

## Índice

<b>1. DIRECCIÓN GENERAL.....</b>	<b>1</b>
1.1 PROGRAMA DE TRABAJO .....	1
ASPECTOS CUALITATIVOS .....	15
<b>INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
1. NÚMERO DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS GRUPOS I A V. ....	15
2. NÚMERO DE PLAZAS DE INVESTIGADOR.....	15
3. PUBLICACIONES (I-II) /PLAZAS DE INVESTIGADOR.....	15
4. PUBLICACIONES (III- IV-V)/PLAZAS DE INVESTIGADOR. ....	16
5. PUBLICACIONES DE LOS GRUPOS III, IV Y V/NÚMERO DE PUBLICACIONES DE LOS GRUPOS I-V. ....	16
6. SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES (SNI). ....	16
7. MIEMBROS DEL SNI/PLAZAS DE INVESTIGADOR.....	16
8. NÚMERO DE INVESTIGADORES MIEMBROS DEL SNI/NÚMERO DE INVESTIGADORES.....	16
9. NÚMERO DE PUBLICACIONES TOTALES PRODUCIDAS/NÚMERO DE INVESTIGADORES. ....	16
10. PRODUCCIÓN. ....	17
11. TESIS CONCLUIDAS .....	17
12. NÚMERO DE PROYECTOS CON PATROCINIO EXTERNO.....	17
13. PREMIOS, RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES RECIBIDAS.....	17
14. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN MÁS RELEVANTES.....	18
15. LISTA DE PUBLICACIONES (GRUPOS III, IV,V) .....	19
OTROS ASPECTOS .....	25
ESTADO DE LAS INVESTIGACIONES. ....	25
IMPACTO DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.....	25
CURSOS DE INVESTIGACIÓN .....	25
CONVENIOS DE COLABORACIÓN .....	25
PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD 2007-2012.....	26
INFORME DE AVANCES DEL PROGRAMA DE TRABAJO 2012. ....	29
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2012 DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL E022 “INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD” .....	31
<b>ENSEÑANZA .....</b>	<b>35</b>
1. TOTAL DE MÉDICOS RESIDENTES.....	35
2. RESIDENCIAS DE ESPECIALIDAD.....	36
3. CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD.....	37
4. CURSOS DE PREGRADO .....	38
5. NÚMERO DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL.....	39
6. NÚMERO DE ALUMNOS DE POSGRADO.....	39
7. CURSOS DE POSGRADO.....	39
8. NÚMERO DE AUTOPSIAS.....	40
9. PARTICIPACIÓN EXTRAMUROS.....	40
10. PORCENTAJE DE EFICIENCIA TERMINAL.....	41
11. ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA.....	41
12. CURSOS DE ACTUALIZACIÓN (EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA).....	43

13. CURSOS DE CAPACITACIÓN.....	47
14. SESIONES INTERINSTITUCIONALES.....	49
15. SESIONES POR TELECONFERENCIA.....	50
16. CONGRESOS ORGANIZADOS.....	50
17. PREMIOS, RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES RECIBIDAS.....	50
OTROS ASPECTOS.....	50
CONVENIOS.....	51
AVANCES DEL PROGRAMA DE TRABAJO 2012.....	54
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2012 DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL E010 “FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA SALUD”.....	56
<b>ASISTENCIA.....</b>	<b>58</b>
1. NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS.....	58
2. NÚMERO DE URGENCIAS.....	60
3. NÚMERO DE CASOS NUEVOS ATENDIDOS.....	61
4. TOTAL DE MÉDICOS ADSCRITOS.....	61
5. NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS.....	62
6. TOTAL DE EGRESOS.....	64
7. NÚMERO DE CIRUGÍAS.....	65
8. NÚMERO DE CIRUGÍAS / NÚMERO DE CIRUJANOS.....	69
9. TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.....	70
10. TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.....	70
11. TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.....	72
12. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA.....	75
13. NÚMERO DE PACIENTES DEL SPSS ATENDIDOS EN CONSULTA.....	76
14. NÚMERO DE PACIENTES DEL SPSS ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN.....	76
15. TOTAL DE PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	78
16. TRABAJO SOCIAL.....	79
17. FARMACIA.....	79
18. NÚMERO DE ESTUDIOS DE IMAGEN (TAC, RM Y PET).....	80
19. NÚMERO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO.....	81
20. TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.....	81
21. NÚMERO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO ESPECIALIZADOS.....	82
22. GRUPOS DE APOYO A PACIENTES CONSTITUIDOS (DENOMINACIÓN DEL GRUPO).....	82
23. PREMIOS, RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES RECIBIDOS.....	83
OTROS ASPECTOS.....	84
RESOLUCIÓN DE EMBARAZOS.....	86
TASA DE CESÁREAS.....	87
MORTALIDAD MATERNA.....	88
NACIMIENTOS.....	88
TERAPIA INTENSIVA.....	89
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.....	91
ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO.....	91
ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR.....	92
PROMEDIO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO.....	93

ESTUDIOS REALIZADOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA .....	93
DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA. ....	94
CONVENIOS. ....	95
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA.....	95
CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARIAS.....	95
EVENTOS ADVERSOS.....	96
AVANCE DEL PROGRAMA DE TRABAJO 2012 .....	98
AVANCES DEL PROGRAMA DE TRABAJO DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	109
REPORTE DE AVANCES DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD 2007-2012. ....	113
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2012 DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL E023 “PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD”. ....	122
<b>ADMINISTRACIÓN .....</b>	<b>128</b>
INFORME DEL EJERCICIO DE LOS PRESUPUESTOS DE INGRESOS Y EGRESOS (GASTO CORRIENTE E INVERSIÓN, RECURSOS FISCALES, PROPIOS Y EXTERNOS). ....	128
COMPORTAMIENTO PRESUPUESTAL .....	128
ESTADOS FINANCIEROS COMPARATIVOS. ....	131
INDICADORES FINANCIEROS.....	131
BALANCE GENERAL.....	131
ESTADO DE RESULTADOS.....	132
CUMPLIMIENTO DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. ....	132
CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO. ....	133
CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS.....	133
PROGRAMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN. ....	133
PROGRAMAS SECTORIALES. ....	137
CADENAS PRODUCTIVAS. ....	137
CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD Y DISCIPLINA DEL GASTO (PROGRAMA DE AHORRO). ....	138
PROGRAMA NACIONAL DE REDUCCIÓN DEL GASTO PÚBLICO. ....	140
TRÁMITES, SERVICIOS, PROGRAMAS Y/O PROCESOS (TSPP).....	144
PROGRAMA DE MEDIANO PLAZO (PMP). ....	144
PROGRAMA DE MEJORA DE LA GESTIÓN.....	144
INFORME SOBRE SESIONES DE COMITÉS INTERNOS.....	160
CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL. ....	162
AVANCE FÍSICO Y FINANCIERO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN, EN SU CASO. ....	163
INDICADORES DE MATRIZ PARA RESULTADOS. ....	164
OTROS ASPECTOS. ....	165
RECURSOS HUMANOS. ....	165
ABASTO.....	166
AVANCES DEL PROGRAMA DE TRABAJO 2012. ....	166
SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO (SED).....	167

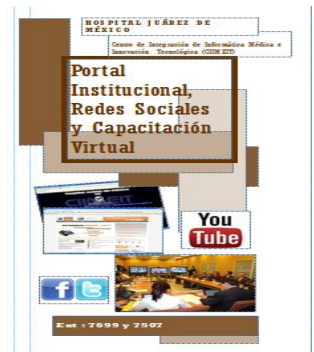
## 1. DIRECCIÓN GENERAL

### 1.1 PROGRAMA DE TRABAJO

Dra. Mercedes Juan López, Secretaria de Salud y Presidenta 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 2012.

La estructura de este informe, responde a la necesidad de hacer una rendición de cuentas transparente de las acciones desarrolladas para la atención integral del paciente. En primer lugar se presentan los avances del Programa de Trabajo Quinquenal 2010-2015, informando las acciones y logros por cada estrategia y línea de acción; en segundo lugar se presentan los aspectos cuantitativos y cualitativos de los avances y logros obtenidos en los indicadores hospitalarios y los avances del Programa de Trabajo de cada dirección de área.

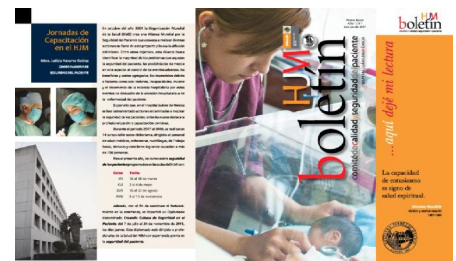
Fortaleciendo los avances del Programa de Trabajo de la Dirección General, se formalizó la creación del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), mismo que ha venido a llenar un vacío en el manejo y mejora de las TICs en el Hospital, área que adquiere mayor relevancia con base en el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 10 de diciembre de 2012, en específico lo relacionado al capítulo VI Modernización de la Administración Pública a través del uso de tecnologías de información y comunicación.



Inicialmente se efectuó un diagnóstico situacional completo, con el objetivo de planear un programa específico adecuado a las necesidades operativas, de enseñanza e investigación requeridas por el Hospital; dicho programa se presentó ante la Junta del Consejo Técnico Consultivo y abarca entre otros aspectos, la posibilidad de realizar sesiones de atención médica especializada a distancia.

Actualmente, se han realizado las siguientes acciones: Implementación del Sistema de Transmisiones en vivo en Alta definición a través del portal web, realización del inventario de aplicaciones funcionales, actualización de la página web institucional, apertura y monitoreo de acceso a redes sociales, sistema de tickets de soporte técnico, inventario dinámico digital de equipo informático y Gaceta del HJM en línea.

En cuanto a Comunicación Social, durante el 2012: se publicaron cuatro números de la "Gaceta HJM" y cuatro números del "Boletín HJM COCASEP".



Asimismo, en coordinación con la CCINSHAE y la Secretaría de Salud se gestionó la difusión externa y salida a medios de comunicación para dar atención a las entrevistas con médicos y personal del Hospital en radio, TV, periódicos y otros, logrando 70 entrevistas en medios, relacionadas con programas de salud y contenidos de de interés como: la clínica de obesidad, oncología, endocrinología, psicología, glaucoma, gastroenterología, donación de órganos, hipertensión arterial, oftalmología, anestesiología, maxilofacial, alergia, trastornos metabólicos, lactancia, el trascendental 165 Aniversario del Hospital, cardiología, toxicología, banco de sangre, dermatología, biología de la reproducción humana y la Certificación Hospitalaria.



En lo referente a relaciones públicas, se realizaron gestiones con el voluntariado de la SSA, Fundaciones, Universidades y otras empresas como el Nacional Monte de Piedad para solicitar apoyos e intercambios según la naturaleza y objetivos de cada una de ellas.

En cuanto a campañas institucionales, Comunicación Social participó en 17 como: Cita médica telefónica, trámites y servicios, convocatoria e integración del voluntariado, expediente clínico, donación de órganos del Hospital, gafetes de visitas; pase de visita, en cuanto a señalización en las áreas, se mejoró en un 70% (ubicación e identificación en el Hospital), derechos de los pacientes en otros idiomas y dialectos, difusión para la certificación (misión-visión, *triage*, metas internacionales, campaña antitabaco, señalamientos de seguridad y hospital seguro).

Durante el 2012, se dio seguimiento al Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, con el fin de apoyar a pacientes que no hablen español, contando con cinco traductores en cuatro dialectos: zapoteco, maya, mixe y mixteco.

De igual manera, el Hospital llevó a cabo 15 eventos culturales y/o académicos, entre ellos: Día de la Enfermera, Egreso de Médicos Residentes, Entrega de constancias a Internos de Pregrado, Bienvenida de Médicos Residentes de Nuevo Ingreso, Día de la Mujer, Día del Niño, Ceremonia del "Paso de la Luz" con la Escuela de Enfermería, 165 Aniversario del Hospital Juárez de México, Día del Médico, Día de Muertos, Ceremonia de reconocimiento al personal por años de servicio (jubilados), Día Mundial de la Lucha contra el SIDA y Clausura de Actividades 2012.



En apego a la normatividad vigente se está trabajando en el cambio de imagen institucional de acuerdo al Manual de Identidad Gráfica de la SSA emitido por la Presidencia de la República.

Por otra parte, y con la finalidad de brindar una mejor atención a los usuarios, se habilitó un módulo de informes en fin de semana y el otro continúa con las funciones diarias en la entrada principal del Hospital.

## **Avances y logros por Estrategia y Línea de acción.**

En la primer **Estrategia, dirigida a la mejora en la eficiencia de la gestión**, la aplicación del **liderazgo transformacional**, ha sido sin duda una de las vertientes exitosas que ha permitido el logro de la ampliación de esta primera Estrategia del Programa de Trabajo, con visión sólida al cumplimiento de la Misión Hospitalaria, pues se ha transitado hacia un desempeño directivo compartido, un modelo grupal que toma en cuenta las circunstancias; y desafía los procesos de manera proactiva, que proyecta y encauza el camino, da aliento, sentido y significación a cada propuesta y a los involucrados en ella.

Bajo esta perspectiva de trabajo, se han consolidado procesos que han permitido sostener y elevar la merecida y relevante posición del Hospital Juárez de México en el Sector Salud como Hospital de Alta Especialidad.

Además de conseguirse la Certificación Hospitalaria con estándares 2012, otorgada por el Consejo de Salubridad General con vigencia de tres años en el mes de noviembre de 2015; misma que ameritó la adopción y mejora de procesos así como de buenas prácticas a través de un sólido y prolongado trabajo en equipo, bajo la atinada dirección de la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria, se han superado debilidades detectadas en el diagnóstico inicial como son: la disminución de la complejidad de algunos procesos administrativos por ejemplo licitaciones electrónicas, cobro en cajas y de consulta de primera vez en bancos, información a pacientes y comunicación social intra y extramuros, mejora en la coordinación entre direcciones y áreas, avances en el programa de sistematización y mejora tecnológica de procesos y red informática, avance en el tema de equidad de género, mejora en la visión de apoyo a la gestión por parte del nuevo patronato proyectado para iniciar en 2013, así como aumento de convenios en beneficio de fines académicos, de investigación, financieros y operativos.

Todo ello, con la perspectiva firme de lograr abordar las necesidades de la creciente demanda en atención a la salud de los usuarios, para lo que el plan de desarrollo de áreas de mayor demanda continúa avanzando como es el caso del Proyecto del Centro Integral para Pacientes Oncológicos cuyo avance es principalmente de gestión ante DGDIF, DGPIaDes y CENETEC.

Por otra parte, se dio cumplimiento a la aplicación de la encuesta en línea sobre el Clima y Cultura Organizacional 2012 por parte de la Secretaría de la Función Pública, en donde participaron 445 trabajadores, se vertieron 105 comentarios entre los que destacan: felicitaciones en general, solicitud de mayor capacitación, aumento de sueldo, fomento al respeto y promover el escalafón.

En relación a la **Estrategia: “Consolidar la Actualización Profesional del Personal de Salud”**, para dar cumplimiento de esta estrategia, se han realizado las siguientes acciones: los médicos generales de la pre-consulta se han preparado permanentemente con diplomados sobre terapéutica, y en particular los jefes de servicio han recibido un curso-taller sobre habilidades gerenciales que ha otorgado el Comité de Calidad y Seguridad del

Paciente (COCASEP), en el cual han participado un total de 44 jefes de los servicios clínicos y de otras áreas paramédicas, y que tiene como fin primordial incrementar la capacidad y dar herramientas de gestión a los mandos que tienen a su cargo personal operativo.

Todos los servicios tienen actividades académicas con periodicidad habitualmente semanal en donde, tanto de forma individual como por servicio o interdisciplinariamente se revisan temas sobre la especialidad, casos clínicos complejos o de interés. El Hospital también, tiene bajo la responsabilidad del Departamento de Enseñanza, la sesión general semanal del Hospital que revisa en forma alterna con la Sociedad Médico-Quirúrgica temas de actividades académicas de interés médico, científico y cultural, y en donde se incorporan también las sesiones con estudios anatómo-patológicos de casos relevantes mediante biopsias de tejidos o autopsias.

La Unidad de Salud Mental Comunitaria, que cuenta con siete psicólogos, ha contribuido con la actualización permanente del personal en cursos de "Trato digno", habiendo cubierto a la división de cirugía y parcialmente a la de medicina, también con la formación de pasantes de la Facultad de Psicología de la UNAM; y en conjunto con Psiquiatría, se preparan a Licenciados en Psicología que están realizando la Maestría dirigida al área clínica. Además, se llevan a efecto sesiones clínicas y de temas del Servicio para actualización del personal adscrito y de los pasantes.

De la misma manera, los servicios clínicos participan en la presentación de ponencias en cursos institucionales y en actividades de capacitación y docencia con los Colegios, Asociaciones o Sociedades Nacionales de las diferentes especialidades; actividades que les permiten a los médicos especialistas de los diversos servicios el mantenerse actualizados en los avances de tópicos de las diferentes áreas de la medicina y cirugía, así como en los diagnósticos y tratamientos específicos, esto en conjunción a la revisión e implementación de las Guías de Práctica Clínica.

Todos estos mecanismos favorecen la profesionalización de las diversas ramas médicas y paramédicas.

La profesionalización del personal de enfermería siendo un objetivo prioritario de esta gestión, sobre todo a nivel licenciatura y grado de maestría, ha observado el siguiente incremento:

	<b>Licenciadas</b>	<b>Maestras</b>
<b>DIC. 2011</b>	<b>160</b>	<b>30</b>
<b>DIC. 2012</b>	<b>218</b>	<b>36</b>



En particular, el área de enfermería continúa con un plan permanente de actualización en dos aspectos fundamentales como son: la preparación de los planes de cuidados enfermeros (PLACES), de los cuales se ha logrado mediante un equipo de 12 enfermeras capacitar a 64 más, mediante la impartición de cuatro cursos, siendo personal de todos los turnos y servicios, con lo cual el Departamento de Enfermería tiene ahora seis carpetas de PLACES validados, que incorporan más de 120 diagnósticos enfermeros sobre: paciente hematológico, con insuficiencia renal crónica, con insuficiencia respiratoria, con riesgos de caídas; diabetes mellitus, post-operado de mastectomía, en especial por cáncer; prevención y cuidado de las úlceras por presión; de paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica, en la prevención del estreñimiento y en los cuidados de los enfermos con apendicitis aguda sometidos a tratamiento quirúrgico, así como en las pacientes en puerperio fisiológico inmediato y en los enfermos con lesión medular.



