a cabo una reunión de trabajo, y dicho documento fue validado por el Departamento de Organización y Gestión de Procesos. Igualmente, llevaron a cabo tres reuniones de trabajo para elaborar el Protocolo de atención a quejas y/o denuncias ante el Comité por incumplimiento al Código de Ética, las Reglas de Integridad y el Código de Conducta del Hospital Juárez de México,
- Se solicitó a la Unidad de Transparencia la creación de un sistema de datos personales de los quejosos, debido a que el Comité de Ética recaba datos personales para atender las quejas y/o denuncias y con la finalidad de proteger la información de conformidad con el Lineamiento Cuarto de los Lineamientos para Protección de Datos Personales. Asimismo, se creó el aviso del manejo de Datos Personales, el cual será notificado a través de los formatos para presentación de quejas y/o denuncias.
- Se difundió mediante oficio DA/450/16 del 22 de junio de 2016 al personal en general del Hospital y a los suplentes del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, el Decálogo del servidor público y la Guía rápida de atención al ciudadano.
- Al periodo que se informa, se recabaron 1,905 declaraciones del personal del Hospital, en relación al cumplimiento a los Códigos de Ética, Conducta y las Reglas de Integridad.
- Se llevó a cabo la implementación del Protocolo para la Prevención, atención y sanción del Hostigamiento sexual y acoso laboral, por lo que en cumplimiento a los artículos 1, 3 y 4 transitorios del Protocolo el Presidente del Comité de Ética designó a la persona consejera en el Hospital durante la primera reunión de trabajo que se realizó el 20 de

octubre de 2016, donde se emitió el pronunciamiento “Cero Tolerancia”, y se realizaron actividades de difusión del Protocolo y del Pronunciamiento.

- Se solicitó al área de Comunicación Social realizar una infografía que será difundida durante 2017, con motivo de las próximas votaciones bienales.
- Se llevó a cabo la Evaluación del apego a los Códigos de Ética, de Conducta y las Reglas de Integridad 2016, a través de la Intranet del 22 al 30 de noviembre, obteniendo un total de 412 encuestas, con los siguientes resultados:

REACTIVO	SI	NO
Conocen el Código de Ética, Código de Conducta y las Reglas de Integridad	390 <b>94.66%</b>	22 <b>5.34%</b>
Han visto publicado el Código de Ética, Código de Conducta y las Reglas de Integridad	361 <b>87.62%</b>	51 <b>12.38%</b>
Considera que desempeña sus labores dentro del Hospital conforme a los valores establecidos en el Código de Ética, Código de Conducta y las Reglas de Integridad	401 <b>97.33%</b>	11 <b>2.67%</b>
Considera que sus compañeros y autoridades aplican los valores establecidos en el Código de Ética, Código de Conducta y las Reglas de Integridad	310 <b>75.24%</b>	102 <b>24.76%</b>
Considera que ha sido víctima de actos contrarios a los valores establecidos en el Código de Ética, Código de Conducta y las Reglas de Integridad	90 <b>21.84%</b>	322 <b>78.16%</b>

- En cumplimiento a lo establecido en la Guía para la elaboración y presentación del Informe Anual de actividades 2016, se elaboró el Informe Anual del Comité de Ética del Hospital y se solicitó una pre validación, obteniendo el visto bueno por parte del Subdirector de Evaluación en materia de Ética, Integridad Pública y Prevención de Conflictos de Interés.
- Con fecha 9 de septiembre de 2016, la Unidad Especializada en Ética y Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de la Función Pública, remitió al Hospital mediante correo electrónico, la evaluación del cumplimiento 2016, obteniendo 113 puntos, mismos que equivalen a 25 puntos del máximo posible de 25 establecido para este componente dentro de la Evaluación Integral de los Comités.

### Logros de la Dirección de Administración

- El presupuesto asignado, se ejerció al cien por ciento sin generar sub ejercicios.
- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital.
- Incremento en la captación de cuotas de recuperación al cierre del ejercicio 2016 respecto al ejercicio anterior.
- Renovación de equipo como: camas hospitalarias, básculas electrónicas, camillas de traslado, cunas, mesas puente, mesas pasteur, desfibriladores, monitores de signos vitales, lámparas, carro 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.

### **Informe del Programa Anual 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 \$1,581,561 miles de pesos que representa el 100.22% del presupuesto total modificado que fue de \$1,577,988 miles de pesos. Este resultado se debió principalmente por la disponibilidad inicial de ejercicios anteriores que la SHCP autorizó para ejercer en el presente año, cabe señalar que fue utilizada para hacer frente a la presión de gasto del Hospital. Cabe señalar, que se ejerció al cien por ciento mes con mes el presupuesto autorizado, lo que permitió no tener subejercicios.

En relación al porcentaje de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación, el Hospital actualizó un total de 1,471 claves, lo que representa 35 claves más que las programadas, derivado de las asesorías brindadas a diversas áreas del Hospital, tales como: Laboratorio Central, Gastroenterología, Consulta Externa, Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Reumatología, entre otras.

Al periodo que se informa, 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, por lo que actualmente, se tienen registradas en el Hospital 117 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), asimismo se cuenta con el contrato para la Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico, con el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Delegación Regional del Estado de México Oriente y el Hospital, lo que permitió lograr un cumplimiento del 100% del indicador de Porcentaje de financiamientos externos recibidos.

Respecto al indicador de porcentaje de avance en la construcción de la torre nueva de hospitalización, se logró un cumplimiento del 33.3% respecto a la meta anual programada debido a que se realizó sólo una acción programada que fue la de elaborar 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), ya que no fue posible continuar con las gestiones subsecuentes en cumplimiento a la normatividad aplicable que señala que sólo podrá registrarse en cartera de inversión un proyecto de infraestructura, y hasta no

finalizar el mismo se podrá registrar uno nuevo, por lo que se dio prioridad al proyecto de inversión para la adquisición de un Acelerador Lineal para el área de Oncología.

En continuidad a los trabajos para la reparación y modernización del estacionamiento del Hospital, se logró un cumplimiento del 80% respecto a la meta anual programada del 100%, ya que se cuenta con la propuesta de reparación por un ingeniero estructurista con base en estudio de mecánica de suelos, se elaboró el catálogo de conceptos, se envió a la DGPOP el Programa de Mantenimiento del Estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016, generándose observaciones que fueron atendidas y enviadas para su revisión, quedando a la espera de recibir respuesta para dar seguimiento al registro en cartera de inversión.

Con relación a la adquisición del acelerador lineal, se logró un cumplimiento del 25% respecto a la meta anual programada del 100% debido 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 HJM" para su revisión por parte de la Comisión Nacional de Protección en Salud, sin embargo al periodo de reporte se encuentra en trámite la solicitud del Certificado de Necesidades de Infraestructura en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, para dar continuidad al proceso de registro en cartera de inversión de la SHCP.

Por último, se logró un cumplimiento del 110% respecto a la meta anual programada del 100% en el indicador de Porcentaje de profesionalización de personal de enfermería, trabajo social y de terapia física y rehabilitación, debido a que se profesionalizaron 88 trabajadores del Hospital durante el 2016 respecto a los 80 trabajadores programados a profesionalizar, siendo: 83 trabajadores del servicio de enfermería, tres trabajadores del servicio de Trabajo Social y dos trabajadores del servicio de Rehabilitación.

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	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1			3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	<b>Porcentaje de presupuesto efectivamente ejercido</b> V1: Presupuesto total ejercido / V2: Presupuesto total modificado x 100	\$1,503,823,262.00  = 100%  \$1,503,823,262.00	Semestral	N/A	\$1,581,561,000 / \$1,577,988,000 = 100.22%  Se logró un cumplimiento del 100.22% respecto a la meta anual programada del 100%. Se ejerció al cien por ciento mes con mes el presupuesto autorizado, lo que permitió tener subejercicios. Cabe señalar, que se tuvo un excedente, derivado de la disponibilidad inicial de ejercicios anteriores que la SHCP autorizó para ejercer en el presente año, la cual fue utilizada para hacer frente a la presión de gasto del Hospital.
2			3.1.3 Actualización de tabuladores de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias.	<b>Porcentaje de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b> 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	1,471 / 1,436 = 102%  Se logró el cumplimiento del 102% respecto a la meta anual programada del 100%, debido a que se actualizaron un total de 1,471 claves, siendo 36 claves más que las programadas, derivado de la incorporación de nuevas claves al Tabulador de Cuotas de Recuperación.
3	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.	3. Administración eficiente.	3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas.	<b>Porcentaje de financiamientos externos recibidos</b> V1: No. de fuentes de financiamiento obtenidas / V2: No. de fuentes de financiamiento programados x 100	2  = 100%  2	Semestral	N/A	2 / 2 = 100%  Se logró un cumplimiento del 100% respecto a la meta anual programada del 100% ya que se llevó a cabo 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 117 intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y de contrato para la Prestación del Servicio de Estudios de Histocompatibilidad para el Protocolo de Trasplante de Donador vivo relacionado y Donador Cadavérico, con el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Delegación Regional del Estado de México Oriente y el Hospital.
4	2. Supervisar el ejercicio eficiente de los recursos autorizados al Hospital. 3. Supervisar la eficiente distribución de la planta del personal autorizada al Hospital. 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.	4. Desarrollo Organizacional y Clima Laboral.	3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización	<b>Porcentaje de avance en la construcción de torre nueva de hospitalización</b> V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas x 100	3  = 100%  3	Semestral	N/A	1 / 3 = 33.33%  Se logró un cumplimiento del 33.33% respecto a la meta anual programada del 100%, debido a que sólo 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). Sin embargo, las actividades comprometidas relacionadas con el registro en cartera de inversión de la SHCP y gestión para la obtención de apoyo económico para la construcción y equipamiento, no se pudieron realizar debido a que se dio prioridad al proyecto de inversión correspondiente a la adquisición del acelerador lineal, no obstante, estas actividades se realizarán para el 2017.
5			3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.	<b>Porcentaje de avance en la reparación y modernización del estacionamiento</b> V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas x 100	5  = 100%  5	Semestral	N/A	4 / 5 = 80%  Se logró un cumplimiento del 80% 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 DGPDP el Programa de Mantenimiento del Estacionamiento y Almacén de RPBI del Hospital Juárez de México 2016, generándose observaciones que fueron atendidas y enviadas para su revisión, quedando a la espera de recibir respuesta para dar seguimiento al registro en cartera de inversión.
6			3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	<b>Porcentaje de avance en la adquisición de un acelerador lineal</b> V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas x 100	4  = 100%  4	Semestral	N/A	1 / 4 = 25%  Se logró un cumplimiento del 25% respecto a la meta anual programada del 100%, debido a que sólo se elaboró el proyecto médico- arquitectónico para ser registrado en cartera de inversión de la SHCP, asimismo, se envió el proyecto para revisión por parte de la Comisión Nacional de Protección en Salud. Al periodo que se informa, se encuentra en trámite la solicitud del Certificado de Necesidades de Infraestructura ante la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, para continuar con las gestiones para el registro en cartera de la SHCP.
7			4.1.5 Profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación	<b>Porcentaje de profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación</b> V1: No. de personal profesionalizado / V2: No. de personal programado x 100	80  = 100%  80	Semestral	N/A	88 / 80 = 110%  Se logró un cumplimiento del 110% respecto a la meta anual programada del 100%, debido a que se profesionalizaron 88 trabajadores del Hospital, siendo ocho más que los programados, distribuidos de la siguiente manera: 83 del servicio de Enfermería, 3 del servicio de Trabajo Social y 2 del servicio de Terapia Física y Rehabilitación.