El otro rubro donde se ha preparado personal de enfermería, ha sido en la vinculación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, mediante cursos matutinos, vespertinos y nocturnos, con los que se espera tener una cobertura del personal de enfermería al 100%, también reforzará el método enfermero de aplicación universal en el Hospital.

El Departamento de Enfermería realiza un programa permanente de capacitación de su personal con una sesión semanal sobre temas actuales de la Enfermería Hospitalaria.

En la **Estrategia: “Sistematización de la Investigación Científica de Excelencia”**, se han realizado las siguientes acciones: dentro de la línea de acción *“Estrategias que orienten y optimicen el desarrollo de la investigación”*, se incorporó a las sesiones semanales de investigación, la presentación de los avances de los proyectos de investigación de los médicos del Hospital inscritos en el programa de Maestría en Ciencias de la Salud, de la ESM-IPN con sede en el Hospital Juárez de México, dirigidos por Investigadores en Ciencias Médicas, para fomentar la investigación clínica.

Se concluyó la actualización del Manual de Políticas y Procedimientos para protocolos de Investigación, con y sin la participación de la Industria Farmacéutica.

Dentro de la línea de acción *“Fortalecimiento de la comunicación interinstitucional”*, se inició un nuevo protocolo de investigación biomédica en colaboración con el CINVESTAV fortaleciendo las alianzas estratégicas con organismos nacionales para la realización de investigación científica.

Dentro de la línea de acción *“Oportunidades y financiamiento”*, fue aceptado un proyecto de investigación en la Convocatoria 2012 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, CONACyT.

En cuanto a la **Estrategia: “Enseñanza con Alto Perfil de Vocación Científica y Humana”**, se han realizado las siguientes acciones:

- Se realizó un curso de actualización docente para profesores de pregrado y posgrado, por parte de Facultad de Medicina de la UNAM, al que asistieron 23 profesores y otros 18 profesores de pregrado y posgrado recibieron estos cursos.
- Se efectuó en conjunto con Facultad de Medicina de la UNAM la revisión de los cursos de posgrado de medicina interna, cirugía general y nefrología resultando.
- El Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), se está trabajando para proporcionar a los residentes acceso a las fuentes de información a través de Internet.

Se realizaron a cabo las siguientes videoconferencias para mejorar la enseñanza:

- 1.- Seminario de Calidad 2012 vía *streaming*, con vigencia activa hasta diciembre.
- 2.- Nanotecnología en el Arte de Fabricar Membranas con la participación del Hospital Juárez del Centro, Centro Médico la Raza e Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, con la participación de 17 asistentes.
- 3.- Trato Digno al Usuario Indígena y Urbano, con la participación de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y el Hospital Juárez de México, con la participación de 19 asistentes.
- 4.- Patología Dual con la participación de la Academia de Patología Dual (AMEPAD) y el Hospital Juárez de México, contando con 15 participantes.

En la **Estrategia: “Administración Financiera Bajo Esquema de Transparencia y Rendición de Cuentas”**, se han realizado las siguientes acciones: en la línea de acción “*Sistematización para la administración de los recursos humanos*”, derivado de una auditoría realizada por el OIC al área de recursos humanos, se mejoraron los procesos que se llevan a cabo en Control de Asistencia y el Departamento de Nómina, como el pago oportuno y sin retraso de los sueldos del personal, evitando la generación de nóminas extraordinarias y contribuyendo a la disminución de inconsistencias por errores u omisiones en la aplicación de incidencias. A partir del mes de septiembre, la dispersión de la nómina es a través de la Tesorería de la Federación.

Se dio continuidad a las acciones para fomentar la competitividad del personal del Hospital, permitiendo mejorar la atención brindada a los usuarios.

Durante el mes de septiembre el personal participó activamente en el proceso de certificación y con ello, se alcanzó el objetivo de certificación para el Hospital por el Consejo de Salubridad General en el mes de noviembre con una evaluación final de 9.4.

En la línea de acción *“Monitorización de la transparencia y suficiencia financiera”*, durante el ejercicio 2012, se llevaron a cabo tres auditorías en el Hospital por las instancias fiscalizadoras correspondientes, de las cuales dos fueron del Órgano Interno de Control (OIC) y una del Auditor Externo, generando un total de 27 observaciones, 19 del OIC y 8 del Auditor Externo; para solventar dichas observaciones, se trabajó en forma conjunta entre las áreas involucradas y el OIC, enviando documentación soporte para su atención, solventándose al periodo que se informa un total de 19 observaciones, quedando pendientes de solventar ocho observaciones, de las cuales cuatro corresponden al OIC y cuatro al Auditor Externo.

Asimismo, se dio cumplimiento oportuno a lo siguiente:

- Obligaciones fiscales y con terceros institucionales (ISR por retención de salarios, 2.5% sobre nóminas, seguros, ISSSTE, FOVISSSTE y SAR) en los plazos y formas establecidos por la normatividad que los regula, evitando con ello, pagos extemporáneos y por ende, recargos y actualizaciones.
- Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción (PTRC).
- Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012.
- Sistema Integral de Información, dando cumplimiento oportuno a las peticiones de información de las diversas instancias fiscalizadoras, con lo que se fortalece la transparencia en el manejo de los recursos.
- Se dio observancia al Programa de Trabajo de Control Interno 2012, logrando atender 38 de las 39 acciones comprometidas, que representa el 97%, quedando en proceso de atención solamente el terminar de ofrecer algunos cursos en trato digno a la totalidad de personal, ya se cuenta con gran avance.

En la línea de acción *“Operatividad de los procesos administrativos, inventario y racionalización de los recursos”*, durante el 2012 se llevaron a cabo los procesos de adquisición de medicamentos, insumos y equipos, los cuales fueron autorizados y supervisados por el Comité de Adquisiciones de Bienes y Servicios y el Subcomité Revisor de Bases del Hospital, las adjudicaciones se sustentaron en pedidos abiertos, que permiten realizar reducciones y ampliaciones de cantidades por clave, según el comportamiento de la demanda de los mismos, evitando con esto, la caducidad de bienes y el incremento de inventarios por concepto de lento y nulo movimiento.

Para la recepción, guarda y distribución de insumos médicos se cuenta con el Sistema Informático de Administración “KUAZAR” que permite el registro por producto y centro de costeo en forma inmediata e histórica, se ha mantenido una actualización diaria de la captura de movimientos de almacén contando con información de consumos y existencias al día, los documentos para pago de facturas a proveedores se entregan al área financiera sin retraso.

En el rubro de abasto, se han implementado acciones de mejora en la elaboración de reportes semanales y mensuales de medicamentos, reactivos, insumos y materiales de lento y nulo movimiento, mismos que se informan a la Dirección Médica y al área de Abastecimiento, con la finalidad de mejorar el aprovechamiento de los bienes que son resguardados en los almacenes, así como disminuir o incluso evitar su adquisición.

Se realizó la baja y destino final de medicamento caducado, a fin de dar cumplimiento al debido resguardo y conservación en condiciones adecuadas de los insumos en los almacenes.

En relación al inventario del activo fijo, se estableció realizar un inventario permanente de los bienes muebles e inmuebles del Hospital, con la finalidad de regularizar y actualizar el registro de los bienes y resguardos de manera constante, asimismo, se elaboró un instructivo con actividades que implican la revisión de los datos y bienes que conforman el documento final de resguardo. Se concluyó el inventario y generación de los resguardos de los bienes con corte al 31 de diciembre de 2012; también se cuenta con un inventario actualizado del almacén de tránsito de activo fijo que se encuentra en evaluación por parte del Comité de Bienes Muebles para su baja y destino final, por no utilidad o para ser considerados como desecho.

En la línea de acción “*Conservación*”, en cuanto al mantenimiento preventivo y correctivo realizado a las instalaciones e infraestructura física del inmueble se realizó lo siguiente:

- Se proporcionó mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura e instalaciones del inmueble: se impermeabilizó la azotea de los edificios B, C y F, se pintaron las rejas del exterior del Hospital, se limitó el acceso en casa de máquinas, y en las azoteas de los edificios A y D, se dio mantenimiento preventivo a todos los generadores de aire acondicionado y agua helada, al dique de contenedores de diesel, se puso en funcionamiento el cuarto elevador con No. de serie 5128 en la torre de hospitalización.



Se realizaron diversas instalaciones: se colocó una puerta para el acceso a los contenedores de diesel, se pusieron mamparas en baño de la Jefatura de Enfermería, tapas y escaleras en la cisterna, se colocó una válvula seccionadora en la red de gas L.P. en el área de lavandería, se instaló un acceso vehicular para la subestación eléctrica número 2, se instalaron rejas para el acceso en el área de urgencias, estacionamiento del personal, zona del helipuerto y área de investigación.

Asimismo, se colocaron nuevas luminarias con tecnología *led* en el pasillo del área de quirófanos, se instalaron 100 detectores de humo, 40 chiflones, se instaló el detector de nivel bajo de agua y de lava cómodos en el séptico de Urgencias Adultos, también se realizaron señalizaciones en diferentes áreas del Hospital para los pacientes, se rotularon las líneas de gas, se limpiaron y reacomodaron los conductores de los tableros eléctricos y se repararon las tuberías del sótano.

Se cambió el aire acondicionado por mini splits individuales para un mejor control y ahorro de energía, se cambió el piso en cocina y del Laboratorio Central, se cambiaron los extintores de 160 cms a 130 cms; se repararon: el drenaje del tanque terapéutico y el tanque de rehabilitación, las líneas de agua potable en cocina, fugas en celdas de cimentación en edificios B y D y la línea de vapor en el área de lavandería.

- Se realizaron diversas, adaptaciones y remodelaciones: se adaptaron dos nuevas oficinas en el primer piso de hospitalización para la Farmacia Hospitalaria y la Central de Mezclas Intravenosas, una oficina para el personal de protección civil en planta baja, un cubículo de Trabajo Social en 4° piso Hospitalización y en Urgencias; se remodeló la sala UTIP del 4° piso norte en Hospitalización, el área en Urgencias Adultos, retiro de agua en las celdas de cimentación, limpieza de cisterna (primera y segunda etapa).



El mantenimiento preventivo y correctivo realizado al equipo médico fue el siguiente:

- Mantenimiento preventivo: se dio a un total de 313 equipos médicos, entre los que destacan, el equipo de hemodinamia, compresor de aire, secador de aire, esterilizador, mesa quirúrgica, monitor de signos vitales, vaporizadores, ventiladores, esterilizadores de gas, unidad de cobalto, equipo de mastografía, gastrovideoscopio, procesador de video, colposcopio, fuente de luz, mesas de exploración, microscopios, equipo móvil de rayos x, ultrasonido, sistema de imágenes, arco en c, audiómetro, máquina de anestesia, desfibrilador, entre otros.
- Mantenimiento correctivo: se dio a un total de 59 equipos médicos, entre los que destacan, el monitor de área, cuna de calor radiante, ultrasonido, estimulador, compresor, incubadora, microscopio, regulador de oxígeno, electrocardiógrafo,

monitor de signos vitales, conmutador, simulador, campana de flujo laminar, instrumental quirúrgico, sillón hidráulico, equipo de fresado, aspirador rodable, carro de carga para autoclave, entre otros.

Además, se establecieron contratos de arrendamiento de tres todocardiógrafos sencillos y uno gemelar, un ultrasonido, así como equipos en comodato como la gasometría y electrocoaguladores.

Se instalaron un total de 114 equipos médicos nuevos, adquiridos por Licitación Pública Internacional con los recursos recibidos del Fideicomiso del Sistema de Protección en Salud, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-Tabaco en los servicios de: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC), Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Tococirugía, Medicina Interna, Oftalmología, Endoscopía, Anestesiología, Consulta Externa, Quirófano, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Urgencias Adultos y Hemodinamia.



Las acciones realizadas en la **Estrategia: “Prestación de Servicios Hospitalarios de Calidad con Estándares de Seguridad para el Paciente”**, se han tenido los siguientes avances en el periodo reportado: La seguridad de los pacientes representa para esta administración una prioridad, por la importancia de prevención de diversos errores ligados a la atención a la salud, que van de las denominadas cuasi-fallas, que no originan daño a los pacientes hasta los llamados eventos centinelas, que pueden originar daños orgánicos severos, estancias prolongadas y evidentemente incremento de los costos de atención, hasta producir en ocasiones la muerte de los pacientes, siendo los más comunes los errores de medicación, las caídas de pacientes, las infecciones nosocomiales y otras situaciones que en la mayoría de los casos son prevenibles con medidas tan sencillas como el lavado de las manos por el personal de salud y la vigilancia de las 6 metas internacionales de la OMS.

Como una actividad permanente del proceso de certificación hospitalaria aprobado por el Hospital en el mes de septiembre, se capacitaron a los trabajadores en las 6 metas internacionales de seguridad de los pacientes que enfocan problemas frecuentes como son: la identificación correcta de los pacientes, para la cual el Hospital utiliza dos identificadores unificados; la mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud, en particular con las órdenes escritas y las indicaciones verbales o telefónicas, en casos de urgencia como el paro cardíaco; el uso de fármacos en prácticamente todos los pacientes hospitalizados, ha impulsado llevar a cabo acciones que van desde las pláticas formales en el auditorio, hasta las supervisiones directas como la aplicación de los llamados “7 correctos”, con lo que se han reducido los errores de medicación.

En cuanto a las medidas para realizar cirugías seguras y disminuir las infecciones intrahospitalarias, se cuenta además de los programas correspondientes, con estrategias de supervisión de estas dos últimas metas, para lo cual se han revisado todos los formatos desde la programación de la cirugía, el pre-operatorio para vigilar aspectos de la seguridad y en particular el de “tiempo fuera”, que busca evitar al máximo errores de sitios equivocados en las intervenciones.

Un particular trabajo se ha efectuado para impulsar la prevención de las infecciones nosocomiales, dada la trascendencia en salud como económica que tienen en especial las bacteriemias y las neumonías hospitalarias, fortaleciendo permanentemente el lavado de manos con la técnica propuesta por la OMS. Se ha mejorado la utilización de sustancias con el uso de dos productos: uno de ellos a base de alcohol-gel en las áreas comunes de hospitalización y el otro, que además de alcohol, contiene clorhexidina, un antiséptico potente, para las áreas críticas, en donde las infecciones son severas y pueden ser letales. Además, se inició la aplicación de medidas específicas diversas denominadas *care bundle* para la prevención de las neumonías adquiridas en el Hospital, en particular las asociadas al uso de ventiladores mecánicos.

Siguiendo con el uso seguro del manejo de medicamentos, el proyecto de farmacia hospitalaria se encuentra muy avanzado, se ha dotado de un área específica de gestión y de la primera generación de pasantes de la carrera de químicos fármaco-biólogos con especialidad en farmacia clínica, que se encargaron de los procesos de conciliación medicamentosa y de “idoneidad” de la prescripción que son exigencias de la certificación hospitalaria, quienes realizaron muy adecuadamente sus funciones durante el 2012, esperando en breve se incorpore la segunda generación.

Se encuentra en funciones un Centro de Mezclas externo, que proporciona los medicamentos oncológicos y antibióticos, así como el proyecto de incorporar a futuro como mínimo los sedantes, analgésicos narcóticos, anticonvulsivantes, así como a la nutrición parenteral, lo cual impacta favorablemente en la seguridad de los pacientes.

Se están reestructurando las herramientas de control documental para estos dos procesos y se han revisado las políticas hospitalarias para la medicación. Se han incorporado al proceso de supervisión estrecha otros medicamentos de alto riesgo como son los anticoagulantes intravenosos y la insulina humana.

La última meta internacional de seguridad la prevención de las caídas, se ha abordado mediante la utilización global de los esquemas de identificación de riesgos con la escala de *Crichton*, que identifica a los pacientes de alta inseguridad, sobre todo de caídas de cama, se vigila estrechamente a los pacientes que deambulan y se bañan acompañados por sus familiares, así como la prevención de caídas durante el traslado.

En relación a la capacitación en seguridad de los pacientes, se realizaron durante el periodo anual 2012, tres cursos básicos con 30 horas de duración, con la asistencia de 120 trabajadores de diversas áreas y se concluyó el segundo Diplomado “*Creando una cultura*

*de Seguridad del Paciente*”, con el aval de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud, con 24 alumnos egresados incluyendo cinco alumnos de sedes foráneas. En éste, se contemplan nuevos aspectos de la seguridad y entre las nuevas acciones complementarias, la seguridad en diferentes servicios del Hospital y las readmisiones como indicador de seguridad.

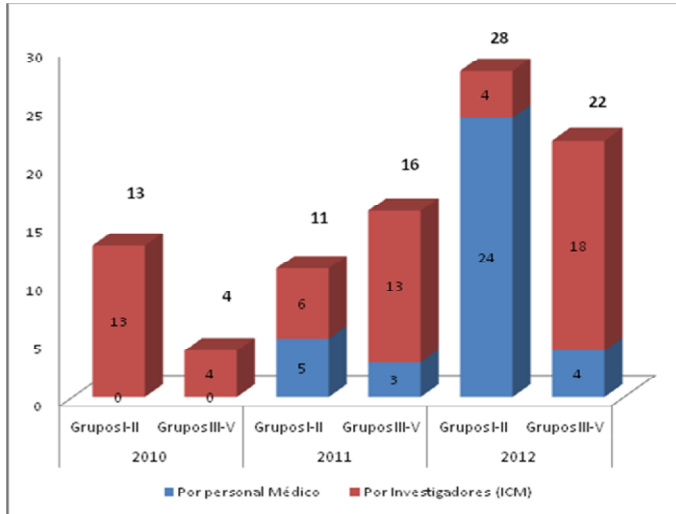




## **ASPECTOS CUALITATIVOS**

## ASPECTOS CUALITATIVOS

### INVESTIGACIÓN



#### 1. Número de Publicaciones Científicas grupos I a V.

La gráfica muestra las publicaciones científicas, por parte de los Investigadores en Ciencias Médicas, y del personal médico del Hospital 2010 al 2012.

Durante el 2012, el número de publicaciones totales (Grupos I a V) realizadas por Investigadores en Ciencias Médicas fue de 22 y por personal médico fueron 28, con relación al 2011 presentó un 85% de incremento del total de las publicaciones.

De las 22 publicaciones por parte de los investigadores, 18 corresponden a los grupos III a V, y 4 a los grupos I-II, logrando un incremento del 16% de publicaciones totales con respecto al 2011, donde se obtuvieron 19 publicaciones de las cuales 13 publicaciones correspondieron a los grupos III-V y 6 a los grupos I-II, además del aumento considerable en el número de publicaciones totales por parte de los investigadores, se incrementó en un 38.5% el número de publicaciones de mayor impacto (grupos III-V).

Por otra parte, durante el periodo de reporte 36 médicos participaron con 24 publicación de los grupos I-II.

#### 2. Número de Plazas de Investigador.

La plantilla de Investigadores en Ciencias Médicas (ICM), se mantuvo en 16 plazas ocupadas; sin embargo, dos plazas de ICM "B", fueron promovidas, una a "C" y otra a "D", logrando que las plazas se distribuyan de la siguiente manera:

Categoría	Número de plazas		
	2010	2011	2012
ICM A	1	1	1
ICM B	8	9	7
ICM C	1	1	2
ICM D	0	0	1
ICM E	1	3	3
ICM F	2	2	2
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

#### 3. Publicaciones (I-II) /Plazas de Investigador.

La productividad de publicaciones del grupo I-II, fue de 0.3 artículos por investigador, menor en un 33% en relación a 2011, que fue de 0.4 artículos por investigador, esta variación se explica por la siguiente razón: se aumentó la calidad, originalidad y relevancia de las investigaciones logrando publicar en revistas de mayor impacto, lo que generó una

disminución (33%) en el número de publicaciones del grupo I-II y un aumento de las publicaciones de los grupos III-V (38%).

#### **4. Publicaciones (III- IV-V)/Plazas de Investigador.**

La productividad de publicaciones del grupo III a V entre plazas de investigador, fue de 1.1, representó un incremento en un 37.5% con respecto a 2011 que fue de 0.8.

#### **5. Publicaciones de los Grupos III, IV y V/Número de Publicaciones de los Grupos I-V.**

Durante 2012, el número de publicaciones de los grupos III, IV y V entre el número de publicaciones totales (grupos I-V), fue de 0.8 publicaciones, logrando un aumento en el nivel de las publicaciones en un 14%, con respecto a 2011, que fue de 0.7 publicaciones.

#### **6. Sistema Nacional de Investigadores (SNI).**

Los miembros acreditados por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), fue de 10 investigadores, cinco como "Candidatos" y cinco con "Nivel 1", logrando un incremento del 67% con respecto a 2011, donde se tuvieron seis Investigadores pertenecientes al SNI (cuatro con "Nivel I" y dos como "Candidato").

**Número de Investigadores SNI**

Nivel	2010	2011	2012
Candidato	1	2	5
Nivel I	3	4	5
Nivel II	0	0	0
Nivel III	0	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

El incremento en el número de investigadores en el SNI, se debió a la calidad de los trabajos y actividades científicos realizados, lo que permitió que el dictamen emitido por el SNI en la convocatoria 2012, ingresaran al sistema cuatro investigadores como candidatos y otro investigador se promoviera a nivel I.

#### **7. Miembros del SNI/Plazas de Investigador.**

En 2012, el índice de plazas de investigador que pertenecen al SNI fue de 0.6, superior en 50% a la alcanzada en 2011 que fue de 0.4. El aumento obedece al incremento en el número de investigadores pertenecientes en el SNI.

#### **8. Número de Investigadores Miembros del SNI/Número de Investigadores.**

La proporción de investigadores que pertenecen al SNI fue de 0.6, superior en 50% a la alcanzada en el 2011 que fue de 0.4. El aumento obedece al incremento en el número de investigadores pertenecientes en el SNI.

#### **9. Número de Publicaciones totales Producidas/Número de Investigadores.**

En el periodo que se informa, el número total de publicaciones producidas por investigador: artículos, libros editados y capítulos en libro, fue de 5.4 que equivale a 87 publicaciones totales producidas en 2012; sin embargo, hubo un decremento en un 157.4%, con respecto a 2011 que fue de 13.9, esta variación se debió a la publicación de tres volúmenes de un libro de 232 capítulos donde se virtió el esfuerzo de varios años de personal del Hospital.

## 10. Producción.

### Libros editados y capítulos en libros.

Durante el 2012, se editaron y se publicaron tres libros: “Apoyo “Nutricio en el Paciente Grave”, “El Paciente Reumático” y “Dermatología Práctica”. Además el personal del Hospital colaboró en la escritura de 34 capítulos en libros, logrando una producción de 37, en relación a 2011. Se tuvo un decremento importante, debido a que en 2011 se alcanzó una producción total de 237, la variación obedece a la publicación de tres volúmenes de un libro, en donde participó personal de Hospital en la escritura de 232 capítulos, se debe considerar que ese tipo de obras son resultado del esfuerzo de varios años de trabajo.



## 11. Tesis Concluidas

Durante 2012, se concluyeron 77 tesis de especialidad. Las temáticas abordadas fueron las patologías de mayor frecuencia en la Institución en las diferentes especialidades, que en comparación con el mismo periodo de 2011, registró un aumento en un 15%, gracias al Programa de Titulación Oportuna.

## 12. Número de Proyectos con Patrocinio Externo.

En 2012, el número de proyectos en proceso con patrocinio externo fue de ocho; sin embargo, en el mismo periodo de 2011, el número de proyectos en proceso fue de 16. La variación, obedece a la terminación de los proyectos (10 concluidos en el presente año) y que únicamente en el periodo de reporte, se inició un proyecto con la Industria Farmacéutica, debido a que se actualizaron los Manuales, Políticas y Procedimientos para el registro de protocolos de investigación con la Industria Farmacéutica.

Número de proyectos con patrocinio externo			
Año	2010	2011	2012
Industria Farmacéutica	16	16	7
Agencias no lucrativas	0	0	1
Total	16	16	8

Cabe mencionar que en el 2012, se aprobó un proyecto de investigación (SALUD-2012-01-182209) que es financiado por el CONACYT en el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT.

## 13. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.

Durante el 2012, se logró el primer lugar en la presentación de trabajos libres en el "XVI Congreso Internacional de Colposcopia", celebrado en Veracruz, con el trabajo "Expresión

del Receptor Tipo Toll-9 (TLR9) en biopsias de pacientes con Neoplasia Intraepitelial grado III (NIC-III)".

En los resultados de la convocatoria de Ingreso al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), cuatro investigadores en Ciencias Médicas fueron reconocidos como "Candidatos" en el SNI y otro se promocionó a "Nivel I".

#### **14. Líneas de Investigación más Relevantes.**

Las 10 líneas de investigación sobresalientes en 2012, se enlistan a continuación:

**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. La línea de investigación determina mediante tomografía de coherencia óptica el efecto de la fotocoagulación sobre el área de mejor visión y evaluará intervenciones farmacológicas que complementen el tratamiento estándar y permitan mejorar la función visual.

**Cáncer de Hígado.** En esta línea de investigación se estudian los mecanismos moleculares de la progresión del cáncer de hígado por medio de estudios de transcriptómica y proteómica. Además, de la quimio-prevención del cáncer por medio de compuestos de origen natural y la búsqueda de marcadores tempranos para la detección de cáncer de hígado.

**Enfermedades Infecciosas.** En esta línea de investigación, se estudian los mecanismos de infección de diferentes microorganismos como pueden ser los hongos oportunistas.

**Neoplasias Malignas.** En cáncer, la angiogénesis es un evento importante para la proliferación de células malignas, las especies reactivas de oxígeno, factores angiogénicos e inflamatorios son los condicionantes de esta enfermedad, en esta línea de investigación, se evalúan nuevos tratamientos anti-proliferativos y anti-inflamatorios, usando modelos animales con angiogénesis ocular.

**Cáncer de Mama.** El cáncer de mama es la principal causa de muerte de mujeres por tumores malignos en el país, siendo un problema de salud pública, existen varios factores de riesgo que intervienen en este proceso, uno de éstos, son los epigenéticos, como evento inicial en la transformación de células normales a malignas, que llevan al desarrollo del cáncer, en esta línea de investigación, se buscan cambios epigenéticos que pudieran ser útiles como biomarcadores tempranos para el diagnóstico de cáncer de mama.

**Cáncer de Próstata.** El cáncer es una enfermedad multifactorial que se origina principalmente por el efecto que tiene el ambiente hormonal sobre la carga genética, la presencia de polimorfismos genómicos puede afectar la expresión de genes que participan en la regulación de la carcinogénesis, en esta línea de investigación se buscan los

polimorfismos que permitan identificar a aquellas personas que tengan un mayor riesgo a desarrollar cáncer.

**Cáncer Cervicouterino.** La infección por el virus del Papiloma Humano de alto riesgo (VPH-ar) 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 que participan durante su desarrollo.

**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.

**Diabetes Mellitus.** En esta línea de investigación se estudia la genética molecular de la diabetes, para la búsqueda de marcadores de susceptibilidad presentes en diferentes grupos etarios y étnicos para identificar tempranamente a la población con riesgo.

**Accidentes y Trauma Ocular.** El traumatismo ocular es la causa más frecuente de ceguera monocular en el mundo, tiene la mayor prevalencia de secuelas en los pacientes traumatizados y son manejados en el servicio de oftalmología para evitarlas. La línea de investigación identifica las características recurrentes en esta entidad para mejorar los resultados visuales después del manejo integral.

## 15. Lista de Publicaciones (Grupos III, IV,V)

Durante el 2012, los artículos publicados por investigadores en Ciencias Médicas, con plaza son:

### Grupo I

1. Bonilla Delgado J, Gutiérrez Ramírez A, Cortés Malagón EM, Contreras RG, Serafín Higuera N, Flores Maldonado C, Rodríguez Uribe G, Vargas Sierra O, Uc Uc PY, Ocádiz Delgado RB, Reyes Hernández OD, Sierra Martínez M, Acosta Altamirano G, Antonio Manrique M, Gariglio Vidal P. **Oncoproteína E6 del virus del papiloma humano tipo 16 induce la relocalización y sobreexpresión de la caderina T.** Rev Enf Tracto Genital Inferior. 2012; 5(1): 15-19.

2. Moreno Eutimio MA, Acosta Reyes MR, Vargas Hernández VM, Frías de León MG, Reyes Montes MR, Acosta Altamirano G. **El ultrafiltrado de extracto leucocitario humano acidificado en óvulos vaginales para inmunoterapia.** Rev Enf Tracto Genital Inferior. 2012; 5(1): 29-32.



3. Beltrán-Ramírez O, Sierra-Santoyo A, Rivas-Martínez MI, Bruno-Carrasco G, Villa-Treviño S. La inhibición del CYP2B1/2 previene la necrosis en etapa de iniciación de la hepatocarcinogénesis en rata. *Rev Hosp Jua Méx* 2012; 79(2):69-74.

4. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Acosta-Altamirano G, Tovar-Rodríguez JM, Moreno-Eutimio MA. Manejo de la Preeclampsia. *Rev Hosp Jua Méx* 2012; 79(2):93-102.

Grupo III

1. Lima-Gómez V, Razo-Blanco-Hernández DM. Disparidad entre grosor foveal y volumen macular en edema macular diabético. ¿Por qué no utilizar uno solo para el seguimiento? *Cir Cir* 2012; 80(1): 25-30.

2. Lima-Gómez V, Razo-Blanco-Hernández DM. Valor esperado del grosor foveal en mexicanos diabéticos con edema macular. *Cir Cir* 2012; 80(2):109-114.

3. Beltrán-Ramírez O, Macías Pérez R, Sierra-Santoyo A, Villa-Treviño S. Cancer Prevention Mediated by caffeic acid phenethyl ester involves Cyp2b1/2 modulation in hepatocarcinogenesis. *Toxicol Pathol* 2012; 40:466-472.

4. Deciga-Campos M, Arriaga-Alba M, Ventura-Martínez R, Aguilar-Guadarrama B, Yolanda-Rios M. Pharmacological and Toxicological Profil of Extract from *Heliopsis longipes* and afinin. *Drug Development Research* 2012; 73: 130-137.

5. Mejía-García A, Sanchez-Ocampo EM, Galindo-Gomez S, Shibayama M, Reyes-Hernandez O, Guzman-Leon S, Gonzalez FJ, Elizondo G. 2,3,7,8-Tetrachlorodibenzo-p-dioxin enhances CCl(4)-induced hepatotoxicity in an aryl hydrocarbon receptor-dependent manner. *Xenobiotica*, 2012; 21:09

6. Toscano-Garibay JD, Aquino-Jarquín G. Regulation Exerted by miRNAs in the Promoter and UTR Sequences: MDR1/P-gp Expression as a Particular Case. *DNA and Cell Biology*. 2012; 31(8): 1358-1364.

7. Bonilla-Delgado J, Rodríguez-Uribe G, Cortés-Malagón EM, Sierra-Martínez M, Acosta-Altamirano G, Gariglio-Vidal P. Perfiles de proliferación celular y apoptosis en el modelo murino de regeneración epitelial K6b-E6/E7. *Cir Cir* 2012; 80(5): 419-423.



8. Lima-Gómez V, León-Ascencio C, Razo-Blanco-Hernández DM. ¿Cómo podría mejorar el desenlace visual en trauma con globo abierto? *Cir Cir*. Vol. 80(3); 211-217.
9. Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. *Cir Cir* 2012. Vol. 80(3); 291-300.
10. Lima-Gómez V, Razo-Blanco-Hernández DM. Características asociadas con la mejoría visual después de la fotocoagulación en pacientes con edema macular diabético. *Cir Cir* 2012. Vol. 80 (4); 311-319.
11. Lima-Gómez V, Colas-Calvere MG, Razo-Blanco-Hernández DM. Eficacia de la evaluación clínica como prueba diagnóstica para identificar la zona de lesión en un traumatismo ocular abierto. *Cir Cir* 2012. Vol. 80 (5); 405-410.
12. Arriaga- Alba M, Montero Montoya R, Espinosa Aguirre JJ. The Ames Test in Twenty-first Century. *Journal of Toxicology*. 2012; 2(1): 23-37.
13. Mancilla-Herrera I, Méndez Tenorio A, Wong I, Jiménez-Uribe AP, Alcántara Hernández M, Ocadiz-Ruiz R, Moreno Eutimio MA, Arriaga Pizarro LA, López Macias C, González-y-Merchand J, Isibasi A. A Toll/IL-1R/resistente domain-containing thioredoxin regulates phagocytosis in *Entamoeba histolytica*. *Parasit Vectors*. 2012; 5:224. doi: 10.1136/1756-3305-5-224.
14. Martínez-Torres M, Pérez-Armendáriz ME, Hernández Caballero ME, Luis J, Ortiz-López G. Histochemical activity of 5.4.isomerase-3 $\beta$  hydroxy steroid dehydrogenase in the ovary of the viviparous Mexican lizard *Sceloporus mucronatus* (Petilia prhynomatidae) and interrelationship with progesterone levels durin pregnancy. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 2012; 22-27.
15. Arriaga-Alba M, Ruiz Perez NJ, Sánchez-Navarrete J, Angel BL, Flores -Lozada J, Blasco JL. Antimutagenic evaluation of vitamins B1, B6 and B12 in vitro and in vivo with the Ames test. *Food and Chemical Toxicol*.2012.doi:pii:S0278-6914(12)00835-10.1016/J.FCT.2012.11.028.
16. Ibarra Sierra E, Díaz Chávez J, Cortés Malagón EM, Uribe Figueroa L, Hidalgo Miranda A, Lambert PF, Gariglio P. Diferencial





gene expresión between skin and cervix induced by the E7 oncoprotein in a transgenic Mouse model. *Journal of Virology*. 2012; 433: 337-345.

#### Grupo IV

1. Frías De León MG, Arenas López G, Taylor ML, Acosta Altamirano G, Reyes-Montes MR. Development of Specific Sequence-Characterized Amplified Region Markers for Detecting *Histoplasma capsulatum* in Clinical and Environmental Samples. *Journal of Clinical Microbiology*. 12/2011; 50(3):673-679.

2. Rodríguez-Trejo A, Ortiz López MG, Zambrano E, Granados-Silvestre MA, Méndez Herrera C, Blondean B, Bréant B, Nathanielsz PW, Menjivar M. Developmental programming of neonatal pancreatic B-cells by maternal low-protein diet in rats involves a switch from proliferation to differentiation. *J American of Phisiology Endocrinol*. 2012; 302 (11): 1431-1439.

#### Artículos publicados por médicos.

#### Grupos I

1. Oriol-López SA, Hernández-Bernal CE. Dexmedetomidina en cirugía ortognática. *Rev Mex Anestesiol*. 2012; 35(1): 46-52.

2. López RLP, Hernández MI. Correlación entre insulino-resistencia hiperandrogenismo. *Ginecol Obstet Mex*. 2012; 80 (1): 30-35.

3. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Flores Barrios K, Barrera Castillo. ¿El manejo de la neoplasia intraepitelial cervical con la técnica “ver y tratar” es un sobretratamiento?. *Rev Enf Tracto Genital Inferior*. 2012; 5(1): 23-24.

4. Rodas Méndez ER, Cárdenas MI. Vértigo en niños y adolescentes. *Revista del Hospital Juárez de México*. 2012; 79(1): 5-8.

5. Bazán-Borges A, Espinoza Hernández R, Delgado Ochoa MD. Infecciones por citomegalovirus en pacientes trasplantados renales en el Hospital Juárez de México de abril 2009 a junio 2010. *Rev Hosp Jua Mex*. 2012; 79(1): 9-15.

6. Axotla-Bahena A, Axotla-Bahena VM, Guerrero Beltran L, Ramses Zack, Lozano Aviles G, Epidemiología de las lesiones deportivas en el jugador de fútbol americano infantil-juvenil. *Rev Hosp Jua Mex*. 2012; 79(1): 16-24.

7. Rafael H, Mego R, Valadez MT. Omental Transplantation on the carotid bifurcation and anterior perforated space Alzheimer's disease. *Rev Hosp Jua Mex*. 2012; 79(1): 25-30.