## 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 DICIEMBRE DEL 2016

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN %
	ORIGINAL	MODIFICADO	PROGRAMADO	EJERCIDO	ABSOLUTA	RELATIVA	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	CONTRA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (4) - (3)	(6) = (5) / (3)			(7) = (4) / (2)
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	<b>1,250.2</b>	<b>1,551.8</b>	<b>1,551.8</b>	<b>1,551.8</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
SERVICIOS PERSONALES	891.9	907.4	907.4	907.4	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	172.8	241.9	241.9	241.9	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS GENERALES	185.4	402.4	402.4	402.4	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0			100.0
<b>II.- GASTO DE CAPITAL</b>	<b>0.0</b>	<b>29.7</b>	<b>29.7</b>	<b>29.7</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
<b>INVERSIÓN FÍSICA</b>	<b>0.0</b>	<b>29.7</b>	<b>29.7</b>	<b>29.7</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
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	0.0	0.0	#DIV/0!			#DIV/0!
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#DIV/0!			#DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA					0.0	#DIV/0!			#DIV/0!
<b>III.- OPERACIONES AJENAS NETAS</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>#DIV/0!</b>			<b>#DIV/0!</b>
TERCEROS	0.0	0.0			0.0	#DIV/0!			#DIV/0!
RECUPERABLES	0.0	0.0			0.0	#DIV/0!			#DIV/0!
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>1,250.2</b>	<b>1,581.5</b>	<b>1,581.5</b>	<b>1,581.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>

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 I BIS**

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**EVOLUCIÓN DEL GASTO PROGRAMABLE (AL CIERRE) DE (AÑO) \*/**

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL			VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN %
	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO	ABSOLUTA	RELATIVA	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	CONTRA
	(1)	(2)	(3)	(4) = (3) - (2)	(5) = (4) / (2)			MODIFICADO
								(6) = (3) / (2)
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	<b>1,250.2</b>	<b>1,551.8</b>	<b>1,551.8</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
SERVICIOS PERSONALES	891.9	907.4	907.4	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	172.8	241.9	241.9	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS GENERALES	185.4	402.4	402.4	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0			100.0
<b>II.- GASTO DE CAPITAL</b>	<b>0.0</b>	<b>29.7</b>	<b>29.7</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
<b>INVERSIÓN FÍSICA</b>	<b>0.0</b>	<b>29.7</b>	<b>29.7</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	0.0	29.7	29.7	0.0	0.0			100.0
OBRA PÚBLICAS	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>INVERSIÓN FINANCIERA</b>				<b>0.0</b>	<b>#¡DIV/0!</b>			<b>#¡DIV/0!</b>
<b>III.- OPERACIONES AJENAS NETAS</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>#¡DIV/0!</b>			<b>#¡DIV/0!</b>
TERCEROS		0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES		0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>1,250.2</b>	<b>1,581.5</b>	<b>1,581.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>

\*/ Este formato deberá utilizarse solamente al cierre del ejercicio fiscal de que se trate, ya que al mes de diciembre el Presupuesto Anual Modificado es el mismo que se reporta como Programado Acumulado.

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

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

Mayor Gasto

Correctivo	Mayor al 10%
Preventivo	Mayor al 5% y hasta el 10%
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				SEMAFORO
	TIPO	NOMBRE	DEFINICION		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2016		PORCENTAJE DE AVANCE	
						PLANEADA	REALIZADA		
<b>Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL PEF</b>									
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Eficiencia terminal de médicos especialistas	Los resultados del indicador reflejan la capacidad de retener a los médicos especialistas en formación de las instituciones de la CCINSHAE	Porcentaje	Anual	100.0	100.0	100.0%	
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	99.7	97.0	97.3%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Calidad	Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos	Porcentaje de cursos impartidos para médicos en formación de posgrado cuyo promedio de percepción de satisfacción de calidad fue superior a 80 puntos en una escala de 100	Porcentaje	Anual	100.0	100.0	100.0%	
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	98.9	93.5	94.5%	
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	69.8	73.5	105.3%	
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	9.4	9.1	96.8%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de cobertura de matrícula requerida	El indicador tiene como objetivo mostrar la eficacia de la ocupación de espacios educativos en las instituciones que participan en el programa	Porcentaje	Anual	99.1	100.0	100.9%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de postulantes aceptados	Este indicador tiene la finalidad de mostrar la cobertura anual de la demanda de aspirantes para la realización de posgrados clínicos y no clínicos	Porcentaje	Anual	65.9	61.4	93.2%	
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	99.7	87.2	87.5%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados	Expresa la cobertura de capacitación en materias técnico-médica, administrativa y gerencial que se otorgó al personal institucional susceptible de recibirla	Porcentaje	Anual	90.6	100.0	110.4%	
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	89.9	87.7	97.6%	
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	88.6	104.5	117.9%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación	Expresa que los temas de capacitación administrativa y gerencial incluidos en el Programa Anual de Capacitación contribuyan a mejorar el desarrollo de las funciones de los servidores públicos	Porcentaje	Anual	40.7	40.7	100.0%	

E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Índice de investigadores institucionales de alto nivel	Profesionales de la salud de alto nivel (categorías D, E y F vigentes del Sistema Institucional de Investigadores (SII), más vigentes en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de la Institución, con respecto 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 del SII	Proporción	Anual	73.7	54.5	73.9%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Tasa de variación de productividad científica de Impacto alto respecto al año previo	Tasa de variación de artículos científicos en revistas (niveles III – VII de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) en referencia al año previo	Tasa	Anual	30.8	38.5	125.0%	
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	77.3	38.8	50.2%	
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	1.1	1.5	136.4%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional	Variación porcentual en el número de investigadores vigentes en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud respecto al año previo	Tasa	Anual	0.0	18.8	0.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Tasa de variación porcentual del presupuesto federal institucional destinado a investigación en el año actual	Tasa	Anual	632.5	-6.0	-0.9%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Presupuesto complementario al presupuesto federal institucional que obtienen las entidades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para realizar investigación. Corresponde a todos aquellos fondos que no forman parte del presupuesto federal institucional, puestos a disposición por personas, físicas, morales, instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación	Tasa	Anual	5.6	-67.2	-1200.0%	
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	95.5	73.5	77.0%	
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	1.3	1.9	146.2%	
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	100.0	100.0%	
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	4.4	35.8%	
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	92.4	97.9%	
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	91.3	83.9	91.9%	

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	52.1	60.2%	
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	79.9	75.4	94.4%	
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	101.8	103.0%	
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	91.3	86.3	94.5%	
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	82.8	100.9%	
E023 Atención a la salud	Efectividad	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Evalúa la calidad y pertinencia de los resultados clínicos obtenidos en la atención médica proporcionada a partir del proceso de autoevaluación	Porcentaje	Anual	66.7	66.7	100.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias	Porcentaje	Trimestral	82.7	90.9	109.9%	
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	5.7	100.0%	
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	71.6	102.3%	
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	5.5	77.5%	
<b>NO SELECCIONADOS EN EL PEF</b> <sup>2/</sup>									
								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).

<sup>1/</sup> 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"

<sup>2/</sup> 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

NO EN LOS CASOS DE AQUELLOS indicadores que sus metas sean oscilantes (ejemplo: reitorias de energía eléctrica), sus resultados cuando sean mayores no deberán ser mayores a los programados. En este caso, se deberá ajustar la fórmula correspondiente de ese indicador para que refleje el resultado real alcanzado.

**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 <sup>1/</sup>:

(Millones de Pesos con un decimal)

AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCIDO 2015	PRESUPUESTO ANUAL 2016 MODIFICADO	DE ENERO A DICIEMBRE 2016		VARIACIÓN		SEMÁFORO	
					PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	ABS.	REL.	MENOR GASTO	MAYOR GASTO
	E023	Atención a la Salud	1,268.4	1,275.9	1,275.9	1,275.9	0.0	0.0		

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 - DICIEMBRE 2016		DIFERENCIA ABSOLUTA	
							PLANEADA	REALIZADA		
Propósito	Eficiencia	Eficiencia terminal de médicos especialistas	Los resultados del indicador reflejan la capacidad de retener a los médicos especialistas en formación de las instituciones de la CCINSHAE	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0	
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	99.7	97.0	-2.7	
Componente	Calidad	Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos	Porcentaje de cursos impartidos para médicos en formación de posgrado cuyo promedio de percepción de satisfacción de calidad fue superior a 80 puntos en una escala de 100	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0	
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	98.9	93.5	-5.4	
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	69.8	73.5	3.7	
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	9.4	9.1	-0.3	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de cobertura de matrícula requerida	El indicador tiene como objetivo mostrar la eficacia de la ocupación de espacios educativos en las instituciones que participan en el programa	Porcentaje	Anual	diciembre	99.1	100.0	0.9	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de postulantes aceptados	Este indicador tiene la finalidad de mostrar la cobertura anual de la demanda de aspirantes para la realización de posgrados clínicos y no clínicos	Porcentaje	Anual	diciembre	65.9	61.4	-4.5	
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	99.7	87.2	-12.5	

Fin	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados	Expresa la cobertura de capacitación en materias técnico-médica, administrativa y gerencial que se otorgó al personal institucional susceptible de recibirla	Porcentaje	Anual	diciembre	90.6	100.0	9.4	
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	89.9	87.7	-2.2	
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	88.6	104.5	15.9	
Actividad	Eficiencia	Porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación	Expresa que los temas de capacitación administrativa y gerencial incluidos en el Programa Anual de Capacitación contribuyan a mejorar el desarrollo de las funciones de los servidores públicos	Porcentaje	Anual	diciembre	40.7	40.7	0.0	
Fin	Eficacia	Índice de investigadores institucionales de alto nivel	Profesionales de la salud de alto nivel (categorías D, E y F vigentes del Sistema Institucional de Investigadores (SI), más vigentes en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de la Institución, con respecto de los investigadores vigentes del SI, más otro personal de la institución que sea miembro vigente en SNI y que no tenga nombramiento de investigador del SI	Proporción	Anual	diciembre	73.7	54.5	-19.2	
Propósito	Eficacia	Tasa de variación de productividad científica de Impacto alto respecto al año previo	Tasa de variación de artículos científicos en revistas (niveles III – VII de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) en referencia al año previo	Tasa	Anual	diciembre	30.8	38.5	7.7	
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	77.3	38.8	-38.5	
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	1.1	1.5	0.4	
Componente	Eficacia	Tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional	Variación porcentual en el número de investigadores vigentes en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud respecto al año previo	Tasa	Anual	diciembre	0.0	18.8	18.8	#DIV/0!
Componente	Eficacia	Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Tasa de variación porcentual del presupuesto federal institucional destinado a investigación en el año actual	Tasa	Anual	diciembre	632.5	-6.0	-638.5	
Componente	Eficacia	Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Presupuesto complementario al presupuesto federal institucional que obtienen las entidades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para realizar investigación. Corresponde a todos aquellos fondos que no forman parte del presupuesto federal institucional, puestos a disposición por personas, físicas, morales, instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación	Tasa	Anual	diciembre	5.6	-67.2	-72.8	
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	95.5	73.5	-22.0	

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	1.3	1.9	0.6	
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	100.0	0.0	
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	4.4	-7.9	
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	92.4	-2.0	
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	91.3	83.9	-7.4	
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	52.1	-34.5	
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	79.9	75.4	-4.5	
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	101.8	3.0	
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	91.3	86.3	-5.0	

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	82.8	0.7	
Componente	Efectividad	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Evalúa la calidad y pertinencia de los resultados clínicos obtenidos en la atención médica proporcionada a partir del proceso de autoevaluación	Porcentaje	Anual	diciembre	66.7	66.7	0.0	
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	90.9	8.2	
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	5.7	0.0	
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	71.6	1.6	
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	5.5	-1.6	

**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 Desempeño)

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 programados. En este 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%

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
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>37</b>

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, el Hospital reportó un total de 37 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 Secretaría de la Función Pública.