8. Vargas-Hernández VM, Rodríguez- Wong U. La colposcopia en neoplasia intraepitelial vulvar, vaginal y anal. *Rev Hosp Jua Mex*. 2012; 79(1): 38-42.

9. Guerrero-Cazares MF, Delgado-Guerrero Francisco. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Rev Hosp Jua Mex. 2012; 79(1): 43-47.
10. Domínguez-Vargas R, Balcázar-Vázquez R, Rodríguez-Blas AI, Casian-Castellanos GA. Pileflebitis como complicación del proceso inflamatorio abdominal. Rev Hosp Jua Mex. 2012; 79(1): 48-50.
11. Rocha-Rodríguez MG, Rodríguez-Blas AI, Casian-Castellanos GA. Hematoma renal espontáneo y manejo con drenaje transcatéter por vía percutánea. Rev Hosp Jua Mex. 2012; 79(1): 58-61.
12. Gil- Hernández G, Pérez-Escobedo SU, Rodríguez- Wong U, García-Álvarez J, Peñavera- Hernández JR, Torres-Landa M. Oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego. Rev Hosp Jua Mex. 2012; 79(1): 55-57.
13. De la Torre-González DM, Ortiz-Rojas F, Aguilar-Araiza MA, González-Hernández FJ, Ramírez-Castañeda G, De la Torre-Rosas R. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del mieloma múltiple en la columna vertebral con compromiso neurológico. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(2):75-79.
14. Vargas-Hernández VM. Avances en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(2):103-109.
15. Orozco-Cervantes CA, Cruz Rubín C, García-Álvarez J, Gutiérrez-Baños JJ. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) como tumor anexial. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(2):114-118.
16. Narváez-Casillas VE, Vargas-Hernández A. Enfermedad de Addison en un adolescente masculino. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(2):119-124.
17. Cruz-Rubín C, Rodríguez-Wong U, García Álvarez J, Gutiérrez-Baños JJ, Díaz Meza DMS. Apendicitis Aguda como primera manifestación de cáncer colorrectal. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(2):125-128.
18. Jiménez-Huerta J, Quintal-Tejera DF, Ocampo-Torres AB, Carrasco-Hernández T. Neovagina por tracción y uso de balón expansor por abordaje laparoscópico. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(3):133-139.
19. Flores Romero MJ, Pérez Cruz E, Sánchez Hernández C, Juárez Vargas R, Administración oportuna de la nutrición parenteral por el personal de enfermería del Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(3):140-145.
20. David Hernández G, Deloya Tomas E, Martinez-Mazariegos JJ, Lomelí-Terán M. Preeclampsia posparto. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(3):174-178.

21. **Abenamar Sámano, Ishikawa Tastuya, Moroi Junta, Suzuki Akifumi, Nobuyuki Yasui, Mendizábal R. Aspectos técnicos de la cirugía de anastomosis vascular cerebral: arteria temporal superficial-arteria cerebral media. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(3):179-186.**
22. **Mendoza-Contreras JR, García Álvarez J. Mecanismos neuroendócrinos de la cirugía metabólica en el tratamiento diabetes mellitus tipo 2. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(3):187-192.**
23. **Rodríguez-Wong U. Diltiazem tópico en el tratamiento de la fístula anal crónica. Rev Hosp Jua Méx 2012; 79(3):204-209.**
24. **Valencia-Aguirre JD, Lima-Gómez V. Resultado funcional en trauma con globo abierto: Transición entre rangos de capacidad visual y características asociadas. Rev Mex Oftalmol. 2012; 86: 97-103.**

Grupos III-V

1. **Carrillo-Esper R, Alcántar-Luna E, Herrera-Cornejo MA, Jaimovich D, Ramos-Corrales MA, Villagómez-Ortiz A. Parámetros de práctica para la implementación de un programa de calidad en tromboprolifaxis y manejo de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa. Cir Cir 2012; 80(1): 92-105.**
2. **Sosa-Durán EE, Harp-Hasan ZA, García-Rodríguez FM, Bazán-Soto A, Delgado-Ochoa MD, Jiménez-Villanueva X. Experiencia inicial en linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica para el manejo del cáncer de testículo no seminoma. Cir Cir 2012; 80(5):442-447.**
3. **Mijangos-Medina LF, Hurtado-Noriega BE, Lima-Gómez V. Retinopatía diabética y complejidad de la cirugía retiniana en un hospital general. Cir Cir 2012; 80(1): 18-24.**
4. **Lima-Gómez V Hernández-Orgaz JJ, Bermúdez-Zapata DA. Eficacia de La cirugía vitreoretiniana para mejorar La capacidad visual en diabéticos con retinopatía. Cir Cir 2012;80(5):490-495.**

## Otros Aspectos

### Estado de las Investigaciones.

Estado del protocolo	Iniciado	En proceso	Terminados	Suspendidos	Cancelados
Cantidad	26	59	31	2	1

### Impacto de los Proyectos de Investigación

El desarrollo de protocolos de investigación en salud, representa beneficios potenciales a corto, mediano y largo plazo, ya que la gran mayoría de los protocolos que se desarrollan, contribuyen a la actualización, mejora de procedimientos y técnicas para el abordaje de diferentes padecimientos y enfermedades, de cómo prevenirlas y combatirlas. Esto evita costos importantes en los presupuestos asignados, previene y evita daños a la salud de las personas, que les permite contribuir al desarrollo del país en sus diferentes áreas productivas, con una mejor calidad de vida.

### Cursos de Investigación

Durante el 2012, se organizó el Diplomado de Obesidad y Enfermedades Crónicas degenerativas con la participación de 10 asistentes y se impartió el curso de Metodología de la Investigación para médicos residentes, con la asistencia de 47 alumnos.

### Convenios de Colaboración

El Hospital cuenta con convenios vigentes que permiten la vinculación con otras instituciones para el desarrollo de trabajos de investigación, divulgar sus resultados en foros científicos, publicar artículos y desarrollar líneas de investigación en las áreas clínicas y biomédicas en forma conjunta. Entre las instituciones con las que se cuenta con convenio se encuentran: La Facultad de Química de la UNAM, la Escuela de Medicina de la Universidad Justo Sierra, el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN (CINVESTAV), el INMEGEN y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

**Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2007-2012.**

PROGRAMA DE ACCION ESPECÍFICO INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD 2007 2012										
RESULTADOS 2012 Y CIERRE 2007-2012										
Entidad: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							Fecha: <u>31-Dic-12</u>			
No. Meta	META COMPROMETIDA	Institución que reporta	FORMULA DEL INDICADOR Registrar para cada periodo los valores de la Variable 1, Variable 2, y el Indicador	Meta alcanzada acumulada real 2011	Meta 2012		Meta 2007 - 2012			
					Prog.	Alc.	Prog.	Alc.	Explicación al incumplimiento de la meta programada 2007-2012 (cuando aplique)	Breve descripción de tres principales resultados institucionales en el periodo 2007-2012
1	Para el año 2012 incrementar en 20% la planta de investigadores de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	DGPIS	Indicador							
			V1 Numero de plazas de investigador de nueva creacion /	NO APLICA						
			V2 Numero de plazas de investigador en el año 2007 x100							
3	A partir del 2008, se impartirán talleres de capacitación en estados para difundir y facilitar la participación de los investigadores del sector en la presentación de propuestas del Fosiss	DGPIS	Indicador							
			V1 Numero de talleres realizados	NO APLICA						
			V2 Numero de talleres programados x 100							
4	A partir del 2008, se promoverán colaboraciones para que las áreas normativas y operativas accedan a resultados de investigación relacionados con los problemas prioritarios para la toma de decisiones	DGPIS	Indicador							
			V1 Colaboraciones realizadas	NO APLICA						
			V2 Colaboraciones programadas x 100							
6	A partir del 2010, establecer el área de investigación en el Instituto Nacional de Geriátria	DGPIS	Indicador							
			Area de investigación creada	NO APLICA						
7	A partir de 2011, iniciar las gestiones para actualizar el reglamento de investigación derivado de la Ley General de Salud	DGPIS	Indicador							
			V1 Reuniones realizadas	NO APLICA						
			V2 Reuniones programadas X 100							
9	Para el año 2010, gestionar el incremento de estímulos a los investigadores de los INSALUD y HAE	DGPIS	Indicador							
			V1 Numero de solicitudes de incremento autorizadas	NO APLICA						
			V2 Numero de solicitudes de incremento enviadas x 100							

			Indicador	37.5	37.5	62.5	37.5	62.5		
10	Promover que el 80% de los investigadores de los INS y HAE ingrese al Sistema Nacional de Investigadores en 2012	HFR INS HRAEs	V1 Sumatoria del número de investigadores que pertenecen al SNI en las entidades coordinadas	6	6	10	6	10	A pesar del aumento considerable de investigadores pertenecientes al SNI en el 2012, no se alcanzó que el 80% de los investigadores ingresen debido a la contratación de nuevos investigadores, que serán evaluados en la convocatoria 2013.  Se alcanzó un incremento considerable del 25% en el porcentaje de investigadores SNI, esto se debió a los resultados favorables en la convocatoria de ingreso al SNI de 2012, donde cuatro investigadores lograron su nombramiento.	
			V2 Sumatoria del número de plazas de investigador en las entidades coordinadas X 100	16	16	16	16	16		
11	Para el 2010, promover la creación de plazas de investigador en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad	DGPIS	Indicador							
			V1 No. de plazas de investigador autorizadas	NO APLICA						
			V2 No de plazas de investigador programadas X 100							
12	A partir del 2009, desarrollar un programa de vinculación academia-industria	DGPIS	Indicador							
			Programa de vinculación industria academia elaborado	NO APLICA						
13	Para el 2012, tener un Sistema Nacional de Información sobre Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico en Salud	DGPIS	Indicador							
			Porcentaje de Avance respecto a la instrumentación del Sistema Nacional de Información Científica y Desarrollo Tecnológico en Salud	NO APLICA						
14	Para el año 2011, haber incrementado la matrícula de los programas de maestría y doctorado en INS y HAE en 60 %	HFR INS HRAEs	Indicador	90	130	150	130	150		
			V1 Matrícula de alumnos de maestría y doctorado en el año actual en las entidades coordinadas	9	13	15	13	15	En agosto de 2010 se creó la sede en el HJM del programa de Maestría en Ciencias del IPN, con una matrícula de 6 alumnos, la segunda generación en 2011 cuenta con nueve alumnos, actualmente la matrícula total de alumnos es de 15.	
			V2 Matrícula de alumnos de maestría y doctorado en 2007 en las entidades coordinadas x 100	10	10	10	10	10		
15	Para el 2009 se desarrollarán proyectos para favorecer la investigación con convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales	HFR INS HRAEs	Indicador	100	100	60	100	160		
			V1 No. de convenios de colaboración realizados en las entidades coordinadas	5	5	3	5	8	Se formalizaron ocho convenios de colaboración para favorecer la investigación con las siguientes instituciones: IPN, UNAM, CINVESTAV, CONACYT y con la Industria Farmacéutica, cabe mencionar que se cuenta con otros dos convenios con la Industria Farmacéutica que no fueron firmados en 2012, por políticas de la Industria Farmacéutica.	
			V2 No. de convenios de colaboración programados en las entidades coordinadas X 100	5	5	5	5	5		

17	Porcentaje de proyectos aprobados por los Comités de Ética y Bioseguridad	HFR INS HRAEs	Indicador	86.4	37.5	78.8	79.8	84.6	El porcentaje de proyectos aprobados por las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad fue del 84.6 %.
			V1 Proyectos aprobados en las entidades coordinadas	89	6	26	95	115	Contar con un mayor número de investigaciones vigentes .
			V2 Proyectos enviados para su aprobación en las entidades coordinadas X 100	103	16	33	119	136	
18	Para el año 2012 haber incrementado en 20% el número de publicaciones en revistas científicas indizadas de alto impacto	HFR INS HRAEs	Indicador	14.1	15.5	31.0	29.6	45.1	Para el 2012 se alcanzó una producción de 22 artículos totales (grupos III-V) generando mayor conocimiento científico que en un futuro sea proyectado en mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes.
			V1 No. de publicaciones publicados en revistas de alto impacto en el año actual de las entidades coordinadas	10	11	22	21	32	
			V2 No. de publicaciones en revistas de alto impacto en el año 2007 de las entidades coordinadas X 100	71	71	71	71	71	
19	Para el 2010, contar con un catálogo de investigación en salud	HFR INS HRAEs	Indicador						
			V1 No. de entidades que presentaron su catálogo de investigación en salud	NO APLICA					
			V2 No. de entidades susceptibles de presentar su catálogo de investigación en salud X 100						
20	A partir de 2010, fomentar el registro de ensayos clínicos	HFR INS HRAEs	Indicador	78.6	50.0	100.0	75.0	80.0	
			V1 Número de ensayos clínicos registrados por las entidades coordinadas	11	1	1	12	12	Se lograron registrar 12 ensayos clínicos ante COFEPRIS, alcanzando la meta comprometida en el programa.
			V2 No. de ensayos clínicos enviados para su registro a COFEPRIS por las entidades coordinadas X 100	14	2	1	16	15	

DGPIS: Dirección General de Políticas de Investigación en Salud; INS: Institutos Nacionales de Salud; HFR: Hospitales Federales de Referencia; HRAE: Hospital Regional de Alta Especialidad

No. Meta	Evaluación
10	Se alcanzó un incremento considerable del 25% en el porcentaje de investigadores SNI, esto se debió a los resultados favorables en la convocatoria de ingreso al SNI de 2012, donde cuatro investigadores lograron su nombramiento. A pesar del aumento considerable de investigadores pertenecientes al SNI en el 2012, no se alcanzó que el 80% de los investigadores ingresen debido a la contratación de nuevos investigadores, que serán evaluados en la convocatoria 2013.
14	En agosto de 2010, se creó la cede en el HJM del programa de Maestría en Ciencias del IPN, con una matrícula de 6 alumnos, la segunda generación en 2011 cuenta con nueve alumnos, por lo que actualmente la matrícula total de alumnos es de 15, teniendo un incremento del 150%, con respecto al inicio de la maestría, alcanzando la meta anual comprometida en el programa.
15	En el periodo 2012, se formalizaron tres convenios: uno con el CINVESTAV para la realización de investigación en oftalmología, otro con la Industria Farmacéutica para la realización de un ensayo clínico y el otro, con el CONACYT para financiar investigación biomédica; cabe mencionar que se cuenta con tres convenios con la Industria Farmacéutica que no fueron firmados en 2012 y que serán signados a principios de 2013, dichos convenios estaban programados en 2012, para alcanzar la meta comprometida.
17	La comisión responsable para evaluar los proyectos de investigación es la Comisión de Ética en Investigación, el porcentaje de proyectos aprobados por las Comisiones de investigación, ética y bioseguridad fue del 78.8%, que equivale a 26 proyectos aprobados de los 33 proyectos enviados a su revisión durante enero-diciembre de 2012, superando la meta anual comprometida en el programa.
18	Porcentaje de publicaciones de alto impacto: de enero a diciembre de 2012 se alcanzó una producción de 22 artículos totales (grupos III-V) por el personal adscrito al Hospital, para 2012 se tenía programado publicar 11 artículos en revistas de nivel III-V, por lo que se superó la meta anual comprometida, generando mayor conocimiento científico proyectado en mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes.
20	Porcentaje de ensayos clínicos registrados ante COFEPRIS: se sometió para su registro ante COFEPRIS, un protocolo de Investigación Clínica logrando su aprobación, alcanzando la meta comprometida en el programa.

### Informe de Avances del Programa de Trabajo 2012.

Los avances logrados en 2012 fueron los siguientes:

Dentro de la línea de acción *“Incrementar y fomentar la participación de organismos de financiamiento externo”*, se logró el apoyo del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social 2012; para el proyecto SALUD-2012-01-182209: La hemofiltración en terapia de reemplazo renal continúa como terapia de soporte para disminuir mediadores inflamatorios en pacientes con sepsis, con un monto de \$3,250,000.00, con una duración de tres años.

Dentro de la línea de acción *“Promover la interacción de los médicos residentes con los Investigadores en Ciencias Médicas”* se logró en 2012, el curso de Metodología de la Investigación, impartido por los Investigadores en Ciencias Médicas, dirigido a todos los residentes de nuevo ingreso de las diferentes especialidades.

Se incorporó a las sesiones semanales de investigación, la presentación de los avances de los proyectos de investigación de los médicos del Hospital inscritos en el programa de



Maestría en Ciencias de la Salud, de la ESM-IPN con sede en el Hospital Juárez de México, para fomentar la investigación clínica.

Finalmente, dentro de la línea de acción *“Fomento de publicaciones en revistas nacionales e internacionales de alto impacto”*, se logró aumentar en un 38.5% el número de publicaciones en revistas de los grupos III a V, en 2012, con respecto a 2011, de 13 a 18 publicaciones. Cabe mencionar que de las 18 publicaciones de los grupos III-V, dos corresponden a publicaciones del grupo IV.

## Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2012 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES 3/
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	% 1/	SEMÁFORO 2/	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD							
FIN (17)	Índice de investigadores en el SNI (1)	42.9	42.9	62.5	45.7	ROJO	<p><b>CAUSA:</b> El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 45.7% en el índice de investigadores del SNI, con respecto a la meta programada de 42.9%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. La variación del indicador con respecto a la programación original se debió a los resultados favorables en la convocatoria de ingreso en 2012, en donde cuatro investigadores fueron nombrados como candidatos.</p> <p><b>EFEECTO:</b> Contar con un mayor número de investigadores de gran calidad acreditados ante el SNI, dándole mayor prestigio a la Institución.</p> <p><b>OTRO MOTIVO:</b></p>
	V1: Investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores	6	6	10			
	V2: Total de investigadores en ciencias médicas x 100	14	14	16			
PROPÓSITO (18)	Productividad científica de alto impacto (2)	110.0	110.0	220.0	100.0	ROJO	<p><b>CAUSA:</b> El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 100% en la productividad científica de alto impacto, con respecto a la meta programada de 110.0%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que se conto con un mayor número de investigadores que publicaron en el grupo III-V con relación a lo programado,</p> <p><b>EFEECTO:</b> Contar con mayor productividad científica que sea utilizada</p>
	V1: Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	11	11	22			
	V2: Artículos publicados en revistas niveles III a V en el periodo t - 1 x 100	10	10	10			
PROPÓSITO (19)	Productividad de investigaciones (3)	200.0	200.0	221.4	10.7	ROJO	<p><b>CAUSA:</b> El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 10.7 % en la productividad de investigación, con respecto a la meta programada de 200.0%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que se concluyeron 31 proyectos de investigación con respecto a los 28 proyectos programados.</p> <p><b>EFEECTO:</b> Contar con una mayor productividad por parte de los investigadores.</p> <p><b>OTROS MOTIVOS:</b></p>
	V1: Proyectos de investigación concluidos en el año actual	28	28	31			
	V2: Promedio anual de proyectos de investigación concluidos en los últimos 3 años	14	14	14			

PROPÓSITO (20)	Proporción del presupuesto institucional destinado a investigación (4)	0.5	0.5	0.5	0.0	VERDE	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta se cumplió satisfactoriamente, ya que el presupuesto federal ejercido para investigación se aumentó en un 12.3% con respecto a lo programado, debido a que el presupuesto federal ejercido total de la institución aumentó en un 10.4% respecto a lo programado.</p> <p>EFEECTO: El incremento en el presupuesto federal ejercido para investigación permitió la realización de un mayor número de proyectos de investigación.</p> <p>OTRO MOTIVO:</p>
	V1: *Presupuesto Federal ejercido para investigación en el periodo t * Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos.	1,052,825.8	1,052,826	1,200,000.0			
	V2: *Presupuesto Federal ejercido total del instituto del periodo x 100 * Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos.	#####	199,820,000.0	223,103,676.0			
PROPÓSITO (21)	Inversión promedio por investigación (5)	12,839.3	12,839.3	12,903.2	0.5	VERDE	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta se cumplió satisfactoriamente, ya que el presupuesto federal ejercido para investigación aumentó en un 12.3% con respecto a lo programado.</p> <p>EFEECTO: El incremento en el presupuesto federal ejercido para investigación, permitió la realización del número de proyectos programados, por contarse con los insumos necesarios en tiempo.</p> <p>OTRO MOTIVO:</p>
	V1: *Presupuesto Federal ejercido para investigación en el periodo t * Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos.	1,052,825.8	1,052,826	1,200,000.0			
	V2: Total de proyectos de investigación vigentes	82.0	82	93.0			
COMPONENTE (22)	Asignación presupuestal anual para investigación (6)	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p>CAUSA: Se alcanzó la meta propuesta y se cumplieron los objetivos plateados.</p> <p>EFEECTO: Adecuada planeación de proyectos realizables, acorde a la asignación presupuestal para investigación anual.</p> <p>OTRO MOTIVO:</p>
	V1: *Presupuesto Federal modificado para investigación en el periodo * Excluye capítulo 1000, recursos de	1,052,825.8	1,052,826	1,200,000.0			
	V2: Presupuesto Federal ejercido en investigación en el periodo t-1) x 100	1,052,825.8	1,052,826	1,200,000.0			
COMPONENTE (23)	Participación en el financiamiento complementario gestionado para investigación (7)	4.2	4.2	65.2	1,452.4	ROJO	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo una importante participación en el financiamiento complementario gestionado para investigación de 17 veces más de lo programado, debido a la participación de aportaciones de la Industria Farmacéutica para el desarrollo de los proyectos de investigación clínica.</p> <p>EFEECTO: Se logró la realización de un mayor número de proyectos de investigación clínica.</p> <p>OTRO MOTIVO:</p>
	V1: Presupuesto complementario para investigación en el periodo	43,987.5	43,988	782,890.0			
	V2: Presupuesto Federal total para investigación en el periodo x 100	1,052,825.8	1,052,826	1,200,000.0			

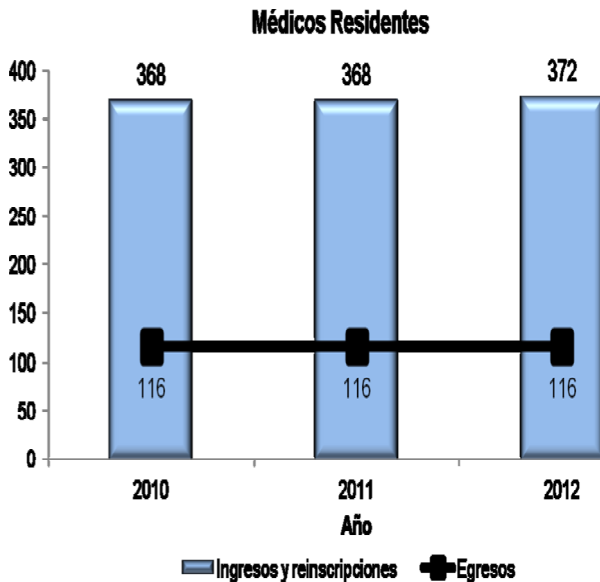
COMPONENTE (24)	Proyectos de investigación en colaboración (8)	8.5	8.5	8.6	1.2	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 1.2% en los proyectos de investigación en colaboración, con respecto a la meta programada de 8.5 %, que lo sitúa en semáforo de color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que el Hospital cuenta con convenios vigentes y adecuados para la realización de investigación con otras instituciones. EFECTO: El fortalecimiento de la investigación vinculada con otras instituciones. OTRO MOTIVO:
	V1: Proyectos de investigación vinculados con otras instituciones en el periodo	7	7	8			
	V2: Total de proyectos de investigación vigentes x 100	82	82	93			
COMPONENTE (25)	Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas	37.9	37.9	44.0	16.1	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 16.1% en el índice de artículos científicos publicados de alto nivel, con respecto a la meta programada de 37.9%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. La variación del indicador con respecto a la programación original se debió principalmente a que se contaba con un número mayor de publicaciones ya aceptadas, mismas que se contemplaban que aparecieran publicadas en meses siguientes. EFECTO: Se logró una elevada productividad en los artículos publicados en revistas de alto nivel de los grupos III-V. OTRO MOTIVO:
	V1: Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	11	11	22			
	V2: Artículos totales publicados en revistas de los niveles I a V x 100	29	29	50			
COMPONENTE (26)	Índice de publicaciones por investigador (10)	2.4	2.4	5.4	125.0	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 125% en el índice de artículos científicos publicados de alto nivel, con respecto a la meta programada de 2.4%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. La variación del indicador con respecto a la programación original se debió principalmente a que se publicaron un mayor número de artículos del grupo I-II, en la revista del Hospital. EFECTO: Se logró una mayor productividad en las publicaciones por investigador. OTRO MOTIVO:
	V1: Publicaciones totales producidas	33	33	87			
	V2: Total de investigadores	14	14	16			
ACTIVIDAD (27)	Participación de investigaciones en áreas temáticas institucionales (11)	82.9	82.9	86.0	3.7	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 3.7% en participación de investigaciones en áreas temáticas institucionales, con respecto a la meta programada de 82.9%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que la investigación generada en el Hospital, principalmente es en áreas prioritarias de salud. EFECTO: Se lograron mejores resultados en la investigación alineada a temas prioritarios de salud. OTRO MOTIVO:
	V1: Número de proyectos de investigación en áreas temáticas institucionales	68	68	80			
	V2: Total de proyectos de investigación vigentes x 100	82	82	93			
ACTIVIDAD (28)	Investigaciones interdisciplinarias (12)	3.7	3.7	5.4	45.9	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 45.9 % en las investigaciones interdisciplinarias, con respecto a la meta programada de 3.7%, que lo sitúa indebidamente en el semáforo de color rojo. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que la investigación generada en el Hospital principalmente es en áreas prioritarias de salud, por lo que es necesario equipos de trabajo multidisciplinarios EFECTO: Se lograron mejores resultados en la investigación alineada a temas prioritarios de salud, con equipos de trabajo multidisciplinarios OTRO MOTIVO:
	V1: Número de proyectos de investigación interdisciplinarios vigentes	3	3	5			
	V2: Total de proyectos de investigación vigentes x 100	82	82	93			

ACTIVIDAD (29)	Incremento de productividad de proyectos por investigador (13)	75.0	75.0	75.0	0.0	VERDE	CAUSA: Se alcanzó la meta propuesta y se cumplieron los objetivos planteados. EFECTOS: Se logró obtener la productividad esperada por cada investigador con productos útiles aplicables a la atención de los pacientes. OTRO MOTIVO:
	V1: Productividad de investigaciones por investigador en el periodo t	6	6	6			
	V2: (Productividad de investigaciones por investigador en el periodo t-1) x 100	8	8	8			
ACTIVIDAD (30)	Índice de proyectos finalizados (14)	34.1	34.1	33.3	2.3	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 2.3% en el índice de proyectos finalizados, con respecto a la meta programada de 34.1%, que lo sitúa en semáforo de color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se concluyeron 31 proyectos de investigación con respecto a los 28 proyectos programados. EFECTOS: Se logró una mayor productividad por parte de los investigadores. OTROS MOTIVOS:
	V1: Proyectos de Investigación concluidos en el año actual	28	28	31			
	V2: Proyectos de Investigación en vigentes* x 100 (* Proyectos en proceso + finalizados)	82	82	93			
ACTIVIDAD (31)	Ocupación objetiva de plazas de investigador (15)	86.7	86.7	100.0	15.3	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 15.3% la ocupación objetiva de plazas de investigador, con respecto a la meta programada de 86.7%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. La variación del indicador con respecto a la programación original se debió principalmente a que se contó con candidatos de gran calidad que pudieron ocupar las plazas. EFECTO: Se logró la ocupación del 100% de las plazas de investigador autorizadas. OTRO MOTIVO:
	V1: Plazas de Investigador ocupadas	13	13	16			
	V2: Plazas de Investigador autorizadas x 100	15	15	16			
ACTIVIDAD (32)	Índice de productividad de artículos de alto nivel por investigador (16)	0.8	0.8	1.4	75.0	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 75% en el índice de productividad de artículos de alto nivel por investigador, con respecto a la meta programada de 0.8%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se contó con un mayor número de investigadores con relación a lo programado que publicaron en el grupo III-V. EFECTOS: Se alcanzó una mayor productividad en las publicaciones de artículos de alto nivel por parte de los investigadores. OTROS MOTIVOS:
	V1: Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	11	11	22			
	V2: Total de Investigadores	14	14	16			

## ASPECTOS CUALITATIVOS

### ENSEÑANZA

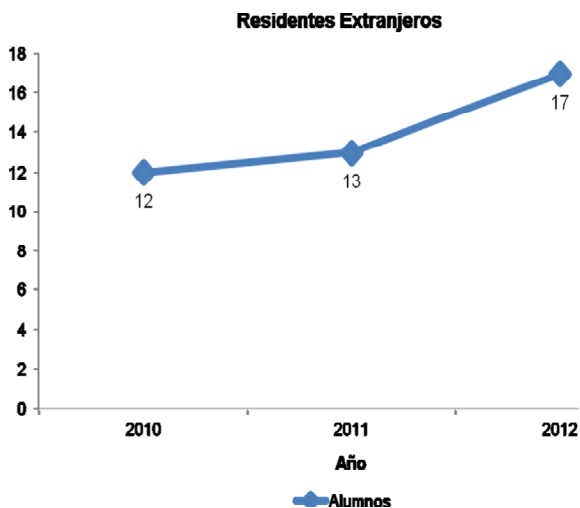
#### 1. Total de Médicos Residentes.



Durante el 2012, el número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad fue de 372 médicos residentes, cuatro más con respecto al mismo periodo de 2011, debido a la calidad y el prestigio de los cursos ofertados para el ciclo escolar 2012-2013. El egreso de médicos residentes fue de 116 de los cuales 104 fueron de especialidad y 12 de subespecialidad.

Al finalizar el ciclo académico, hubo 82 médicos residentes que ingresaron al Programa de Titulación Oportuna, lo que representa el 71%, logrando un incremento en un 46% de un total de 56 médicos residentes con respecto a 2011.

#### Número de Residentes Extranjeros



Durante el 2012, se registró un total de 17 alumnos extranjeros provenientes de Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, lo que representa un incremento en un 30.8%, con respecto al mismo periodo de 2011 que fue de 13 médicos extranjeros.

#### Médicos Residentes por Cama.

Al no haber incremento en el número de médicos residentes así como tampoco en el número de camas censables, el número de médicos residentes por cama permanece en uno.

## 2. Residencias de Especialidad.

Para el ciclo académico 2012-2013, el número de cursos universitarios de especialización permanece en 24 y 7 de alta especialidad, cabe señalar que dos cursos de subespecialidad (Cirugía maxilofacial y Urgencias) no entran al programa de diplomación oportuna, debido a que no son avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM.



Cursos Universitarios de Especialidad		Masculino	Femenino	Total
1	Anatomía Patológica	6	7	13
2	Anestesiología	5	18	23
3	Cirugía General	24	5	29
4	* Cirugía Maxilofacial (UNAM Odontología)	11	3	14
5	Ginecología y Obstetricia	14	19	33
6	Imagenología	7	7	14
7	Medicina Interna	19	24	43
8	Oftalmología	3	6	9
9	Ortopedia	11	4	15
10	Otorrinolaringología	6	7	13
11	Pediatría	9	20	29
12	* Urgencias (IPN)	8	7	15
Cursos Universitarios de Subespecialidad				
13	Biología de la Reproducción Humana	6	4	10
14	Cardiología	8	4	12
15	Cirugía Oncológica	6	2	8
16	Gastroenterología	0	7	7
17	Ginecología Oncológica	6	1	7
18	Medicina del Enfermo en Estado Crítico	4	2	6
19	Nefrología	6	3	9
20	Neuroanestesiología	2	2	4
21	Neurocirugía	17	0	17
22	Neurología	2	1	3
23	Reumatología	0	4	4
24	Urología	12	4	16
<b>Total</b>		<b>192</b>	<b>161</b>	<b>353</b>

**\*NOTA:** Estas especialidades no cuentan con el Programa de Titulación Oportuna.

### 3. Cursos de Alta Especialidad

Los cursos universitarios de alta especialidad que se imparten en el Hospital son siete en las siguientes especialidades.

Cursos Universitarios de Alta Especialidad		Masculino	Femenino	Total
1	Cirugía de columna vertebral	1	0	1
2	Cirugía oncológica de cabeza y cuello	2	1	3
3	Ecocardiografía	1	0	1
4	Endoscopia gastrointestinal diagnóstica y terapéutica	2	3	5
5	Hemodinamia (cardiología intervencionista)	3	0	3
6	Toxicología	2	2	4
7	Trasplante renal	1	1	2
<b>Total</b>		12	7	19



Este indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% de eficacia en la impartición de cursos de formación de posgrado, por lo que la meta y los objetivos planteados se alcanzaron.

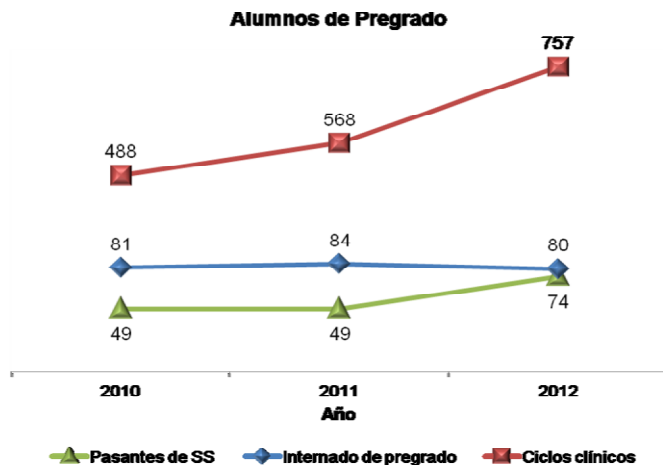
Se enviaron a la CCINSHAE, 22 manuales de los programas operativos de las especialidades incluidas en el PUEM. Asimismo, se envió el programa de la especialidad de Nutrición Clínica a la Facultad de Medicina de la UNAM, buscando el reconocimiento y aprobación por la misma.

En el siguiente cuadro se presentan algunas otras actividades complementarias relacionadas con los residentes de posgrado:

Actividad	No.
Sesiones de información para residentes	12
Cursos "Trato digno"	5
Sesiones de prácticas en cadáver	354
Cursos de cirugía experimental donde se utilizan modelos biológicos	147
Convenios con Hospitales Regionales de Alta Especialidad	4
Total de títulos de revistas médicas en biblioteca	145
Sesiones con profesores titulares de cursos	11



#### 4. Cursos de Pregrado



La gráfica muestra un comparativo de los años 2010 al 2012 de la población de estudiantes de pregrado, en ciclos clínicos y pasantes en servicio social.

En 2012, el número de médicos internos de pregrado fue de 80, presentando una ligera disminución de 4.8% con relación al periodo de 2011. Las escuelas de donde provienen son:

Médicos Internos de Pregrado	Institución educativa
34	Facultad de Medicina UNAM
8	Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
10	Escuela de Medicina Justo Sierra
20	Escuela Superior de Medicina IPN
3	Escuela de Medicina Tominaga Nakamoto
3	Facultad Mexicana de Medicina La Salle
1	Universidad Autónoma de Puebla
1	Escuela de Medicina Universidad de Tamaulipas
<b>Total 80</b>	

En el rubro de ciclos clínicos, el número de alumnos inscritos fue de 757, presentando un incremento de 33% con respecto al periodo de 2011, provenientes de las siguientes instituciones educativas:

Número de Alumnos	Institución educativa
102	Facultad de Medicina UNAM
40	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
27	Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
46	Escuela de Medicina Justo Sierra
38	Escuela de Medicina West Hill
266	Escuela Superior de Medicina IPN
23	Escuela de Medicina Tominaga Nakamoto

37	Facultad Mexicana de Medicina La Salle
178	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN
<b>Total 757</b>	

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

Durante el 2012, se tuvo una población de 74 estudiantes de Servicio Social, logrando un incremento en un 51%, con relación al periodo de 2011, donde se tuvieron 49 estudiantes.