**En lo que corresponde al Programa Presupuestal E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"**, se reportaron un total de 13 indicadores de los cuales siete se ubicaron en semáforo de cumplimiento razonable, cinco se situaron en cumplimiento preventivo y uno en correctivo.

Los indicadores que lograron un desempeño razonable fueron:

“Eficiencia terminal de médicos especialistas”, “Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos”, “Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua”, “Porcentaje de cobertura de matrícula requerida”, “Porcentaje de servidores públicos capacitados”, “Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial” y “Porcentaje de temas identificados que se integran al Programa Anual de Capacitación”; en estos siete indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales como resultado de lo siguiente:

- Haber integrado tres médicos más a los cursos de alta especialidad (dos de cirugía de columna y uno de ecocardiografía).
- Obtener una percepción de satisfacción de la calidad igual o superior a 80% en la encuesta aplicada a los médicos en formación emitida por la CCINSHAE.
- Contar con una asistencia de 4,099 participantes externos en los cursos de educación continua.
- El Hospital cuenta con la capacidad de ofertar espacios educativos adicionales, lo cual permitió aceptar a 13 médicos residentes extranjeros sin beca.

- Capacitar a un total de 1,044 servidores públicos.
- Se identificaron 44 temas apegados a las funciones de los servidores públicos (34 de conocimiento, siete de habilidad y tres de aptitud).

Los indicadores que lograron un desempeño preventivo fueron los siguientes:

“Porcentaje de profesionales que concluyeron 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 de enero a diciembre de 2016, alcanzó un cumplimiento del 97% con respecto a la meta programada de 99.7, observando una disminución del 2.7, debido a que de los 6,381 profesionales de salud que se esperaba que se inscribieran a los cursos de educación continua, únicamente se logró la inscripción de 5,580 profesionales de la salud, de los cuales 5,414 recibieron constancia.

“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 93.5%, con respecto a la meta programada de 98.9%, reflejando una disminución del 5.4, debido a que de los 93 cursos de educación continua programados, se impartieron únicamente 87, a causa de la cancelación de cursos por falta de asistentes.

“Percepción sobre la calidad de la educación continua”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debe a que el indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 9.1, con respecto a la meta programada de 9.4, mostrando una disminución de 0.3. Este resultado se debió a la baja inscripción y la cancelación de los cursos que impactó en el resultado del indicador. Sin embargo, la percepción de la calidad en los cursos fue de 9.1.

“Porcentaje de postulantes aceptados”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo obedece a que indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 61.4% con respecto a la meta programada de 65.9%, mostrando una disminución del 4.5, debido a que no se aceptaron diez candidatos seleccionados, derivado de la cancelación de becas por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

“Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial”. Las causas 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 87.7% con respecto a la meta programada de 89.9%, mostrando una disminución del 2.2, debido a que 154 servidores públicos no recibieron constancia de conclusión, por no cumplir con el requisito del 80% de asistencia. Además de que 200 participantes más asistieron a los cursos de capacitación en materia administrativa y gerencial.

El indicador que se ubicó en semáforo correctivo fue el siguiente:

“Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua”. La razón por el cual este indicador se situó en semáforo correctivo, se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del 87.2% con respecto a la meta programada del 99.7%, observando una disminución de 12.5. Este resultado se debió a que, de un total de 6,381 profesionales de la salud que se estimó se inscribirían a los cursos de actualización, solo se inscribieron 5,580 asistentes; a causa de que en algunos cursos hubo menos participantes inscritos y éstos fueron cancelados.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 50.9 mdp.

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

Los indicadores que se situaron en cumplimiento razonable fueron los siguientes: “Tasa de variación de productividad científica de Impacto alto respecto al año previo”, “Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel”, “Tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional”, “Promedio de productos por investigador Institucional” y “Porcentaje de ocupación de plazas de investigador”; en estos cinco indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales y, las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto como resultado de lo siguiente:

- Un artículo de nivel III se anticipó su publicación, a causa de que su proceso de revisión por pares fue oportuno, debido a la calidad y relevancia del artículo.
- Tres médicos ingresaron al Sistema Institucional de Investigadores (SII) en la Convocatoria 2016, alcanzando un nombramiento de ICM "A".
- Se alcanzaron 42 productos totales de los 25 programados, 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. Este resultado 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 libro por parte de los investigadores con nombramiento vigente en el SII y/o SNI, hicieron un total de 42 productos científicos por los 22 investigadores institucionales.
- Las 16 plazas de investigador autorizadas, fueron ocupadas.

Los indicadores que se ubicaron en semáforo correctivo fueron los siguientes:

“Índice de investigadores institucionales de alto nivel”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a que durante el periodo de enero a diciembre de 2016, alcanzó un cumplimiento del 54.5% con respecto a la meta programada del 73.7%, observando una disminución del 19.2. Este resultado obedece a que de 14 profesionales de la salud con nombramiento vigente de las categorías “D-F” del SII 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.

“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 reporte alcanzó un cumplimiento del 38.8% con respecto a la meta anual programada del 77.3%, observando una disminución del 38.5. Este resultado obedece 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 fuere 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. Esto permitió que la Institución lograra publicar 19 artículos científicos de impacto alto.

“Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del -0.6% con respecto a la meta anual programada del 632.5%, observando una disminución del 638.5. Este resultado obedece a que de los \$27,000,000 que se solicitaron como presupuesto federal institucional destinado en investigación, solo se autorizó un monto de \$2,820,000, debido al recorte del presupuesto para el Hospital.

“Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del -67.2% con respecto a la meta anual programada del 5.6%, observando una disminución del 72.8. Este resultado obedece 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). 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).

“Porcentaje de artículos científicos en colaboración”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del 73.5% con respecto a la meta anual programada del 95.5%, observando una disminución del 22.0. Este resultado obedece 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). 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.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 133.8 mdp.

**En el Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud"**, se reportaron un total de 14 indicadores de los cuales; siete se situaron en semáforo de cumplimiento razonable, cuatro preventivos y tres en cumplimiento correctivo.

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

“Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado”, “Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)”, “Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004”, “Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas”, “Porcentaje de ocupación hospitalaria”, “Promedio de días estancia” y “Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas”.

En estos siete indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, como resultado de:

- Se realizaron 141,969 sesiones de rehabilitación, beneficiando la recuperación funcional del paciente que le permite reintegrarse a sus labores habituales.
- Se debió a la capacidad que tiene el Hospital para otorgar consultas externas de primera vez, subsecuentes y preconsultas, por lo cual se realizaron 226,568 consultas, beneficiando a la población usuaria que es atendida en las especialidades con las que cuenta la Institución de acuerdo con su objetivo primordial que es la atención médica.
- Se revisaron un total de 518 expedientes por parte del Comité del expediente clínico, de los cuales 429 cumplieron con los criterios de la NOM SSA 004, lo que permitió

brindar una atención adecuada a los pacientes del Hospital, y contar con información completa y confiable.

- Se realizaron dos auditorías clínicas 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.
- Se registró un mayor número de ingresos en los servicios y una estancia prolongada de pacientes hospitalizados que, debido al padecimiento que presentan, requieren mayor tiempo para su tratamiento y recuperación.
- Se registró un mayor número de egresos hospitalarios que permitió brindar una atención médica oportuna para solucionar la problemática de los pacientes con enfermedades agudas o crónicas que requieren de intervención quirúrgica y ameritan observación post-operatoria.
- Se atendieron a un total de 12,090 pacientes en preconsulta, a pesar de no tener la plantilla médica completa.

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 diciembre de 2016, alcanzó un cumplimiento del 92.4% con respecto a la meta programada del 94.4%. Este resultado obedece a diversos factores como: Egresar a 18,154 pacientes por mejoría y curación de los 19,646 egresos hospitalarios totales; debido a la demanda de la población usuaria de recibir atención médica especializada con calidad a enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos complejos.

“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 cierre de 2016 alcanzó un cumplimiento del 83.9% con respecto a la meta programada del 91.3%, observando una disminución de 7.4. Este resultado se debió a que de 2,400 usuarios encuestados en atención ambulatoria, el 16.1% de los usuarios 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.

“Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados”. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a diciembre de 2016 alcanzó un cumplimiento del 75.4% con respecto a la meta programada del 79.9%, observando una disminución de 4.5. Este resultado obedece a que se realizaron de más 756 procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad, con lo cual 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.

“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 diciembre de 2016 alcanzó un cumplimiento de 86.3% con respecto a la meta programada de 91.3, observando una disminución de 5.0. Este resultado obedece a que de los 600 usuarios encuestados en atención hospitalaria, 82 usuarios manifestaron no haber recibido información completa y clara sobre su estado de salud.

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 el cual este indicador se situó en semáforo correctivo se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del 4.4% con respecto a la meta anual programada del 12.3%, observando una disminución de 7.9. Este resultado 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 aperturar expedientes a pacientes cuyo diagnóstico justifica el continuar con su atención de especialidad.

“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 52.1% con respecto a la meta anual programada del 86.6%, observando una disminución de 34.5. Este resultado obedece a que se corrigió 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.

Con referencia al indicador “Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)”, que se ubicó en semáforo correctivo, tuvo un cumplimiento satisfactorio debido a que durante el periodo de enero a diciembre de 2016, la tasa bajó de 7.1 a 5.5, observando una disminución de 1.6. Este resultado se debió 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.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 1,305.6 mdp.

## PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

### 1. Calidad y Apoyo a la Atención

#### 1.1 Hospital Seguro

Durante el 2016, se conformó un equipo multidisciplinario con el objetivo de aplicar y evaluar el llenado de la cédula de autoevaluación del Programa Hospital Seguro, generando con ello, un plan de trabajo con base en la identificación y priorización de riesgos de la seguridad y gestión de las instalaciones. Además, se efectuó una visita diagnóstica por parte de la Coordinación Nacional de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación.

Se trabajó en conjunto con la División de Medicina Crítica, División de Calidad y Apoyo a la Atención, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica, entre otras áreas, en la actualización del “Plan Integral para la Atención a Emergencias y Desastres (PIAED)” del Hospital Juárez de México, con el propósito de mantener el correcto funcionamiento de las instalaciones, donde se incluyó una ficha técnica del Hospital, una ficha de riesgos, funciones de cada miembro del comité, reasignación de áreas, procedimiento para la protección de expedientes médicos y acciones previas, durante y posterior al siniestro; apegados a los requerimientos de la normativa que exige el Programa de Hospital Seguro.

Por otra parte, se realizó la visita de evaluación del Programa Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación, dictaminándose un índice de seguridad en categoría B.

#### 1.2 Auditoría Clínica

En 2016, se implementaron dos tópicos de auditoría clínica, con la finalidad de prevenir los eventos adversos, el primero correspondió a la “Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología”, con el cual logró implementar diez barreras de seguridad 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.

En la siguiente tabla, se muestran los resultados obtenidos a partir de la implementación de la auditoría clínica, obteniendo una mejora general del 55.5%.

Análisis de los resultados de auditoría clínica					
No de medición	Evidencia de calidad (Excepciones o gestión crítica)	% Esperado	% Efectivo (Original)	% Efectivo (1ra repetición)	% Efectivo (2da repetición)
1	Consentimiento informado	85%	17.5%	63.6%	95.6%
2	Posición de decúbito dorsal	85%	25%	72.7%	82.6%
3	Uso de barreras máximas estériles	85%	2.5%	63.6%	60.8%
4	Antisepsia de la región de inserción	85%	32.5%	69.6%	82.6%
5	Anestesia local sitio de punción	85%	35%	69.6%	82.6%
6	Número de punciones (3)	85%	22.5%	69.6%	82.6%
7	Registro de longitud interna catéter	60%	5%	24.2%	69.5%
8	Fijación del catéter	85%	15%	57.5%	73.9%
9	Verificación de punta de catéter	85%	32.5%	75.7%	78.2%
10	Reporte de complicaciones	85%	47.5%	75.7%	82.6%

Fuente: Resultado de mediciones reportadas por el servicio de Oncología y enfermería en calidad.

La auditoría realizada en el rubro de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, permitió consolidar intervenciones de buena práctica que incluye valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, reforzar el cambio de posición, movilidad a los pacientes, aplicación de petrolato puro, colocación de apósitos hidrocelulares y valoración del estado nutricional. Cabe señalar, que dicho tópico se encuentra en su siguiente fase de medición.

### Medición basal del tópico “Úlceras por presión en la Terapia Intensiva Adultos”

Título UPP EN LA UCIA 1a. MEDICIÓN		Fecha: 18-Oct-16			
MEDIDAS PARA LA AUDITORIA CLÍNICA					
Medida no.	Evidencia de calidad en la atención o servicio (criterio)	Estandar (% de cumplimiento)	Excepción(es)	Definiciones e instrucciones para recolección de datos	
1	Movilidad pasiva en cama cada 2 horas	10%		sabana de control de enfermería	
2	Colchón de presión alterna	100%		sabana de control de enfermería	
3	Humedad	10%		sabana de control de enfermería	
4	Apósitos Hidrocelulares	20%		sabana de control de enfermería	
5	Escala de Braden Bergstrom	100%		sabana de control de enfermería	
Nota: Se cambian las evidencias y el % de cumplimiento de los estandares el 14 de diciembre de 2016					

Fuente: Resultado de mediciones reportadas por el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y enfermería en calidad.

### 1.3 Eventos Adversos

Durante el 2016, el Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos, recibió un total de 956 reportes de eventos adversos.

Eventos Adversos por tipo de evento			
Tipo de Evento	2014	2015	2016
Adversos (Incluye úlceras por presión)	704	828	906
Cuasi-falla	3	21	7
Centinela	35	30	35
Otros (Reacciones a Hemoderivados)	16	13	8
<b>Total</b>	<b>758</b>	<b>892</b>	<b>956</b>

Como se observa en la tabla, el número de eventos adversos en 2016 fue de 906, mostrando un incremento en un 9.4% con relación a los 828 reportados en 2015. Este resultado se debió a la impartición de dos cursos impartidos sobre el tema de eventos adversos, donde se fomentó entre los participantes la notificación de los incidentes.

En relación a las cuasi-falla, se observó una disminución en un 66.7%, con respecto al mismo periodo de 2015 que fue de 21, debido a que el personal que tiene contacto directo con el paciente, aún no se encuentra sensibilizado sobre la importancia de la notificación (enfoque prospectivo).

En lo referente a los eventos centinela, se mostró un incremento en un 16.7%, con respecto a los 30 reportados en 2015.

Área que reporta	2014	2015	2016
Enfermería	715	556	709
Personal médico	8	242	151
Farmacovigilancia	35	94	96
<b>Total</b>	<b>758</b>	<b>892</b>	<b>956</b>

Fuente: Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Enfermería Calidad  
Sistema de Notificación de Eventos Adversos del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

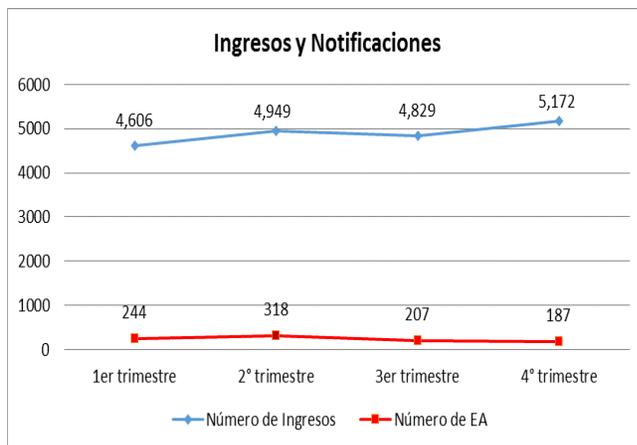
Como se observa previamente, el área que más reportó durante 2016, fue el personal de enfermería, el cual mostró un incremento del 27.5% en reportes. Se está trabajando en la sensibilización con el personal médico para crear una cultura de reporte del evento adverso.

Reporte de eventos adversos por trimestre				
1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre	Total
244	318	207	187	<b>956</b>

Fuente: Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Enfermería Calidad  
Sistema de Notificación de Eventos Adversos del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

En lo que refiere a la distribución de eventos adversos por trimestre, se observa que el mayor número de reportes se dio en el segundo trimestre del 2016, debido a un incremento en las notificaciones por parte del personal médico, originado por el ingreso y capacitación de los nuevos médicos residentes.

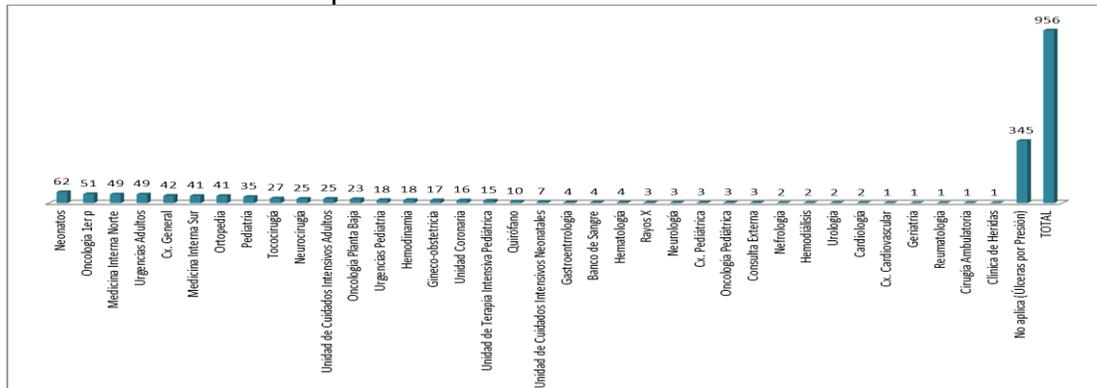
### Reporte de eventos adversos en relación al número de ingresos



La gráfica muestra el número de ingresos hospitalarios que fue de 19,556 con relación al número de eventos adversos reportados que fue de 956, observando que la proporción corresponde a la relación 1:20, es decir, que por cada 20 pacientes hospitalizados solo se reportó un evento adverso, por lo que el Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos, continúa trabajando en la sensibilización de la notificación de los incidentes en las Jefaturas de división y de servicio, profesionales de enfermería, personal administrativo y capital humano en

formación del Hospital Juárez de México.

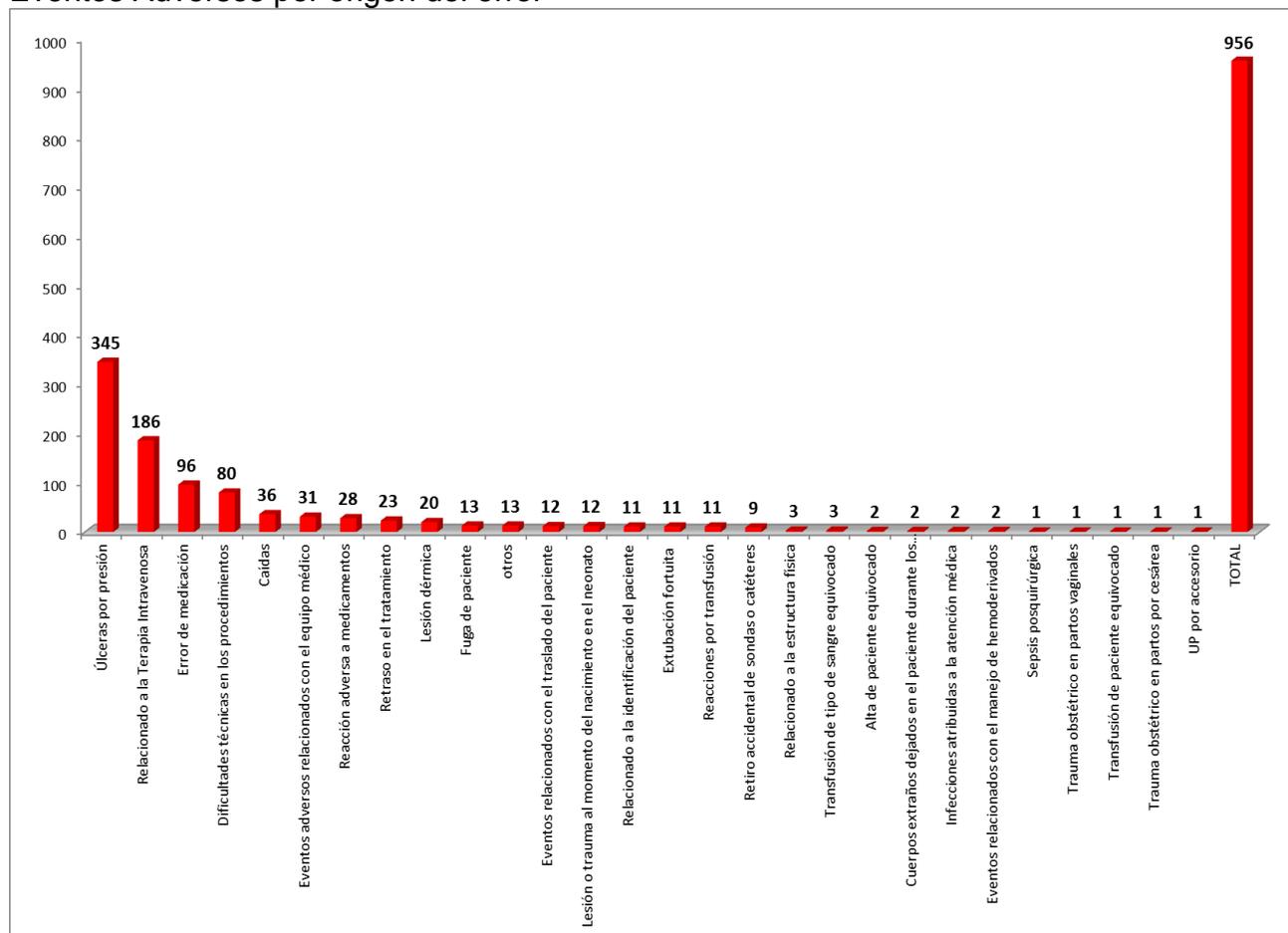
### Reporte de eventos adversos por servicio



Fuente: Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Enfermería Calidad  
Sistema de Notificación de Eventos Adversos del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

En lo referente al comportamiento de la frecuencia de la notificación de eventos adversos por servicio (no incluyendo úlceras por presión), durante el 2016, los servicios que tuvieron mayor cultura del reporte fueron Neonatología, Oncología, Medicina Interna norte, Urgencias Adultos y Cirugía General.