Las escuelas de procedencia de los estudiantes de servicio social son las siguientes:

Estudiantes	Institución educativa
<b>Licenciatura</b>	
1	Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Milpa Alta IPN (nutrición)
3	Universidad Autónoma de Hidalgo (nutrición)
4	Universidad del Valle de México (nutrición)
1	Universidad Michoacana (odontología)
2	Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Santo Tomás IPN (odontología)
4	UNITEC (odontología)
6	Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Santo Tomás IPN (optometría)
2	Facultad de Estudios Superiores Iztacala (optometría)
8	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (enfermería)
12	Escuela de Enfermería Secretaría de Salud Hospital Juárez de México (enfermería)
6	Facultad de Psicología UNAM (Psicología)
<b>Técnico</b>	
15	UNITEC (Inhaloterapia)
6	Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Santo Tomás IPN (Químico)
4	Escuela de Técnicos Radiólogos (radiología)
<b>Total 74</b>	

### 6. Número de Alumnos de Posgrado.

La información referente a este punto se consigna en el número 1 del apartado de enseñanza del informe.

### 7. Cursos de Posgrado.

Para el periodo que se reporta se imparten tres maestrías dentro de las instalaciones del Hospital, con alumnado de la misma Unidad: la "Maestría en Administración con Orientación en Dirección del Factor Humano", con un total de 19 participantes en esta segunda generación, de las áreas de otorrinolaringología, cirugía vascular, cardiología, oncología, así como personal administrativo y paramédico de diversas áreas; cuyo objetivo es formar recursos humanos que innoven, adopten y apliquen en la práctica profesional y social,

conocimientos de vanguardia del avance de la investigación. Es impartida por profesores de la Universidad del Valle de México.

Las otras dos, son “Maestrías en Ciencias de la Salud”, impartidas por docentes del IPN, cuyo objetivo principal es formar personal de alto nivel con una sólida preparación académica y científica, que garantice la realización de proyectos de investigación y la generación de nuevos conocimientos básicos clínicos. En estas maestrías participan 13 alumnos profesionales de la institución.



Por lo reciente de las tres maestrías, cinco alumnos egresaron de la “Maestrías en Ciencias de la Salud”. Cabe hacer notar que todos los alumnos cubren los costos pues no se dispone de becas.

### 8. Número de Autopsias.

#### % Número de autopsias / Número de fallecimientos.

Durante el 2012, se practicaron 21 autopsias de 876 defunciones, que representa el 2.4%, con respecto al periodo de 2011, hubo una disminución en un 38.2% con respecto a las 27 autopsias realizadas en ese año.

### 9. Participación Extramuros.

Rotaciones	2010	2011	2012
De fuera hacia el Hospital	217	346	216
Del Hospital a otras instituciones	163	433	460

#### a) Rotaciones de otras instituciones:

En 2012, el número de rotaciones externas hacia el Hospital fue de 216 médicos residentes, con una disminución de 37.6% con respecto al periodo similar de 2011 y de un 73% de incremento con respecto a la meta programada de 200 rotaciones externas hacia el Hospital.

#### b) Rotaciones a otras instituciones:

El número de médicos residentes que rotaron a otras instituciones fue de 460, incrementándose en un 6.2% con respecto al mismo periodo de 2011 que fue de 433 médicos y un 170.6% más con respecto a la meta programada de 160 médicos residentes que rotan a otras instituciones.

Ambas rotaciones favorecen el aprendizaje de los médicos residentes, dada la mayor diversidad de padecimientos y casos a la que accede, así como diferente tecnología con la que se cuenta en las instituciones.

Institución	2012
I.M.S.S.	136
Institutos Nacionales de Salud	90
I.S.S.S.T.E.	43
Hospitales Regionales de Alta Especialidad (provincia)	37
Hospitales Federales de Referencia (D.F.)	26
Hospitales Privados	46
Secretaría de Salud del D.F.	17
Instituto de Salud del Edo de México	17
H.G. Campeche (Rotación Rural)	2
H.G. Chiapas (Rotación Rural)	14
H.G. Hidalgo (Rotación Rural)	2
H.G. Oaxaca (Rotación Rural)	4
H.G. Puebla (Rotación Rural)	2
H.G. Tlaxcala (Rotación Rural)	16
Extranjero (Brasil, Francia, USA, España)	5
Cruz Roja (D.F.)	3
<b>Total</b>	<b>460</b>

**10. Porcentaje de Eficiencia Terminal.  
(Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados).**

En cuanto a la eficiencia terminal fue del 100%, presentando un incremento en un 2% en relación con el 2011 que fue de 98%.

**11. Enseñanza en Enfermería.  
Cursos de Pregrado.**

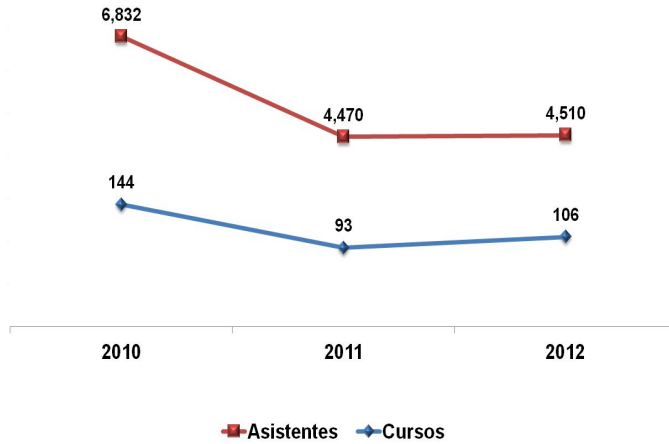
Durante el periodo de reporte se impartieron 50 cursos de educación médica continua y un diplomado en Cardiología al personal de Enfermería, contando con una asistencia de 1,894 alumnos, logrando un incremento de 233% con relación al 2011, donde se impartieron 15 cursos con la asistencia de 423 alumnos.



Cursos impartidos por la Escuela de Enfermería	
1.- Integración de Equipos de Trabajo	9.- Seguridad del paciente
2.- Inteligencia Emocional	10.- Hostigamiento y Acoso ¿Qué son y cómo se previenen?
3.- Autoestima y Superación Personal	11.- Administración del Capital Humano
4.- Reanimación Cardiopulmonar	12.- Seguridad del paciente hospitalizado

5.- Desarrollo de Habilidades Gerenciales	13.- Cuidados de enfermería en el paciente geriátrico
6.-Liderazgo y Efectividad en el Desempeño	14.- Vivir con la muerte presente
7.- Atención de Enfermería en Medicina Interna	15.- Los siete hábitos de la gente altamente efectiva
8.- Proceso enfermero	16.- Control y prevención del síndrome de <i>Burnout</i>
	17. Paquetería básica
<b>Cursos otorgados por la Asamblea de Enfermeras</b>	
1.- Enfermería ante el Trauma como consecuencia de los eventos y desastres naturales	5.- Cuidados Paliativos del dolor y Tanatología
2.- Cuidado Integral de Heridas	6.- Clima Organizacional
3.- Oncología para Enfermeras	7.- Perspectivas de la modernización hacia la excelencia de la atención.
4.- Jornadas Pre evento Magno	
<b>Cursos impartidos por la Jefatura de Enfermería</b>	
1.- Capacitación en Servicio de Pediatría	8.- Inducción para pasantes de Enfermería
2.- Administración de los Servicios de Enfermería para supervisores y jefes de Enfermería	9.- Atención al Paciente Oncológico
3.- Administración de los Servicios de Enfermería para supervisores y jefes de Enfermería.	10.- Interacciones NANDA NOC-NIC
4.- Manejo de Heridas, Estomas y Úlceras	11.- RCP Neonatal
5.- Curso de Capacitación para el personal de Camillería.	12.- Terapia intravenosa
6.- Plan de vida para la jubilación	13.- RCP adultos
7. Calidad y Seguridad en Enfermería	14.- Terapia de infusión intravenosa

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



Durante el 2012, se impartieron 106 cursos de educación médica continua, logrando un incremento en un 14% con respecto a 2011, donde se realizaron 93 cursos debido a que se cubrieron temas prioritarios para cumplir con elementos de la Certificación Hospitalaria.

La asistencia a los cursos en el periodo de reporte fue de 4,510 alumnos de los cuales 2,944 fueron mujeres y 1,566 hombres, debido a que la mayor parte de los cursos fueron organizados por la Asamblea de Enfermería, mientras que en 2011 fue de 4,470 por lo que hubo

un ligero incremento.

Los cursos de educación médica continua que se impartieron fueron los siguientes:

Nombre del curso	Fecha	Asistentes
Curso Taller de Reanimación Cerebro-Cardiopulmonar	18 - 20 enero	13
Capacitación en Servicio de Pediatría	25 - 27 enero	13
Taller de Diagnóstico Radiológico	26 - 28 enero	48
Hablar en Público sin Miedo	1, 8 y 15 febrero	10
Enfermería ante el trauma como consecuencia de los eventos y desastres naturales	13 - 17 febrero	120
Computación y Manejo de Herramientas de Internet	13 - 17 febrero	6
Proceso Enfermero	13 - 17 febrero	13
Curso Taller Terapia de Infusión Intravenosa	16 - 17 febrero	26
Microcirugía III (Avanzados)	20 - 24 febrero	1
Integración de Equipos de Trabajo	27 febrero - 2 marzo	5
Cuidado Integral de Heridas, Estomas	12 - 16 marzo	208
Microcirugía (principiantes )	12 - 16 marzo	1
Microcirugía (intermedios)	12 - 16 marzo	1

Seguridad del Paciente Hospitalizado	14 - 16 marzo	37
Microcirugía Laparoscópica	26 - 30 marzo	4
Administración, Gestión y Calidad de los Servicios de Enfermería	28 - 30 marzo	26
XIX Curso Seguridad del Paciente Hospitalizado	12 - 15 marzo	35
Microcirugía I	9 - 13 abril	1
Hostigamiento y Acoso. ¿Qué son y cómo se previenen?	16 - 20 abril	14
Curso-taller Vinculación NANDA, NOC-NIC	16 - 18 abril	29
Gestión de Proceso para la Transformación Institucional	16 - 20 abril	23
Tópicos en Clínica del Dolor	26 - 27 abril	20
Diagnóstico y Manejo del Paciente en Coma	25 - 27 abril	206
Curso Incumplimiento más Frecuente a la Cédula de Certificación del Consejo de Salubridad General	14 marzo	111
Inteligencia Emocional	11 - 13 abril	34
Administración, Gestión y Calidad de los Servicios de Enfermería	25 - 27 abril	31
Abordaje quirúrgico de mínima invasión en Terapia Intensiva Pediátrica	18 - 20 abril	22
Administración en Calidad de la Atención del Paciente	3 - 4 mayo	28
Microcirugía	7 - 11 mayo	1
Cuidado Integral del Adulto Mayor	2 - 4 mayo	35
XX Curso de Seguridad del Paciente	7 - 9 mayo	30
IV Curso Taller de Nutrición Clínica y Metabolismo	16 - 18 mayo	76
Oncología para Enfermería	14 - 16 mayo	81
Inteligencia Emocional	14 - 18 mayo	20
Curso Taller Terapia Intravenosa	17- 18 mayo	24
Microcirugía (principiantes)	21 - 25 mayo	1
Plan de vida para la jubilación	21 - 23 mayo	12
Curso Taller protocolo de Investigación Clínica	21 - 25 mayo	17
1er. Curso Básico de Epidemiología	21- 25 mayo	7

Microcirugía III (avanzados)	7 – 11 mayo	1
II Curso Taller Atención Geronto geriátrica?	30 mayo - 1o. junio	58
Curso Taller de RCP para adultos	30 mayo - 1o. junio	19
4o. Curso de Calidad y Seguridad en Enfermería	6 - 8 junio	258
II Curso La Patología Vascul ar para el Médico General	7 - 8 junio	28
1eras. Jornadas de Enfermería	13 - 15 junio	27
Administración de Capital Humano	11 - 15 junio	7
Disec ción con mastoidectomía, timpanoplastía osiculoplastía estactectomía y colocación de implante en el hueso temporal	11 - 15 junio	29
Curso Temas Selectos en Obesidad	13 - 15 junio	30
Curso Taller Vinculación NANDA, NOC, NIC	13 - 15 junio	17
Jornadas Académicas de Médicos Internos de Pregrado	18- 21 junio	26
1er. Curso de Cirugía Laparoscópica Básica	20 - 22 junio	71
Autoestima y superación personal	25 - 29 junio	14
Microcirugía I (principiantes)	25 - 28 junio	1
2o. Interinstitucional de Urgencias-Trauma	25 - 27 junio	107
Curso Taller Enfermedad Renal Crónica y sus alternativas	25 - 29 junio	13
Curso Taller Reanimación Cerebro Pulmonar en el Recién Nacido	18 - 20 julio	17
Tanatología en Trabajo Social	11 - 13 julio	34
Los fundamentos de los archivos y la administración de documentos	24 julio	50
Lo Holístico e interactivo de la Bioética en los Hospitales	26 - 27 julio	43
Soporte Vital Cardiovascular Avanzado	26 - 27 julio	20
Clima Organizacional	10-14 agosto	54
Suturas	17 septiembre	33
Trato Digno al Usuario	27 noviembre	16
Clínica del dolor. Cuidados Paliativos y Tanatología	13 - 17 agosto	148
Desarrollo de Habilidades Gerenciales	20 - 24 agosto	13



Taller de Plastía de pared Abdominal	3 - 7 septiembre	39
Curso Nacional de Alergia a la Piel	5 - 7 septiembre	55
Clima Organizacional	10 - 14 septiembre	54
Oncología para Enfermeras	10 - 12 septiembre	31
7ª Congreso de Medicina Transfusional y Banco de Sangre	17 - 21 septiembre	129
Curso taller de Intoxicaciones y Envenenamiento	19 - 21 septiembre	75
Los fundamentos de los archivos y la administración de documentos	24 septiembre	50
Capacitación en Branquiterapia	28 septiembre	1
Manejo de heridas, estomas y úlceras por presión	24 - 25 septiembre	40
Pared abdominal y hernia	3 - 5 octubre	32
Curso Taller RCP para adultos	3 - 5 octubre	13
Congreso y curso de neurociencias	8 - 12 octubre	149
Microcirugía I (Principiantes)	8 - 12 octubre	3
Seguridad del paciente hospitalizado	8 - 12 octubre	6
XXI Curso de seguridad del paciente hospitalizado	10 - 12 octubre	31
Suturas	17 octubre	33
Terapia de infusión intravenosa	18 - 19 octubre	21
Cuidados de enfermería en el paciente geriátrico	22 - 26 octubre	15
Vivir con la muerte presente	5 - 9 noviembre	17
Interacciones NANDA, NOC-NIC	12 - 14 noviembre	12
Perspectivas de la modernización hacia la excelencia de la atención	12 - 16 noviembre	134
Diplomado de obesidad y enfermedades crónico degenerativas	2 marzo -16 noviembre	10
Curso de reanimación en pediatría	17 noviembre	16
ATLS	22 - 23 noviembre	16
Foro estudiantil de metodología de la investigación	23 noviembre	68
Microcirugía (principiantes)	26 - 30 noviembre	3

Metodología de la investigación	27 - 30 noviembre	23
Avances científicos y tecnológicos en medicina y cirugía	28 - 30 noviembre	198
Curso de intubación de vía aérea auxiliado por fibroscopio	28 noviembre	18
Avances en coloproctología	26 - 27 noviembre	46
Actualidades en anticonceptivos	26 - 27 noviembre	65
Desarrollo de habilidades gerenciales	6 diciembre	60
Avances en medicina de la reproducción humana	3 - 7 diciembre	175
Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva	3 - 7 diciembre	27
Microcirugía laparoscópica	3 - 7 diciembre	3
Control y prevención del síndrome de <i>Burnout</i>	10 - 14 diciembre	28
Jornadas académicas de médicos internos	10 - 12 diciembre	58
Taller de radiología	10 - 12 diciembre	58
Taller de RCP Básico	10 - 12 diciembre	58
Taller de inmovilización	10 - 12 diciembre	58
Taller de suturas	10 - 12 diciembre	58
	Total	4,510

### 13. Cursos de Capacitación.

En cuanto a capacitación en materia gerencial y técnica, durante el periodo de reporte se impartieron 33 cursos de capacitación con la asistencia de 693 servidores públicos, superando en un 15.5% con respecto a la meta alcanzada en el año inmediato anterior que fue de 600, mostrando una satisfacción de los participantes y la mejora en las funciones que desarrollan que se han visto reflejadas en mejor trato a los usuarios y en la disminución de quejas; no obstante que se disminuyó el número de cursos en un 15.3% con respecto a 2011, debido a la poca asignación de recursos para el programa presupuestal E019 "Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud", donde únicamente fueron pagados con presupuesto federal cuatro de ellos (Actitud y motivación en el trabajo, Redacción, y dos de Gestion de procesos para la transformacion institucional) y el resto se impartieron con la participación gratuita de instituciones externas, así como de los trabajadores que laboran en el Hospital.