### Eventos Adversos por origen del error



Fuente: Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Enfermería Calidad  
Sistema de Notificación de Eventos Adversos del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

Derivado del análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos, se logró la clasificación por origen del error, identificando que el mayor porcentaje de eventos corresponden al rubro de úlceras por presión, seguido de errores relacionados con la terapia intravenosa, errores en el proceso de medicación, dificultades técnicas en los procesos directos en la atención y caídas.

Uno de los objetivos del equipo multidisciplinario para el análisis de eventos adversos, es trabajar de manera focalizada en la capacitación de buenas prácticas de acuerdo a los eventos que se notifican, con la finalidad de reforzar la cultura del reporte.

#### **1.4 Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud**

Durante el 2016, se implementaron 21 proyectos de mejora con los siguientes enfoques:

- Prevención y tratamientos en el paciente hospitalizado.
- Medidas de seguridad en el traslado intrahospitalario del paciente.
- Apego a la normativa del consentimiento informado y requisitado correcto.
- Reducción de tiempos de espera del paciente que acude al servicio consulta externa.
- Educación continua para el paciente oncológico y su familia.

Los cuales fueron revisados por el área de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital, y gestionados ante la Dirección General de Calidad y Educación en Seguridad de la Secretaría de Salud, con la finalidad de impulsar el reconocimiento del personal de la Institución y estimular el mejoramiento en el desempeño de sus funciones.

#### **1.5 Certificación por el Consejo de Salubridad General**

Durante el 2016, se consolidó la evaluación de Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación, dando cumplimiento al estándar de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS 9) de la Cedula para Certificar Hospitales 2015.

Asimismo, en noviembre y diciembre de 2016, se realizaron visitas de diagnóstico a todos los servicios, con la finalidad de detectar riesgos en los sistemas críticos del Hospital.

Con el propósito de analizar y priorizar los riesgos, se elaboró una matriz de riesgos de los sistemas críticos que incluye: riesgos en el manejo y uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, gestión y seguridad de las instalaciones, y competencias y educación del personal.

Para el periodo de reporte se comprometió establecer indicadores de calidad, sin embargo, debido a que no está priorizada la matriz de riesgos no se pudieron realizar, por lo que esta actividad se efectuará para el primer trimestre de 2017.

Se inició con la elaboración y modificación de planes y procedimientos, de los sistemas críticos que incluyen manejo y uso de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, prevención y control de infecciones, y competencias y educación del Personal.

Además, se realizó la reinstalación del Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos (EMAEA).

Se impartieron seis cursos relacionados con la certificación hospitalaria, contando con la participación de 110 personas, entre los que se encuentran Jefes de División y de Servicio, así como personal de las áreas de Enfermería, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Farmacia Hospitalaria, UTIP, UCI, Enseñanza, Nutrición, RPBI, Protección Civil, Servicios Generales, Recursos Humanos, entre otros, con la finalidad de dar a conocer la

metodología del Consejo de Salubridad General, abarcando los cuatro sistemas críticos que corresponden a: Manejo y Uso de Medicamentos (MMU), Prevención y Control de Infecciones (PCI), Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS), y Competencias y Educación del Personal (SQE). Además, se formaron 30 auditores internos bajo el esquema de certificación.

Además, la Dirección Médica como cada año, realizó el Diplomado de Calidad y Seguridad del Paciente, capacitando a 29 profesionales de la salud.

### **1.6 Aval Ciudadano**

Se integró un nuevo grupo de seis avales ciudadanos, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios y seguridad del paciente.

Se firmaron dos cartas compromiso propuestas por el grupo de aval ciudadano, relacionadas con:

- Disminución del tiempo de espera para consulta externa.
- Mejora en la comunicación e información que el médico proporciona a los pacientes acerca de su padecimiento, tratamiento y cuidados que debe seguir el paciente.
- Mejora del tiempo de diagnóstico, supervisión y asignación de trabajadores de limpieza para mantener limpios los sanitarios de las entradas del Hospital.
- Suministro continuo de jabón y papel en los sanitarios.
- Reparación y mantenimiento de sanitarios, puertas y lavabos.
- Difusión de resultados de los indicadores de trato digno de cada cuatrimestre.
- Colocación de señalización más visible de las diferentes áreas para diversos trámites y servicios.
- Mejora del trato digno a pacientes y familiares por parte de las áreas de enfermería, médica, vigilancia y trabajo social.

Además, se contestó en tiempo y forma la encuesta “La Voz de los Avales Ciudadanos” y se elaboraron tres informes de seguimiento de aval ciudadano de los tres cuatrimestres, los cuales se entregan puntualmente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

### **1.7 Participación Ciudadana**

Se realizó el ejercicio de participación ciudadana conforme a la guía anual de acciones 2016, a través de las siguientes actividades:

- Identificación del tópico del ejercicio de participación ciudadana.
- Invitación a los actores sociales.
- Realización del ejercicio de participación ciudadana, recepción de las propuestas de los actores sociales y su publicación en el portal institucional.
- Se convocó a los servicios y/o personal involucrado a la segunda reunión interna de trabajo, para la atención y seguimiento de los compromisos adquiridos por la Institución, referente a las propuestas de mejoras realizadas por los actores sociales. En dicha reunión se propusieron y aceptaron diferentes acuerdos para solventar los

11 compromisos adquiridos, los cuales quedaron plasmados en una minuta y en un formato de acuerdos, teniendo un avance del 95%.

- Se envió por correo electrónico la invitación y el link <http://www.gob.mx/participa/sfp/evaluacion-mecanismos>, a los participantes de este programa para participar en la encuesta de mejora.

## 2. Comunicación Social

Durante 2016 se otorgaron un total de 223 entrevistas en medios masivos de comunicación, mostrando un incremento en un 153%, con relación a las 88 entrevistas realizadas en el mismo periodo de 2015. El incremento de las entrevistas se debió a la gestión de espacios en medios de comunicación, dentro de programas de televisión a nivel nacional como Efekto TV y Radorama. Por otra parte, se planeó la difusión de los días mundiales en temas de salud, que al ser coordinados con la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, generaron mayor impacto. Con ello, el Hospital Juárez de México se posiciona en la opinión pública nacional como un Hospital de referencia en divulgación de temas de prevención de la enfermedad, el tratamiento de sus complicaciones y promoción a la salud.

Cabe señalar, que de todos los Hospitales e Institutos que pertenecen a la Secretaría de Salud, el Hospital Juárez de México fue la Institución que más entrevistas otorgó a medios de comunicación.

Medio de comunicación	2015	2016
Televisión	35	104
Radio	15	46
Impresos	13	22
Web	25	51
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>223</b>

Además, a través de la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, se publicaron 40 boletines de prensa en diferentes medios y periódicos de circulación nacional, para difundir los resultados de las actividades académicas y de sentido social. Lo anterior, promueve la imagen positiva del Hospital Juárez de México en la opinión pública, como institución líder en promoción de la salud.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2016, se realizaron cuatro ruedas de prensa:

1. Primer trasplante renal cruzado.
2. Reconstrucción y microcirugía vascular.
3. Anorexia y bulimia, problema que afecta a los infantes.
4. Dr. Q y el equipo médico del HJM realizan cirugías a pacientes de escasos recursos.

En relación a las redes sociales, se destaca el incremento de seguidores en las siguientes:

- a. Twitter: 7,455 a 8,874 seguidores.
- b. Facebook: 8,899 a 20,873 likes.

Para fortalecer y contribuir al clima laboral y cultura organizacional, se realizaron los siguientes eventos:

- Día de la Enfermera
- Concierto Día de las Madres
- Día Mundial del Donante de Sangre
- YURI en Concierto #DignidadyCuidado
- Recital Itinerante Día de la Secretaria
- Convivencia Día de la Trabajadora Social
- Curso Desarrollo Emocional para Jefes de Servicio
- Memorial 1985
- Convocatoria de Calaveritas Literarias
- Caravana de la Salud GAM
- Clausura del Año Académico 2016
- Memorial Benito Juárez
- Día de la Mujer
- Día de la independencia

Con el objetivo de promover espacios lúdicos dentro de la rutina laboral, promover el humanismo, el crecimiento personal y desarrollo emocional; se realizaron actividades culturales y sociales que mejoran el desempeño laboral.

Día naranja, para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, Concientización sobre el cáncer de mama y #JuárezenelTiempo.

- Día Naranja (campaña mensual)
- Lavado de manos (campaña permanente)
- Día de la Concientización sobre el cáncer de mama
- #JuárezenelTiempo (campaña permanente en redes sociales)

Se implementó el Programa Amigos del Juárez para coordinar las acciones de los grupos voluntarios que trabajan con el Hospital, además de capacitarlos en higiene de manos y regular los accesos y actividades que realizan a favor de los pacientes. Con lo cual se beneficiaron a más de 5,400 pacientes.

Evento	Asistentes	Fundación
Día del niño	500	Patronato, Iluminando con Amor, Regalo de Amor, CGDV, Deseos de Vivir
Concierto SIVAM	200	Duerme Tranquillo

Concierto y obra sinfónica de CriCri	250	México Sonríe
Yuri en concierto #DignidadyCuidado	500	Cara México
Posada para pacientes pediátricos	150	Patronato, Iluminando con Amor, Por un Hogar, CGDV

En lo referente al “Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas” de la CCINSHAE para el apoyo a pacientes que no hablan español, en coordinación con Trabajo Social, se atendieron en 2016 a 40 pacientes que hablan las siguientes lenguas

Lengua	Pacientes
Náhuatl	12
Otomí	10
Zapoteco	6
Mazateco	3
Mixteco	2
Chinanteco	2
Mixe alto	1
Mazahua	1
Triqui	1
Huasteco	1
Tlapaneco	1
<b>Total</b>	<b>40</b>

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

**Arquitectura de Aplicativos (desarrollo de aplicativos)**, con relación al desarrollo de aplicativos se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se 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, Archivo Clínico, Urgencias y áreas de Recursos Financieros, por lo que se efectuaron reuniones de trabajo con las áreas involucradas, para determinar los requerimientos en cada módulo del aplicativo, revisar avances y hacer los cambios correspondientes.

Conjuntamente con el proveedor, se desarrolló el SGP, conformado en su primera fase por cuatro módulos (admisión, archivo, urgencias y cajas).

Se puso en operación el módulo de Archivo Clínico, encontrando diversas observaciones por parte de los usuarios de carácter administrativo/proceso, así como cierta inestabilidad del aplicativo, las cuales se encuentran en fase de

corrección y ajuste. Además, se tiene un avance del 90% en el desarrollo del código y modificaciones a la base de datos de la estructura del SGP.

- Se desarrolló e implementó el Sistema de registro de aspirantes a la Licenciatura de Enfermería, permitiendo que este proceso se realizara de manera digitalizada. Asimismo, se obtuvieron mejores beneficios administrativos como reducción de tiempos en la selección de aspirantes y elaboración de carpeta electrónica de documentos.
- Se brindó apoyo técnico especializado para la aplicación del examen de conocimientos, el cual fue realizado a través del sistema electrónico Educatest. Además, se generaron estudios estadísticos de resultados, así como su respectiva publicación en el portal institucional.
- Se brindó apoyo técnico en el uso del Sistema de registro de médicos residentes y de pregrado. Asimismo, se elaboró el respaldo de la base de datos del sistema, con el objetivo de que los responsables de la información contaran con un acceso de manera autónoma, mismo que les permitiera generar estadísticas y reportes.
- Se desarrolló el Sistema de seguimiento y conclusión de los protocolos de investigación en salud, de acuerdo a los requerimientos del área de Investigación y de conformidad con observaciones y sugerencias del Órgano Interno de Control.

Con la finalidad de digitalizar procesos dentro de la Institución, se realizaron las siguientes actividades en la Intranet:

- Publicación de 29 documentos relacionados con cursos, boletines, procedimientos y manuales.
- Se actualizó el módulo de Mesa de servicios, con la finalidad de incorporar al catálogo de servicios los temas de ayuda con mayor frecuencia reportados, referentes a redes, aplicaciones, soporte técnico y telefonía, así como mejorar el seguimiento de los tickets.
- Se desarrolló el buzón electrónico de quejas, sugerencias y reconocimientos con la finalidad de que los trabajadores del Hospital cuenten con mejores mecanismos de comunicación hacia la institución.
- Se realizaron adecuaciones en el Observatorio del Evento Adverso, relacionadas con modificación de texto, reestructuración de tópicos y creación de usuarios de acceso y contraseñas.
- Se implementaron las encuestas Detección de Necesidades de Capacitación, Evaluación del apego al Código de Ética y Código de Conducta, y Reglas de Integridad.

Por otra parte, se registraron las siguientes publicaciones en el Portal Institucional:

- 16 licitaciones.
- Cinco en la sección del Comité de Mejora Regulatoria Interna.
- Siete encuestas relacionadas con Gastos Catastróficos, Donación de Sangre, Cita para elaboración de estudio socioeconómico, Tabulador de cuotas, Contratos, Estadísticas y Solicitudes de información.
- Actualización y homologación de la sección de transparencia referentes a 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 fue del 99.9% y el acceso al servicio de internet de la red NIBA fue del 97%. Además, se ejecutó en nueve ocasiones el plan de contingencia de acceso al servicio de internet de la red de TELMEX, con el propósito de mantener el nivel de acceso global del 99.9%.

En cuanto a soporte técnico, durante 2016 se brindó atención a 1,081 tickets de la mesa de servicios, así como servicio técnico especializado multimedia para los eventos realizados en el auditorio, aula magna, y salas de usos múltiples, incluyendo sesiones generales, cursos, diplomados y congresos.

#### **4. Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia**

Las actividades desarrolladas en esta área, fueron las siguientes:

Se recibieron 26 observaciones de auditoría del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, relacionadas a procedimientos de diferentes servicios auditados, de las cuales queda pendiente atender ocho observaciones; las cuales se encuentran en proceso de atención conjuntamente con los servicios involucrados

Con la finalidad de estandarizar la manera de trabajar y eficientar los resultados por medio de un enfoque sistémico, se realizaron e implementaron cinco procedimientos transversales en grupos de trabajo multidisciplinarios, los cuales repercuten de manera general en todos los servicios clínicos y/o administrativos; siendo los siguientes:

- Procedimiento para el diseño, actualización y codificación de formatos
- Procedimiento para el seguimiento del funcionamiento de los Comités técnicos hospitalarios
- Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades transmisibles e inmunocomprometidos
- Procedimiento de atención del paciente en el área de evaluación clínica y corta estancia.

- Procedimiento para la activación del protocolo de emergencia “código Juárez” en caso de desastre

Por otra parte, se está trabajando en la implementación de tres procedimientos:

- Procedimiento para el manejo de alta y pre alta de hospitalización
- Procedimiento para otorgar interconsultas
- Procedimiento para la elaboración del informe de indicadores de medicina de alta especialidad

Con la colaboración de las Direcciones y Subdirecciones de área, se analizó, revisó y actualizó el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. En esta actualización, se incluyeron las atribuciones de las cuatro Subdirecciones de área que forman parte de la Estructura Orgánica autorizada. Asimismo, fueron modificadas algunas atribuciones de las Direcciones de área con base en las responsabilidades y obligaciones que actualmente tienen.

Derivado de la aprobación al Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México por la H. Junta de Gobierno, en la Tercera Sesión Ordinaria de 2016, se modificó el Manual de Organización y de Procedimientos del Hospital, obteniendo la opinión técnica favorable por parte de la Dirección General de Programación y Presupuesto DGPOP para el Manual de Organización Específico.

Respecto al Manual de Procedimientos, se cuenta con un resultado preliminar favorable en su revisión por parte de la DGPOP.

## **Transparencia**

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

Durante el 2016, se realizaron las siguientes actividades:

### **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 224 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 41 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.

### **1.3 Tiempo de respuesta a solicitudes de información.**

El tiempo promedio de respuesta de las solicitudes de información fue de 6.69 días, en comparación con el ejercicio anterior cuyo promedio de respuesta fue de 8.28 días, se tuvo una reducción de un 1.59 días.

## **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**

Acciones de Protección de Datos Personales.

Con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 23 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se actualizó en marzo y septiembre de 2016 los Sistemas Persona y se informó al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales. Además, se crearon ocho nuevos Sistema Persona y sus respectivos avisos de manejo de Datos Personales de conformidad con los Lineamientos de Protección de Datos Personales:

- 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. Sistema de Obligaciones de Transparencia de la Nueva Plataforma Nacional de Transparencia.**

Derivado de la entrada en vigor de la Ley General de Transparencia y la aprobación de los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Quinto y en la Fracción IV del Artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia del INAI, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2017, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se capacitó a 19 servidores públicos entre jefes de área y servidores públicos designados como responsables operativos para la carga de información en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia de la Plataforma Nacional de Transparencia.
- El 29 y 30 de agosto de 2016, se notificó a las áreas lo siguiente:
  - Usuario y contraseña para ingreso al Sistema
  - Las Tablas de Aplicabilidad
  - Los Lineamientos Técnicos
  - Los datos de contacto de los enlaces en el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), para aclarar dudas específicas, respecto del llenado de formatos.
  - Las dos etapas de carga y sus respectivos periodos de reporte.
- Se realizaron consultas al INAI, con la finalidad de delimitar los criterios informáticos de carga de información en dicha Plataforma.
- Se crearon criterios para la solicitud de creación de ligas url o hipervínculos con el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica y el Órgano Interno de Control.
- Se culminó la primera etapa de carga de la información con corte al 30 de septiembre de 2016, donde se aplicó una encuesta a las áreas para detectar la problemática que se tuvo al momento de cargar la información.

- Durante el cuarto trimestre de 2016, se llevaron a cabo ocho asesorías técnicas y de acompañamiento con cada una de las áreas responsables de la carga de información y sus respectivos enlaces operativos.

#### **6. Sesiones del Comité de Transparencia.**

El Comité de Transparencia sesionó en siete ocasiones, siendo cuatro sesiones ordinarias y tres sesiones extraordinarias.

#### **7. 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.

#### **8. Capacitación en Materia de Transparencia.**

Durante el ejercicio 2016, el Hospital Juárez de México recibió los siguientes reconocimientos en materia de Transparencia:

- Refrendo del Reconocimiento como Institución 100 % capacitados en Materia de Transparencia, correspondientes al Ejercicio 2015.
- Refrendo del Reconocimiento como Comité de Transparencia 100% capacitado en Materia de Transparencia, correspondiente al Ejercicio 2015.
- Refrendo del Reconocimiento como como Institución 100 % capacitados en Materia de Transparencia, correspondientes al Ejercicio 2016.

Se cumplió el 100% del Programa Anual de Capacitación en Materia de Transparencia 2016 en los siguientes rubros:

- Modalidad en Línea. Se tomaron siete cursos con un total de 153 participantes (mandos medios y personal de la Unidad de Transparencia).
- Cursos Presenciales en el INAI. Se tomaron dos cursos con la asistencia de cinco personas de la Unidad de Transparencia.
- Cursos Especializados en el INAI. Se tomaron dos cursos con un total de cuatro participantes de la Unidad de Transparencia.
- Cursos impartidos con recursos propios. Se impartieron cuatro cursos de “Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública”, donde se capacitaron a 80 servidores públicos de distintos niveles jerárquicos, priorizando que cada uno de los servicios cuente con al menos un elemento capacitado en materia de transparencia.

## **9. Acciones vinculadas al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.**

### **9.1 Acceso a la Información**

#### **AI.1 Promover la práctica sistemática de la desclasificación de expedientes reservados e información bajo el principio de máxima publicidad**

Se solicitó a las áreas que cuentan con expedientes reservados, hacer una revisión para identificar aquellos en los que no subsistiera la causa que dio origen a la reserva, por lo que durante el primer semestre se desclasificaron 206 expedientes y al segundo semestre 2016, se recibió la propuesta por parte de la Unidad Jurídica y la Dirección de Administración de 29 expedientes. Además, se emitieron circulares trimestrales, para fomentar la práctica sistemática de la desclasificación de expedientes reservados bajo el principio de máxima publicidad.

#### **AI.2 Fomentar la obligación de documentar toda decisión y actividad gubernamental.**

Se emitieron circulares trimestrales para fomentar entre el personal, la obligación de documentar toda decisión y actividad gubernamental, por lo que al cierre del ejercicio, no se declararon inexistencias de información.

#### **AI.3 Recabar y tratar a los datos personales con estricto apego al derecho de protección constitucional de los mismos.**

Se crearon ocho Sistemas Persona, avisos del manejo de datos personales y la creación de su Documento de Seguridad, para las siguientes áreas: Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, Unidad de Comunicación Social, Departamento de Abastecimiento, Informes y Hospitalidad, Unidad de Gastos Catastróficos, Admisión Hospitalaria, Trabajo Social y Programa de Causas.

#### **AI.4 Mejorar los tiempos de respuesta optimizando la gestión documental y la atención a solicitudes y recursos de revisión.**

Se emitieron circulares trimestrales, para fomentar entre el personal la mejora en los tiempos de respuesta en la gestión documental, la atención de solicitudes de información y los recursos de revisión, reduciéndose a tres días hábiles para solicitudes de información, dos para Datos Personales y al día siguiente para la atención de recursos de revisión.

#### **AI.5 Fomentar entre los servidores públicos la generación de información que asegure: calidad, veracidad, oportunidad y confiabilidad.**

Se realizaron las actualizaciones trimestrales al Portal de Obligaciones de las siguientes fracciones: I Estructura Orgánica, II Facultades, III Directorio, IV Remuneración mensual, VII Servicios, XIII Contrataciones, XIV Marco Normativo, XV Informes, XVI Participación ciudadana y XVII Información Relevante. Además se

trabajó con las áreas para la carga de información de las nuevas 48 fracciones en el Sistema de Portales de Obligaciones.

**AI.6 Buscar los mecanismos para cumplir con los programas de capacitación respecto a acceso a la información pública y protección de datos personales definidos por cada Dependencia y Entidad y notificados al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).**

Se recibieron los Refrendos de los Reconocimientos como Institución 100% Capacitada en Materia de Transparencia, correspondientes al Ejercicio 2015 y 2016, así como el Refrendo del Reconocimiento como Comité de Información 100% Capacitado 2016; se cubrió el 100 % del Programa Anual de Trabajo 2016 en Materia de Capacitación a través de la capacitación de 153 servidores públicos en línea a través del CEVINAI; cinco en capacitación presencial; 80 con recursos propios y cuatro tomaron cursos especializados. Además, se asistió a nueve eventos en materia de transparencia.