Los cursos fueron los siguientes:

No.	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Curso "Capacitación y Sensibilización en trato Digno al Usuario"	14 -febrero	34
2	Curso " Programa Integral de Protección Civil"	21-febrero	13
3	Curso Teórico Practico" Uso y Manejo de Hidratantes"	febrero	8
4	Curso Teórico Practico" Uso y Manejo de Hidratantes"	febrero	9
5	Curso " Programa Integral de Protección Civil"	27 -marzo	26
6	Curso " Programa Integral de Protección Civil"	27 -marzo	22
7	Resolución de Conflictos	13, 27 marzo	23
8	Desarrollo de Habilidad Gerencial	22 marzo	46
9	Trato Digno al Usuario	8,15, 29 Marzo	30
	Trato Digno al Usuario	24 abril	61
10	Curso "Gestión de Procesos para la Transformación Institucional"	16 al 20 de abril	23
11	Curso "Capacitación y Sensibilización en trato Digno al Usuario"	17-abril	63
12	Curso "Brigadas de Protección Civil"	28-abril	25
13	Curso "Redacción"	14-18 mayo	22
14	Brigada de Evacuación	9-mayo	28
	Brigada de Búsqueda y Rescate	16-mayo	9
	Brigada de Incendios	23-mayo	37
	Brigada de Evacuación	30-mayo	29
15	Brigada Búsqueda y Rescate	6-junio	30
16	Gestión de Procesos para la Transformación Institucional	11-15 junio	19
17	Trato Digno al Usuario	junio	17
18	Curso básico de género	18 junio al 15 de julio	1
19	Trato Digno al Usuario	5 julio	20
20	Taller sitios web básico	18 al 22 julio	2
21	Taller sitios web II	25 al 29 julio	2
22	Word básico	2 al 6 de julio	16
23	Word Intermedio	27 al 31 de agosto	5
24	Gestión de Procesos para la Transformación Institucional	3 al 7 de septiembre	15
25	La Actitud y Motivación en el Trabajo	27 de septiembre al 8 de octubre	19
26	Bachillerato en Profesional Técnico en Terapia Respiratoria	1 de septiembre	1

27	Ortografía	15 al 19 de octubre	11
28	Ley Federal de Archivos y Organización de los Archivos	22 de octubre	1
29	Contabilidad Gubernamental	13 de octubre	1
30	Tesorería Gubernamental	15 al 18 de octubre	2
31	Protección Civil Avanzado	19 al 23 de noviembre	1
32	Taller Capital Humano	7 al 9 de noviembre	1
33	Capacitación y Sensibilización para el Trato Digno al Usuario	27 de noviembre	21
<b>Total</b>			<b>693</b>

#### 14. Sesiones Interinstitucionales.

En el periodo que se reporta, se llevaron a cabo cuatro sesiones interinstitucionales:

- La primera con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, denominada: “Trabajo en equipo y liderazgo”, cuyo objetivo fue realizar un análisis sobre cómo debe trabajarse en grupo, para obtener mejores resultados de productividad, encabezado por uno o varios representantes o líderes. La sesión estuvo dirigida al personal del Hospital, con una asistencia total de 325 participantes.
- La segunda con la Facultad de Medicina de la UNAM, dirigida a los médicos del Hospital, donde asistieron 263 médicos (183 médicos residentes y 80 médicos adscritos). El tema fue “Medicina Mexicana dos siglos de historia”, impartida por el académico Dr. Alberto Lifschitz Guinbzbberg, quien hizo un análisis sobre el libro recientemente publicado del mismo nombre, cuyo autor es el Dr. Carlos Viesca Treviño del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM.
- La tercera con el Hospital la Petie Salpetrie en París Francia, dirigida a residentes e internos de pregrado, con la participación de 271 asistentes, el tema fue “La aplicación de la Ecografía en Reumatología”, impartida por el profesor Pierre Burgeois.
- La cuarta con el Instituto de Trasplantes en Argentina, impartida por el Dr. Ricardo Ibar, dirigida a médicos residentes e internos de pregrado, con la participación de 248 asistentes, describe la metodología implementada para llevar a la Argentina a ser el primer país en América Latina en donaciones.

#### Asistentes a Sesiones Interinstitucionales.

El número de asistentes a las sesiones interinstitucionales fue de 1,107, hubo un decremento en un 27.7% con respecto al mismo periodo de 2011, en donde asistieron 1,531 participantes.

**15. Sesiones por Teleconferencia.**

No se realizaron teleconferencias en el periodo que se reporta.

**16. Congresos Organizados.**

En el periodo que se reporta se realizaron dos congresos: de Medicina Transfusional y Banco de Sangre y Neurociencias, presentando un decremento de 33.3% con relación al periodo de 2011, donde se realizaron tres.

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

Se otorgaron seis reconocimientos a los profesores del Internado de Pregrado por la Facultad de Medicina de la UNAM, por la actualización del Programa Académico.

**Otros Aspectos.**

**Sesiones académicas**

<b>Sesiones Generales de Hospital</b>	47
Presentación de casos con estudio anatomopatológico	5

<b>Sesiones académicas por división</b>	<b>2,081</b>
Medicina	1,357
Cirugía	328
Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	182
Gineco-Obstetricia	93
Medicina Crítica	66
Pediatría	55



Otro aspecto relevante, es la participación en Congresos Nacionales, donde se presentaron 73 trabajos durante el 2012.



**Convenios.**

En cuanto a los convenios, se tienen un total de 19 siendo los siguientes:

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	Universidad de las Américas	Convenio de colaboración en maestría de psicología clínica
4	Universidad Westhill Escuela de Medicina "Don Santiago Ramón y Cajal"	Convenio específico de colaboración en materia de ciclos clínicos
5	Universidad Westhill Escuela de Medicina "Don Santiago Ramón y Cajal"	Convenio específico de colaboración en materia de internado de pregrado
6	Universidad del Valle de México	Convenio específico de colaboración en materia de servicio social y estancias profesionales (fisioterapia, nutrición y QFB.)
7	Universidad la Salle	Convenio específico de colaboración en materia de internado de pregrado
8	Universidad Tominaga Nakamoto, S. C.	Convenio específico de colaboración en materia de ciclos clínicos
9	Universidad Tominaga Nakamoto, S. C.	Convenio específico de colaboración en materia de internado de pregrado
10	Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	Convenio específico de colaboración para prácticas de posgrado en psicología
11	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO)	Convenio específico de colaboración de alta especialidad
12	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas (CRAECHIAPAS)	Convenio específico de colaboración académica para los residentes de las especialidades médicas y quirúrgicas en servicio social
13	Hospital "Eduardo Vázquez Navarro" de la Ciudad de Puebla (HGP)	Convenio específico de colaboración académica en materia de campo clínico para las especialidades de reumatología y gastroenterología
14	Centro Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (C.R.A:E.Y)	Convenio específico de colaboración académica para los residentes de la especialidad de medicina interna
15	Instituto Nacional de Perinatología	Convenio de colaboración académica en materia de servicio social de alumnos de la Escuela de Enfermería
16	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
17	FES- ZARAGOZA	Convenio de colaboración en materia de servicio social, ciclos clínicos y cursos posttécnicos de la carrera de enfermería

18	TECMILENIO	Convenio de colaboración de prácticas clínicas de enfermería
19	UNAM Facultad de Odontología	Convenio de colaboración en materia del curso de especialización en cirugía oral y Maxilofacial

### **Videoconferencias.**

Durante el 2012 se realizaron siete videoconferencias con los siguientes contenidos: Gestión de la Calidad, Sesiones de Calidad, Trato Digno al Usuario Indígena y Urbano, Patología Dual, Nanotecnología en el Arte de Fabricar Membranas, Diplomado de Gerencia para la Certificación de Establecimientos Médicos; además de la Publicación en el Portal Institucional de la revista de investigación médica.

### **Trabajos presentados en congresos por médicos residentes de los cursos universitarios.**

<b>Especialidad</b>	<b>No de trabajos presentados en congreso</b>
Biología de la Reproducción Humana	6
Cardiología	6
Cirugía general	7
Cirugía maxilofacial	6
Cirugía oncológica	6
Gastroenterología	14
Ginecología Oncológica	2
Ginecología y Obstetricia	2
Medicina del Enfermo en Estado Critico	20
Medicina Interna	5
Neuroanestesiología	1
Neurocirugía	7
Neurología	3
Oftalmología	4
Reumatología	3
Urología	19
Endoscopia	5
Hemodinamia	1
Ecocardiografía	1
Trasplante	1
<b>Total</b>	<b>119</b>

### Unidad de Investigación Quirúrgica.

Durante el 2012, se fortalecieron los trabajos de investigación en la Unidad de Investigación Quirúrgica Experimental utilizando 147 modelos animales, de los cuales 61 fueron ratas, 53 conejos, 29 cerdos y 4 pollos, realizándose las siguientes sesiones.



Nombre de sesiones	Número de sesiones
Sesiones de laparoscopia oncológica	6
Sesiones de facoemulsificación e implante de lentes intraoculares	1
Sesiones de fresado de hueso temporal	6
Sesiones de técnicas quirúrgicas para enfermería	2
Sesiones de técnicas laparoscópicas para cirugía general	2
Práctica de laparoscopia para cirugía pediátrica	3
Sesiones de técnicas laparoscópicas para trasplante	5
Curso de microcirugía I	5
Curso de microcirugía II.	2
Curso de microcirugía III.	4
Laparotomía y colocación de dispositivo para colostomía	1
Cirugía de Protocolo de trasplante renal (técnicas: nefrectomía, perfusión, y trasplante renal con microcirugía)	3
Curso de ATLS (4 CERDOS) cricotiroidotomía, descompresión torácica, lavado peritoneal y pericardiosentesis	1
Cirugía piloto de para trasplante renal	1
Cirugía en cerdos.	1
Cirugía para protocolo de presión intra-abdominal	2
<b>Total</b>	<b>45</b>

### Prácticas en Cadáver.

No.	Residentes de la especialidad	No. de asistentes	Región explorada
1	Cirugía General	160	Disección de región inguinal y cavidad abdominal, vías biliares, disección retroperitoneal incluyendo riñones. Abordaje vascular de cuello y abdomen.
2	Ginecología	8	Abordaje retroperitoneal y de vasos pélvicos, pared abdominal.
3	Maxilofacial	24	Osteostomía, cirugía ortognática, cirugía de macizo facial.
4	Neurocirugía	70	Abordaje retro sigmoideo y transcavernoso. Disección de región témpora seno cavernoso y disección de vasos y del nervio trigémino, abordaje de los vasos del cuello y región carotidea



5	Oncología	47	Abdomen y Tórax
6	Urología	27	Cistostomía, cirugía de vejiga.
7	Otorrinolaringología	18	Parotidectomía, rinoseptoplastía, disección de cuello

### Avances del Programa de Trabajo 2012.

Se elaboró el Manual de Normas y procedimiento que incluye 13 procedimientos.

Se llevaron a cabo 11 reuniones con los profesores titulares para revisar temas relevantes como titulación oportuna.

Con la finalidad de mejorar los trabajos terminales de los médicos residentes que se encuentran en penúltimo año de la especialidad, se da seguimiento al Programa de diplomación oportuna de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Con apoyo de las Unidades de Salud Mental y la de Gestión de la Calidad, se capacitaron en Trato Digno al Usuario, a 90 médicos residentes de distintas especialidades y a 642 trabajadores.

Se regularizaron a 21 profesores con nombramiento de titulares, logrando un 87.5%, de la plantilla total que es de 24, los cuatro restantes se encuentran en trámite. En cuanto a los profesores adjuntos, a la fecha hay doce regularizados de 29 adjuntos autorizados con nombramientos.

En junio de 2012, concluyeron 25 estudiantes el internado de pregrado de las siguientes escuelas: 20 de la Escuela Superior de Medicina del IPN, tres de la escuela Tominaga Nakamoto y dos de la Benemérita Universidad de Puebla.

En relación con el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud. Promoción 2012. Se informa de las tres etapas del programa: la primera se refiere a la inscripción de participantes, la segunda etapa a la integración y evaluación de expedientes y la tercera etapa al Seguimiento.

Los resultados cuantitativos se encuentran en la siguiente tabla:

Disciplina	Personal en plantilla	Personal que solicitó ingreso	Personal evaluado en la 2da. Etapa.	Personal seleccionado				
				A	B	C	D	Total
Medicina	321	69	54	9	16	12	5	42
Enfermería	894	109	90	0	17	23	22	62
Odontología	2	1	1	0	0	0	0	0
Química	109	24	23	3	5	7	3	18
Trabajo social	51	12	12	1	2	3	4	10
Otras disciplinas	229	15	15	1	1	3	2	7

Total	1,606	230	195	14	41	48	36	139
-------	-------	-----	-----	----	----	----	----	-----

En la tercera etapa se hizo el seguimiento correspondiente, de acuerdo al catálogo de evidencias correspondiente a cada disciplina.

En relación con los aspectos cualitativos, se puede señalar que se cumplieron los objetivos generales y específicos de este programa.

El otorgamiento de estímulos al personal de salud, se realizó en condiciones de equidad y justicia, realizando una evaluación del desempeño de cada participante con el fin de elevar la calidad de la atención que prestan en esta unidad hospitalaria.

**Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2012 del Programa Presupuestal E010 “Formación de recursos humanos especializados para la salud”**

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2012							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICOS Y COMPLEMENTARIOS 2012							
Informe de		enero a diciembre		2012			
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:	NAW						
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO						
NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES 3/
			PROGRAMADA	REALIZADA	% 1/	SEMÁFORO 2/	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA SALUD</b>							
PROPÓSITO (5)	Eficacia en la inscripción a cursos de educación continua	90.7	90.7	77.5	14.6	<b>ROJO</b>	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 14.6% de eficiencia en la inscripción a cursos de educación continua con respecto a la meta programada de 90.7%, lo que lo sitúa en un semáforo de color rojo.  La variación de la meta se debe a que no obstante que se impartieron 38 cursos más de los programados, disminuyó en cantidad el número de profesionales de la salud inscritos en los mismos cursos de educación continua por la suspensión de algunos cursos en los que regularmente el número total de inscritos y asistentes es alto, debido a que se dio prioridad a la impartición de cursos de capacitación con temas relevantes para cubrir requisitos de Certificación. Por lo anterior, se considera que la capacitación fue la idónea en cuanto a cantidad y contenido de los cursos realizados a pesar de que la inscripción no fuera la planeada, ya que se logró el objetivo de la capacitación en contenidos relevantes al personal responsable de procesos relacionados con la atención de calidad y seguridad del paciente
	V1: Total de profesionales de la salud inscritos en los mismos cursos de educación continua	5,350	5,350	4,572			EFEECTO: Se implementarán nuevas estrategias por cada uno de los departamentos organizadores de cursos, para que garanticen la asistencia programada.
	V2: Número de profesionales de la salud programados para asistir a cursos de educación continua realizados por la Institución x 100	5,900	5,900	5,900			OTRO MOTIVO:
COMPONENTE (6)	Eficiencia terminal de especialistas médicos	100.0	100.0	100.0	0.0	<b>VERDE</b>	CAUSA: Se alcanzó la meta propuesta y se cumplieron los objetivos planteados, egresando 104 residentes médicos de especialidad y 12 de alta especialidad.
	V1: Número de médicos que obtienen constancia de conclusión de estudios de especialidad	102	102	116			EFEECTO:
	V2: Total de médicos inscritos en la misma cohorte x 100	102	102	116			OTRO MOTIVO:
COMPONENTE (7)	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	7.0	7.0	7.0	0.0	<b>VERDE</b>	CAUSA: Se alcanzó la meta propuesta y se cumplieron los objetivos planteados.
	V1: Sumatoria de la calificación manifestada por los médicos especialistas egresados encuestados respecto a la calidad percibida de su formación	714	714	714			EFEECTO:
	V2: Total de médicos especialistas encuestados	102	102	102			OTRO MOTIVO:

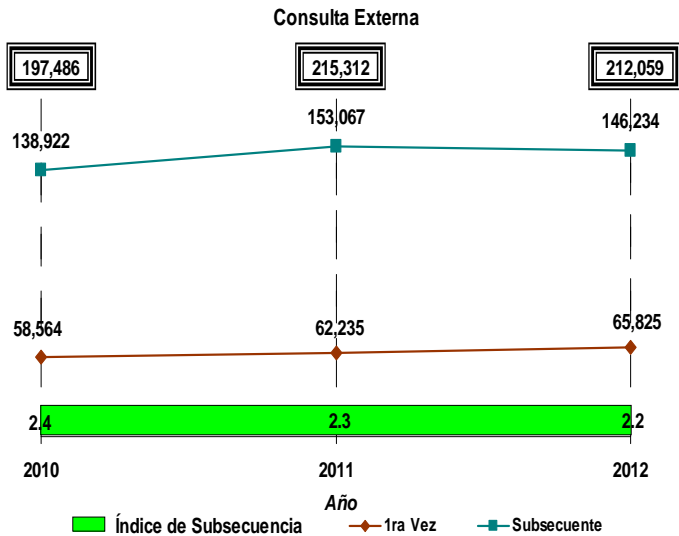
COMPONENTE (10)	Eficacia en la impartición de educación continua	97.2	97.2	98.6	1.4	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 1.4% de eficacia en la impartición de educación continua con respecto a la meta programada de 97.2%, lo que lo sitúa en un semáforo de color verde.
	V1: Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de terminación de estudios de educación continua impartida por la institución	5,200	5,200	4,510			EFEECTO: Se insistirá con el personal que acuda a los cursos desde el inicio de éstos para cumplir por lo menos con el 80% de asistencia.
	V2: Total de profesionales de la salud inscritos en los mismos cursos de educación continua x 100	5,350	5,350	4,572			OTRO MOTIVO: Se implementarán nuevas estrategias por cada uno de los departamentos organizadores de cursos, para que garanticen la inscripción y asistencia a los cursos de educación continua programados.
COMPONENTE (11)	Percepción sobre la calidad de la educación continua	8.0	8.0	8.6	7.5	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento de 7.5% de percepción sobre la calidad de la educación continua con respecto a la meta programada de 8.0%, lo que lo sitúa en un semáforo de color amarillo.
	V1: Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	32,000	32,000	20,799			La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación se debe a que hubo profesores que no entregaron los resultados de las encuestas de satisfacción lo que motivó una disminución en la percepción de la calidad de los cursos.
	V2: Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua encuestados	4,000	4,000	2,432			EFEECTO: Se implementarán medidas correctivas por la Comisión de Cursos Hospitalaria, para que se complete el proceso y se cuente con los resultados de las encuestas en tiempo y forma.  OTRO MOTIVO:
ACTIVIDAD (12)	Porcentaje de profesores de especialidades médicas capacitados en habilidades docentes	79.6	79.6	42.6	46.5	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 46.5 % de profesores de especialidades médicas capacitados en habilidades docentes con respecto a la meta programada de 79.6%, lo que lo sitúa en un semáforo de color rojo.
	V1: Profesores capacitados en habilidades docentes en el año	43	43	23			La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación se debe a que hubo profesores que no pudieron asistir a los cursos de capacitación, ya que se encontraban participando activamente en el proceso de Certificación del Hospital.
	V2: Total de profesores que participan en formación de especialistas médicos x 100	54	54	54			EFEECTO: Se implementarán medidas correctivas por la Comisión de Cursos para evitar que esta desviación se repita y altere el resultado final.  OTRO MOTIVO:
ACTIVIDAD (13)	Eficacia en la impartición de cursos de formación de posgrado	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA: Se alcanzó la meta propuesta y se cumplieron los objetivos planteados.
	V1: Número de cursos de formación de posgrado médico realizados	31	31	31			EFEECTO:
	V2: Número de cursos de formación de posgrado médico programados x 100	31	31	31			OTRO MOTIVO:
ACTIVIDAD (16)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	87.2	87.2	135.9	55.8	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 55.8% de eficacia en la impartición de cursos de educación continua con respecto a la meta programada de 87.2%, lo que lo sitúa indebidamente en semáforo rojo.
	V1: Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	68	68	106			La variación del indicador con respecto a la programación original se debió a la programación de 38 cursos más con temas prioritarios que se realizaron para cubrir elementos de la Certificación Hospitalaria.
	V2: Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo x 100	78	78	78			EFEECTO: Hubo disponibilidad de espacios, ya que la duración de los cursos en su mayoría, fue de tres días.  OTRO MOTIVO: Contar con mayor capacidad en aulas y aceptar cursos fuera del programa.