**AI.7 Diseñar estrategias para concientizar a las personas sobre el ejercicio de su derecho a la protección de sus datos.**

Se crearon los avisos del manejo de Datos Personales de los ocho nuevos sistemas y se colocaron en lugares visibles para su difusión.

**AI.8 Promover la publicidad de los resultados de consultas ciudadanas.**

Se publicaron en el Portal Institucional, temas de información de manera proactiva, independientes de la Información Socialmente útil o focalizada: Cita telefónica de primera vez; Convocatoria Cardiología, Convocatoria Escuela de Enfermería, Programa de Actividades Académicas 2016, Tríptico escuela de enfermería SUAyED 2017, Informes y Cuenta Pública, Campaña contra el Hostigamiento y Acoso Sexual, Convocatoria Residencia Médica Alta Especialidad Cirugía Trasplante Renal, Guías de Práctica Clínica, Examen Nacional de Residencias Médicas, Centro de Toxicología y Clínica de Obesidad.

## 9.2 Política de Transparencia

**PT.1 Identificar necesidades de información socialmente útil por parte de la población.**

Se homologó la Sección de Transparencia del Portal Institucional de acuerdo a los criterios para los Portales Institucionales de Internet 2016, establecidos por la Secretaría de la Función Pública. Además se actualizó la información publicada en la Sección de Acceso a la Información en el Apartado de Acuerdos. Se remitieron los Anexos 1 "Identificar necesidades de información socialmente útil por parte de la población"; Anexo 2 "Analizar y seleccionar, conforme a las necesidades de información socialmente útil identificadas"; Anexo 3 "Construir temas con información socialmente útil y publicarlos en la sección Transparencia de los portales institucionales de internet"; Anexo 4 "Evaluar la calidad de los temas con información

socialmente útil publicados”; Además se Actualizó trimestralmente la información publicada.

**PT.2 Difundir en audiencias estratégicas la información socialmente útil publicada por las dependencias y entidades.**

Se remitió el Anexo 5 “Difundir en audiencias estratégicas o específicas, los temas con información socialmente útil publicados” de la Guía de Transparencia Focalizada, donde se notificó que se llevó a cabo el ejercicio de Participación Ciudadana en fecha 15 de junio del 2016, con la participación de los actores sociales, donde se difundieron los temas de transparencia focalizada. Además se remitió el Anexo 7 "Analizar el efecto que tienen los temas con información socialmente útil publicados".

**PT.3 Incentivar el uso, intercambio y difusión de la información socialmente útil en la población.**

Se remitió el Anexo 6 “Incentivar el uso, intercambio y difusión de los temas con información socialmente útil en la población” de la Guía de Transparencia Focalizada 2016, donde se notificó la difusión de los temas de Transparencia Focalizada en carteles informativos y dípticos en los servicios de Banco de Sangre, Trabajo Social, Área de cajas, Urgencias; se giró una circular para los temas de Transparencia, se tiene una campaña de difusión a través de Redes Sociales Facebook y Twitter de los Temas de Transparencia. Además se remitió el Anexo 8 "Difundir hacia la sociedad el efecto y beneficios de la información socialmente útil".

**10. Evaluación emitida por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales al Hospital Juárez de México.**

Derivado de la entrada en vigor de la nueva Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como de la expedición de la Nueva Ley Federal en la materia, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), se encuentra en un periodo de transición respecto de la implementación de la Plataforma Nacional de Transparencia y el Sistema de Portales de Obligaciones, por lo que durante el ejercicio 2016, no se emitieron evaluaciones a los sujetos obligados.

**Acciones de Transparencia**

Se remitieron a la Secretaría de la Función Pública, a través de la Secretaría de Salud, las siguientes actividades:

Anexo 1 "Identificar necesidades de información socialmente útil por parte de la población".- Se realizó una selección de los temas que representan una necesidad a fin de informar a la población sobre trámites o servicios, a través del Portal Institucional en la Sección de Transparencia Focalizada.

Anexo 2 “Analizar y seleccionar, conforme a las necesidades de información socialmente útil”.- Derivado del análisis descrito en el anexo 1, se seleccionaron siete temas para publicar en la Sección de Transparencia Focalizada del Portal Institucional:

- 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

Anexo 3 “Construir temas con información socialmente útil y publicarlos en la sección Transparencia de los portales institucionales de internet”.- Se solicitó el apoyo de las áreas que generan y manejan la información de los siete temas de transparencia focalizada y se publicaron en el Portal Institucional.

Anexo 4 “Evaluar la calidad de los temas con información socialmente útil publicados”.- Se evaluó la difusión de la información socialmente útil a través de los Portales Institucionales de Internet, considerando indicadores de oportunidad, pertinencia, información comprensible y Calidad de la Información, mediante un indicador comparativo de consulta los usuarios respecto de la utilidad de la información, el cual se obtuvo a través de una encuesta publicada en cada uno de los temas.

Anexo 5 “Difundir en audiencias estratégicas o específicas, los temas con información socialmente útil publicados”.- Se llevó a cabo la difusión de los siete temas de Transparencia Focalizada en el Ejercicio de Participación Ciudadana 2016.

Anexo 6 “Incentivar el uso, intercambio y difusión de los temas con información socialmente útil en la población” los temas con información socialmente útil publicados”.- Se difundieron los temas de transparencia focalizada a través de carteles, dípticos, invitaciones a través de Facebook y Twitter, circulares al personal.

Anexo 7 “Analizar el efecto que tienen los temas con información socialmente útil”.- De acuerdo al indicador reportado se llevó a cabo la evaluación obteniendo los siguientes resultados:

TEMA	RES ULTADOS	BENEFICIOS
Solicitudes de Información	(30) 28/100=93.33	Al 93.33% de las personas encuestadas les fue de utilidad la información ya que se promovió el derecho de acceso a la información y se dio a conocer en formatos accesibles las estadísticas del número de solicitudes de información de mayor interés.
Tabulador de Cuotas de Recuperación	(23) 28/100=91.30	Al 91.30% de las personas encuestadas les fue de utilidad la información ya que se dio a conocer al público las cuotas de recuperación vigentes y poder hacer un comparativo con otras instituciones.
Programa de Gastos Catastróficos	(46) 51/100=90.19	Al 90.19% de las personas encuestadas les fue de utilidad la información ya que se indica cuales son las enfermedades que están cubiertas por este programa así como sus requisitos y trámites.
Cita donación de sangre	(40) 36/100=90.00	Al 90.00% de las personas encuestadas les fue de utilidad la información, por medio de la cual se dio a conocer los requisitos indispensables para donadores de sangre, además de que ofrece la facilidad para agendar una cita vía electrónica.
Agenda tu cita para elaboración de estudio Socioeconómico	(23) 28/100=91.30	Al 91.30% de las personas encuestadas les fue de utilidad la información, porque da a conocer los trámites y requisitos para la elaboración del estudio socioeconómico así como agendar una cita vía electrónica desde cualquier lugar.
Estadística	(23) 19/100=82.60	Al 82.60% de las personas encuestadas les fue de utilidad la información, en este apartado se publican los datos de la atención y servicios que brinda el Hospital lo que permite hacer un comparativo con otras Instituciones.
Contratos	(22) 28/100=78.57	Al 78.57% de las personas encuestadas les fue de utilidad el conocer el tema de los contratos mediante gráficas y estadísticas por tipo y monto de las contrataciones realizadas durante el ejercicio 2014 y 2015.
<b>OBSERVACIONES</b>		
Para determinar los resultados, se consideró el siguiente indicador:		
tomó en cuenta los resultados de la Encuesta de Calidad publicada en cada uno de los temas a través de la siguiente fórmula:		
(NPU/NEC)* 100		
(Número de personas a las que les fue de utilidad la información/Número de encuestas de calidad respondidas)* 100		
*Para considerar el Indicador se tomó en cuenta las Encuestas de Calidad respondidas por cada tema.		

Anexo 8 “Difundir hacia la sociedad el efecto y beneficios de la información socialmente útil”.- Se publicó en la Sección de Transparencia Focalizada del Portal Institucional, los resultados obtenidos mediante el indicador de las encuestas de calidad de cada tema y los beneficios que representan para la sociedad.

Anexo 9 “Actualizar trimestralmente el contenido e información de los temas con información socialmente útil (impresiones de pantalla)”.- Se llevaron a cabo actualizaciones trimestrales de la Sección de Transparencia del Portal Institucional, con apoyo del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), en los siguientes apartados:

- a) Transparencia
- b) Normatividad en Transparencia
- c) Acceso a la Información
- d) Obligaciones de Transparencia
- e) Transparencia Focalizada

- f) Participación Ciudadana
- g) Indicadores de Programas Presupuestarios
- h) Recomendaciones dirigidas al Hospital Juárez de México
- i) Estudios financiados con recursos públicos
- j) Planes, programas e informes

## **5. Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional**

Durante el 2016, se planeó extender el uso del tablero de indicadores hospitalarios a un total de 16 servicios, logrando que 19 de ellos contaran con esta herramienta estratégica en sus equipos de cómputo, siendo los siguientes: Dirección de Planeación Estratégica, Dirección Médica, Dirección de Administración, Dirección de Investigación, Unidad de Enseñanza, Unidad de Planeación y Evaluación, Divisiones de Pediatría, Medicina Crítica, Cirugía, Medicina, Ginecoobstetricia e Investigación, Servicio de Estadística, Centro de Capacitación y Desarrollo, Jefaturas de Posgrado y Educación Médica Continua, y Coordinación de Ciclos Clínicos y Servicio Social. Por lo tanto se tuvo un cumplimiento del 95% en el indicador Porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios (jefes de división y de servicio), con relación a la meta anual programada del 80%.

El propósito del manejo de esta herramienta permitirá contar con información oportuna, veraz y confiable, que de manera sistematizada coadyuve al análisis y toma de decisiones y al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

Asimismo, se revisó, analizó e integró la información del área médica, investigación, planeación, enseñanza y administración, para la elaboración de dos Informes de Autoevaluación del Director General y dos Reportes de Gestión de las actividades realizadas, así como para la reproducción de cuatro carpetas para la H. Junta de Gobierno.

Como parte de la estrategia del fortalecimiento de colaborar con las áreas generadoras de la información en la justificación de los resultados obtenidos en los indicadores de desempeño con relación a las metas y a los objetivos institucionales, se trabajó con las áreas en la revisión, análisis e integración de la información para dar cumplimiento en tiempo y forma con lo solicitado por las diversas instancias.

- Se enviaron cinco reportes de la Matriz de Indicadores para Resultados 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”.
- Se enviaron las metas de los indicadores 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”.
- Se revisaron los programas de trabajo de las direcciones de área y se integró el Programa Anual de Trabajo 2016 de la Dirección General. Igualmente se revisaron los programas de trabajo de las áreas de: Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia, División de Calidad y Apoyo a la Atención, y Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica.

- Se enviaron los reportes relacionados con la Evaluación de efectos socioeconómicos, Principales resultados alcanzados (Evaluación programático presupuestal), Cifras definitivas de Cuenta Pública y Registro de poblaciones, 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”.

Además, se dio cumplimiento a los siguientes informes:

- Se elaboraron cuatro actas ejecutivas de las sesiones de la H. Junta de Gobierno.
- Se elaboraron dos reportes del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), para incluirlos en el informe de autoevaluación del Director General.
- Se coadyuvó con el reporte del análisis del ejercicio del presupuesto de egresos para la Cuenta Pública.
- Se revisó la Estructura Programática Individual del Hospital y se realizó la concertación de la misma.
- Se atendieron las dos observaciones emitidas, una por la Auditoría Superior de la Federación y otra por el Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México.
- Se atendieron solicitudes de información en materia de transparencia.
- Se enviaron cuatro informes 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.
- Se dio cumplimiento con la carga de seis reportes en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia, derivado de la información solicitada en el artículo 70 fracciones IV, V, VI, XXIX y XXXVIII incisos A y B, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Se elaboraron cuatro informes del seguimiento del desempeño, para el reporte del Comité de Control y Desempeño Institucional.
- Se realizó la evaluación del desempeño institucional 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”, a través del Modelo Sintético del Desempeño, presentando en la Tercera Sesión Ordinaria 2016 de la H. Junta de Gobierno los resultados del periodo enero-junio 2016, el cual mostró diferencias porcentuales aceptables en el cumplimiento de las metas presupuestales y ejecución del presupuesto, ubicando los resultados globales de los programas presupuestales dentro del cuadrante IV como un desempeño equilibrado.

Por otra parte, se recibió capacitación en línea en temas relacionados con Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Sensibilización para la transparencia y rendición de cuentas, y Ética pública. Además, de forma presencial en el rubro de Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

## Otros Aspectos.

### Informe de Sesiones de Comités Internos

Durante 2016, se conformaron un total de 22 Comités, seis Sub Comités y seis Comisiones que trabajan en favor de la calidad y seguridad de los pacientes.

Se efectuaron 135 sesiones ordinarias y 45 extraordinarias, de las cuales se generaron un total de 207 acuerdos (138 atendidos y 69 en proceso).

Asimismo, se elaboró y se implementó el “Procedimiento para dar seguimiento a los Comités Técnicos Hospitalarios”.

### Logros de la Dirección de Planeación Estratégica

- Evaluación del Desempeño Institucional a través del Monitoreo de Ejecución y Resultados de los Programas Presupuestales, de la Secretaría de Función Pública.
- Se logró por primera vez la evaluación del Programa Hospital Seguro por parte del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación.
- Ratificación de los reconocimientos como Institución 100% capacitada y Comité 100% capacitado en materia de Transparencia por parte del INAI.
- Disminución del 23% en los tiempos de respuesta a las solicitudes de información pública y datos personales.
- Generación por primera vez de ocho sistemas de datos personales.
- Se implementó el primer procedimiento para la estandarización y evaluación de los Comités Hospitalarios.
- El Hospital Juárez de México obtuvo el primer lugar en posicionamiento en medios en la Secretaría de Salud.
- Se diseñaron controles para medir la productividad del CIIMEIT.
- Implementación de lista de verificación para el análisis sistemático de Manuales de Procedimientos y Organización Específico.
- Se concluyó con la formación de auditores internos que permitió la detección, análisis y priorización de riesgos relacionados con la seguridad del paciente, trabajadores e instalaciones.
- Formación de dos instructores certificados por el INAI, los cuales capacitaron a 80 servidores públicos del Hospital.

### Debilidades de la Dirección de Planeación Estratégica

- Personal de la Dirección de Planeación Estratégica que realiza actividades de otras áreas.
- Infraestructura insuficiente para el desarrollo de las funciones propias de las áreas que integran la Dirección de Planeación Estratégica.

- Retraso en la entrega de información oportuna y confiable por parte de las áreas generadoras.
- Personal adscrito sin perfil y competencias acorde a las funciones de las áreas, lo que limita el cumplimiento efectivo de las mismas, así como la designación de mayores responsabilidades.
- Personal de reciente ingreso que se encuentra en curva de aprendizaje en los procesos del Hospital.
- Inestabilidad en la estructura funcional de la Dirección de Planeación Estratégica.
- Falta de personal asignado al área de Protección Civil.
- Limitaciones en la participación en la toma de decisiones dentro del alcance de las funciones.

### **Informe del Programa Anual de Trabajo 2016**

Al periodo que se informa, se presenta el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2016, de la Dirección de Planeación Estratégica:

Con la finalidad de dar cumplimiento al programa Aval Ciudadano y conocer la satisfacción de los usuarios en relación a la atención médica recibida, se realizó la aplicación de la encuesta, obteniendo resultados satisfactorios en los rubros de: Información sobre su estado de salud, explicación del tratamiento a seguir y la calidad en la atención.

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 implementaron dos tópicos de auditoría clínica, una relacionada a la “Instalación de Catéter Venoso Central en el Servicio de Oncología” y otra en el rubro de “Úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos”.

En lo referente a la extensión del uso del Tablero de indicadores hospitalarios, se logró que 19 servicios contaran con esta herramienta estratégica en sus equipos de cómputo, siendo los siguientes: Dirección de Planeación Estratégica, Dirección Médica, Dirección de Administración, Dirección de Investigación, Unidad de Enseñanza, Unidad de Planeación y Evaluación, Divisiones de Pediatría, Medicina Crítica, Cirugía, Medicina, Ginecoobstetricia e Investigación, Servicio de Estadística, Centro de Capacitación y Desarrollo, Jefaturas de Posgrado y Educación Médica Continua, y Coordinación de Ciclos Clínicos y Servicio Social.

Con relación a la línea de acción sistematización del funcionamiento de los comités hospitalarios, en el indicador Porcentaje de sesiones de comités hospitalarios realizadas, se registraron 133 sesiones en los Comités Técnicos Hospitalarios con respecto a las 88 sesiones programadas, que representa un 151% de cumplimiento del indicador. Este resultado se debió a que se reestructuraron y revisaron todos los órganos colegiados del Hospital, lo cual permitió la inclusión de comités que no estaban contemplados.

Con la finalidad de garantizar el correcto funcionamiento del Hospital, en situaciones de siniestro se desarrollaron cinco documentos: Cedula de autoevaluación de Hospital Seguro, Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres, Lineamientos de Capacidad Estructural, Capacidad Funcional y Capacidad no Funcional.

Con el objetivo de informar a la ciudadanía y a la opinión pública, sobre las acciones y programas que lleva a cabo el Hospital, se realizaron un total de 281 publicaciones en el portal institucional, de las cuales 274 corresponden a actividades médico asistenciales, académicas y culturales, y siete 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).

Se realizó una encuesta a los trabajadores del Hospital referente a Clima y cultura organizacional, con el fin de conocer el clima laboral y sentido de pertenencia con la Institución.

Con el propósito de establecer una base de datos centralizada para normalizar la información básica del paciente, se implementó el Sistema de Gestión de Pacientes (SGP), conformado en su primera fase por los módulos de admisión, archivo clínico, urgencias y cajas, de los cuales únicamente el de archivo clínico se puso en operación, debido a la falta de presupuesto e infraestructura de equipo de cómputo.

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	Líneas 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.	<b>Porcentaje de satisfacción del paciente de la encuesta de aval ciudadano.</b> V1: Sumatoria de Satisfacción por tópico / V2: Número total de tópicos	765 = 85% 9	Semestral	N/A	691 = 76.7% 9 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 9.8% en el porcentaje de satisfacción del paciente de la encuesta de aval ciudadano, con relación a la meta anual programada de 85%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que los pacientes encuestados no expresaron satisfacción en los indicadores correspondientes a la información sobre los cuidados a seguir en casa y el tiempo que esperó para pasar a consulta.
2			1.1.18 Reestructura de auditorías internas.	<b>Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas.</b> V1: Número de auditorías clínicas realizadas / V2: Número de auditorías clínicas programadas x 100	2 = 66.7% 3	Semestral	N/A	2 = 66.7% 3 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%. 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.
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.	<b>Porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios entre jefes de división y de servicio.</b> 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	19 = 95% 20 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior del 18.7% en el porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios (jefes de división y de servicio), con respecto a la meta anual programada del 80%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a se planeó extender el uso del tablero de indicadores hospitalarios a un total de 16 servicios, logrando que 19 de ellos contaran con esta herramienta estratégica en sus equipos de cómputo, siendo los siguientes: Dirección de Planeación Estratégica, Dirección Médica, Dirección de Administración, Dirección de Investigación, Unidad de Enseñanza, Unidad de Planeación y Evaluación, Divisiones de Pediatría, Medicina Crítica, Cirugía, Medicina, Ginecoobstetricia e Investigación, Servicio de Estadística, Centro de Capacitación y Desarrollo, Jefaturas de Posgrado y Educación Médica Continua, y Coordinación de Ciclos Clínicos y Servicio Social. Por lo que se tuvo un cumplimiento del 95% en el indicador Porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios (jefes de división y de servicio), con relación a la meta anual programada del 80%.
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.	<b>Porcentaje de sesiones de comités hospitalarios realizadas.</b> V1: Número de sesiones de comités realizadas / V2: Número de sesiones de comités programadas x 100	66 = 75% 88	Semestral	N/A	135 = 153.4% 88 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior del 104.5% en el porcentaje de sesiones de comités hospitalarios realizadas, con respecto a la meta anual programada del 75%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se realizaron de más 67 sesiones, derivado de que se reestructuraron y revisaron todos los órganos colegiados del Hospital, lo que permitió la inclusión de comités que no estaban contemplados.
5	Certificar al Hospital como Hospital Seguro ante Protección Civil de la Secretaría de Gobernación.		1.2.3. Certificación como Hospital Seguro.	<b>Porcentaje de cumplimiento de los documentos de evaluación de Hospital Seguro.</b> V1: Número de documentos desarrollados / V2: Total de documentos solicitados x 100	5 = 45% 11	Semestral	N/A	5 = 45% 11 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de cumplimiento de los documentos de evaluación de Hospital Seguro, con relación a la meta anual programada de 45%. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se desarrollaron siguientes documentos: Cedula de autoevaluación de Hospital Seguro, Plan Integral para la Atención de Emergencias y Desastres, Lineamientos de Capacidad Estructural, Capacidad Funcional y Capacidad no Funcional.
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.	<b>Porcentaje de planes de integración de sistemas desarrollados para certificación.</b> V1: Número de planes desarrollados / V2: Número total de planes x 100	2 = 40% 5	Semestral	N/A	2 = 40% 5 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de planes de integración de sistemas desarrollados para certificación, con relación a la meta anual programada de 40%. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se desarrollaron dos de los Estándares de Certificación, correspondientes al Plan de Calidad, y Manejo y uso de medicamentos.

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. 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 electiva.	<p><b>Porcentaje de publicaciones anuales en el portal institucional.</b></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><math>\frac{281}{208} = 135\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 50% en el porcentaje de publicaciones anuales en el portal institucional, con relación a la meta anual programada de 90%.</p> <p>Este resultado se debió a que se realizaron un total de 281 publicaciones en el portal institucional, de las cuales 274 corresponden a actividades medico asistenciales, académicas y culturales que realiza el Hospital y siete 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.	<p><b>Porcentaje de encuestas realizadas para determinar clima y comunicación organizacional.</b></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><math>\frac{1}{2} = 50\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 50% en el porcentaje de encuestas realizadas para determinar clima y comunicación organizacional, con relación a la meta anual programada del 100%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que la aplicación de las encuestas estaba diseñada para realizarse simultáneamente, sin embargo, debido a la falta de diseño, únicamente se aplicó una encuesta (Clima y cultura organizacional).</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>		<p><b>Porcentaje de módulos implementados del Sistema de Gestión de Pacientes (SGP).</b></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><math>\frac{4}{16} = 25\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de módulos implementados del Sistema de Gestión de Pacientes (SGP), con relación a la meta anual programada de 25%.</p> <p>Este resultado 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 debido a la falta de presupuesto e infraestructura de equipo de cómputo, únicamente se puso en producción el módulo de Archivo Clínico.</p>