## ASPECTOS CUALITATIVOS

Con la finalidad de presentar a la H. Junta de Gobierno un panorama global de la presente gestión y no sólo limitada a la comparación de los dos años previos; 2012 y 2011, se graficaron también cifras del primer año de la actual Dirección relativas a 2010.

### Asistencia

#### 1. Número de Consultas Otorgadas.



Durante el 2012, se obtuvo un total de 212,059 consultas, cifra ligeramente inferior al año previo debido probablemente a los tabuladores de cuotas que aumentaron y sobre todo a la captación de pacientes en el estado de México por el Seguro Popular, ya que el paciente particularmente con tratamiento quirúrgico, no sólo cubre los costos directos de consultas, estudios de laboratorio y gabinete, sino las cirugías e internamiento. Respecto a las consultas subsecuentes se aprecia una disminución de 4.5 puntos porcentuales en comparación al mismo periodo del año previo, mientras que las consultas de primera vez (incluye preconsultas) se incrementaron en un 5.8%, lo que se relaciona a las necesidades de evaluación

por la alta especialidad con que cuenta el Hospital, en pacientes sobre todo para la atención de padecimientos crónico-degenerativos y que en parte también se justifica por la cita telefónica que facilita trámites para los pacientes.

El índice de subsecuencia reportado en 2.2 se mantuvo en cifras similares que en 2011. Es importante destacar que a pesar de promover la contrarreferencia de pacientes hacia los otros niveles de atención, ya solucionada la necesidad de atención especializada, los pacientes permanecen en la institución o regresan dado que perciben mayor seguridad en la atención médico-quirúrgica del Hospital, aunque sus problemas podrían resolverse en el otro nivel, lo que no ocurre por la pobre estructura en el primer nivel en cuanto a médicos especialistas.

**Causas de Atención en Pacientes de Primera Vez.**

No.	2010	2011	2012
1	Embarazo	Embarazo	Obesidad
2	Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes mellitus tipo 2
3	Hipertensión arterial	Obesidad	Hipertensión arterial
4	Cáncer de mama	Hipertensión arterial	Cáncer de mama
5	Enfermedad ácido péptica	Cáncer de mama	Enfermedad gástricas
6	Menopausia	Enfermedad ácido péptica	Cáncer cérvico uterino
7	Obesidad	Enfermedades articulares	Enfermedades articulares
8	Enfermedades articulares	Insuficiencia renal crónica	Hepatitis crónica
9	Cáncer cérvico uterino	Cáncer cérvico uterino	Enfermedades relacionadas al virus del papiloma humano
10	Enfermedades relacionadas al virus del papiloma humano	Enfermedades relacionadas al virus del papiloma humano	Cirrosis Hepática por alcohol

Los principales motivos de consulta se presentan en el cuadro dividido en periodos anuales de 2010 a 2012, donde se puede observar la persistencia de padecimientos crónicos, sobre todo los tres primeros que tienen relación con el síndrome metabólico, y en el primero se observa la trascendencia de la obesidad como problema de salud pública, secundariamente se encuentran los padecimientos de tipo oncológico.

Los primeros de alta prevalencia como la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y la hipertensión arterial y en el caso de los segundos, el cáncer de mama y de cérvix. En séptimo lugar las enfermedades articulares, en especial osteoartritis y en menor proporción la artritis reumatoide, que también son padecimientos crónicos y progresivos, siendo las enfermedades gástricas y las adquiridas por transmisión sexual las únicas probablemente prevenibles.

Sin embargo, para el 2012 la captación de pacientes con embarazos normales disminuyó debido a que son cubiertos por el Seguro Popular.

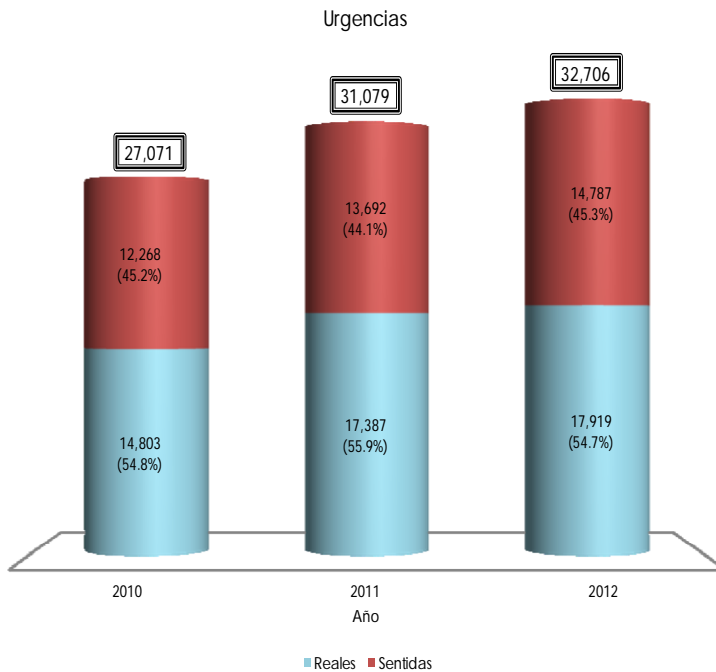
Como parte de la mejora de la atención al usuario de la consulta externa, se mantiene la supervisión del funcionamiento de los consultorios verificando horarios de inicio y termino de la consulta, el número de consultas otorgadas, la aplicación correcta y cumplimiento de la nueva NOM del expediente clínico, la agilización en el cobro de las cuotas de recuperación y predominantemente, el cumplimiento de las citas divididas en bloques de dos horas.

Hay factores en este indicador que son difíciles de modificar para poder establecer un plan de mejora efectivo, dado que no es controlable para el Hospital la referencia de pacientes del primer nivel, que no pueden ser atendidos por falta de especialidades médicas en los centros de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de los estados vecinos, en

especial el de los municipios conurbados, además de la resistencia de los pacientes a su contrarreferencia.

Se ha avanzado en la implementación de la clínica de adicciones, lo que crea un área de oportunidad para la atención de pacientes portadores de padecimientos de alta especialidad, de acuerdo a la misión hospitalaria, alineada a los problemas nacionales de salud prioritarios.

## 2. Número de Urgencias.



En la atención de urgencias se puede ver un comportamiento en dos sentidos: el número total de urgencias atendido en el periodo que se informa es mayor en 5.2 puntos porcentuales con respecto al año pasado; la proporción de urgencias reales también se incrementó en un 3.1% y las urgencias sentidas se incrementaron en un 8% comparadas con el año pasado, debido a que persiste la cultura en los pacientes de acudir en forma “espontánea” a este servicio, sin ser referidos y por lo tanto, no portando una urgencia real; sin embargo, se les valora para definir su estado de salud y referirlos si es menester.

El índice de urgencias reales entre sentidas es de 1.2 y muestra una disminución de 7.7% en comparación con el 2011 que fue de 1.3.

No ha sido posible continuar con el proyecto de remodelación del servicio, sobre todo en el área de choque con excepción de cierto equipamiento por razones presupuestales; asimismo, se requiere un alto número de plazas de médicos, enfermeras y personal administrativo en los cuatro turnos. Sigue impactando cada vez más la solicitud de atención de pacientes con lesiones por violencia o accidentes, que llegan en estado crítico y que harían que el área de choque fuera de mayor utilidad.



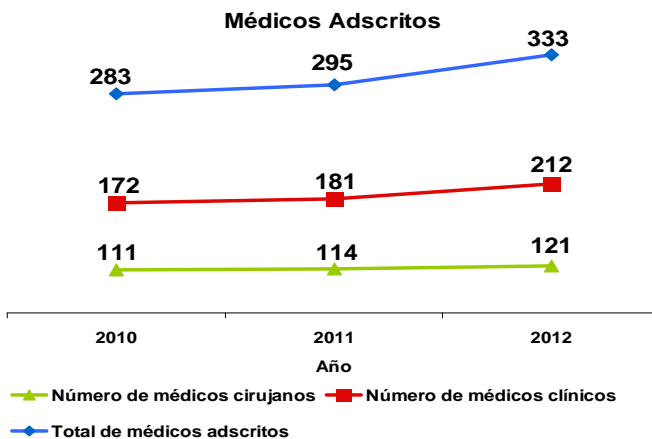
El sistema de *triage* de la Universidad de Manchester se siguió aplicando en el periodo que se informa, ha permitido regular la demanda en función de los tiempos de atención, ya que las urgencias reales se detectan prioritariamente se valoran en minutos y se definen los casos que son urgencia “sentida”.

### 3. Número de Casos Nuevos Atendidos.

El número de casos nuevos que se atendieron en el Hospital durante el 2012 fue de 53,012, incrementándose en un 4.3% con relación al 2011, donde se atendieron 50,844.

Como se ha comentado en párrafos anteriores, la estructura de los servicios de salud del Distrito Federal y del estado de México, tienen carencias importantes en diversas especialidades, sobre todo quirúrgicas lo que hace que los pacientes busquen a los especialistas del Hospital para subsanar sus expectativas de consulta con éstos, sobre todo en enfermedades crónicas. Es factible también que la cita médica telefónica que se implantó desde el año anterior empiece a ser un factor clave de incremento de demanda de la atención, ya que facilita el trámite en beneficio del paciente al ser menos complicado y reducir los gastos del paciente sobre todo en transporte.

### 4. Total de Médicos Adscritos



El Hospital al finalizar el 2012, cuenta con una plantilla de 333 médicos predominantemente especialistas que participan en la atención del paciente en todos los servicios y turnos; de ellos 212 son médicos clínicos, distribuidos en 51 especialidades, adscritos a las divisiones de medicina y pediatría, así como 121 especialistas quirúrgicos que se encargan de realizar los procedimientos de cirugía a los pacientes que así lo requieren.

En el periodo de reporte se observa un incremento en el número de médicos clínicos de 17%, debido a las contrataciones realizadas.

El promedio de consultas otorgadas por médico fue de 735, menor en 12% en comparación al reportado en 2011 que fue de 835 consultas, debido a la designación temporal de los médicos en refuerzo al proceso de certificación hospitalaria. El total de médicos cirujanos aumentó de 114 en 2011 a 121 en 2012 registrando un incremento de 6.1% en los años de comparación, con el objetivo de reforzar algunos servicios quirúrgicos en turnos diferentes al matutino.

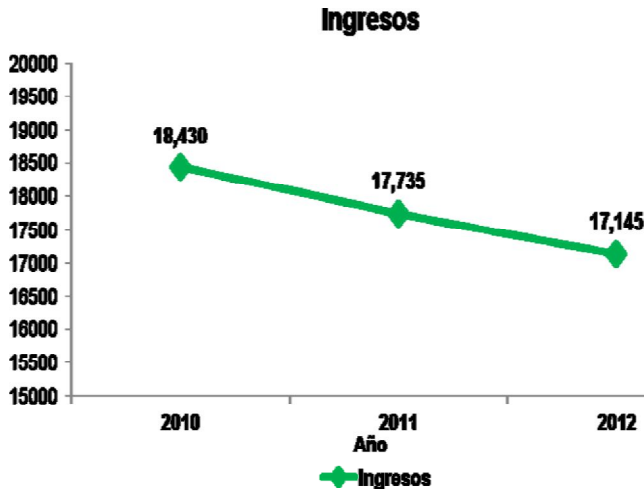
La plantilla médica se ha mantenido en base a la recuperación de plazas por renuncias o jubilación, lo que ha permitido cubrir vacantes importantes en servicios de alta demanda.

La exigencia para ingresar a los médicos especialistas continúa siendo muy estricta en el sentido de que deben ser médicos especialistas con Curso Universitario reconocido, con Certificación del Consejo respectivo y evaluación del Consejo Consultivo del Hospital, se



aplican los formatos reestructurados por éste, en el proceso de evaluación de los candidatos a ingresar a la Institución.

### 5. Número de Ingresos Hospitalarios.



En el 2012 se observa en cuanto a los ingresos hospitalarios un decremento de 3.3 puntos porcentuales con respecto al 2011. Básicamente, el menor número de ingresos hospitalarios probablemente obedece a los incrementos en las cuotas del tabulador de servicios, sobre todo de los quirúrgicos, ya que la intervención no es el único gasto que tienen que hacer los pacientes sino que se agregan los de transportación, hospedaje y alimentación del familiar, principalmente en el caso de los pacientes foráneos, además de que también ha impactado la captación de

pacientes quirúrgicos por el Seguro Popular en los estados vecinos. como el de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Veracruz que a través del CAUSES les cubre atención e internamiento.

Las causas de ingreso obedecen a un número importante de pacientes procedentes de la consulta externa más que por urgencias. Prácticamente no se ingresan pacientes con fines exclusivos de estudios diagnósticos, ni de procedimientos quirúrgicos menores fuera de la cartera de cirugías, ya que se realizan en los quirófanos “específicos”.



Se efectuó una redistribución de las camas censables en el área de hospitalización para garantizar un mejor control de las mismas, sobre todo de los servicios con alta demanda como Oncología, Hematología y Nefrología, la que se evaluará en el siguiente semestre.

<b>Principales Causas de Morbilidad para el Ingreso Hospitalario</b>		
<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Cáncer de mama	Cáncer de mama	Obesidad
Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes mellitus tipo 2
Hipertensión arterial sistémica	Hipertensión arterial	Cáncer de mama
Cáncer cérvico-uterino	Cáncer cérvico-uterino	Hipertensión arterial
Artropatías diversas	Obesidad	Cáncer cérvico-uterino
Obesidad	Diversas artropatías	Enfermedades gástricas
Insuficiencia renal crónica	Enfermedad ácido péptica	Enfermedades arteriales
Úlcera péptica: duodenal, gástrica y gastritis	Inmunodeficiencia humana	Hepatitis virales
SIDA C3	Hepatitis virales	Cirrosis hepática
Cirrosis hepática	Enfermedad por virus del papiloma	Enfermedad por virus del papiloma

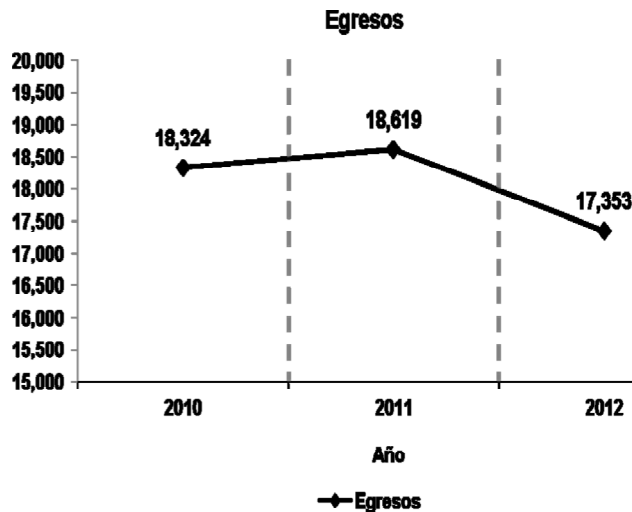
En el cuadro anterior se consignan las principales causas de morbilidad hospitalaria de los años 2010, 2011 y 2012. Se observa que prácticamente todas ellas son muy similares entre ambos periodos de reporte y sólo tienen variantes en el orden.

Como la principal causa de morbilidad destaca la obesidad, tiene que ver con los padecimientos metabólicos frecuentes en la población; le siguen los problemas oncológicos, entre los cuales destacan en la mujer, el cáncer de mama y el cérvico uterino, y son importantes también la diabetes mellitus, la hipertensión arterial como parte del síndrome metabólico.

Persisten los padecimientos del estómago como la gastritis y la enfermedad por reflujo, y las enfermedades hepáticas como las hepatitis virales tipo B y C y la cirrosis por alcoholismo.

También, se detectan como décima causa, los casos relacionados al virus del papiloma humano que originan sobre todo en el género femenino, el cáncer cervical.

## 6. Total de Egresos.



Los egresos totales durante 2012, fueron 17,353 inferiores en un 6.8% con respecto al año anterior que fue de 18,619; fundamentalmente, el motivo de egreso fue por mejoría (94.5%) y en menor número a defunciones, pases a otra unidad y altas voluntarias. Como se comentó en el indicador anterior la disminución está muy relacionada con los ingresos que han disminuido por las causas ya señaladas y depende poco de la institución.

El Hospital continúa ofertando un número significativo de las especialidades, con competencia clínica y quirúrgica, así como con insumos para las pruebas diagnósticas, tratamientos médicos y quirúrgicos y a pesar de las enfermedades atendidas, se han logrado resultados muy satisfactorios reflejados como egresos por mejoría como se observa en la tabla que sigue.

Es importante señalar que se mantiene un número reducido de altas voluntarias en este año, 76 comparado con las 88 del previo, y esto se debe a una mejor atención y a la accesibilidad de servicios para los pacientes, de tal forma que las altas voluntarias más comunes son de aquellos pacientes que se trasladan a hospitales de seguridad social.

El promedio diario de egreso hospitalario fue de 47.4, menor en un 7.1% con respecto al mismo periodo de 2011 representado por 51.0.

### Número de Egresos Hospitalarios por Mejoría.

Motivo de Egreso Hospitalario			
	2010	2011	2012
Ingresos	18,430	17,735	17,145
Egresos	18,324	18,619	17,353
• Egresos por mejoría	17,027 (92.9%)	17,547 (94.2%)	16,392 (94.5%)
• Defunción	811	852	876
• Altas voluntarias	480	88	76
• Pase a otra unidad	6	3	5
• Otro motivo	0	129	4

Con respecto a los motivos de egreso hospitalario, se observa de acuerdo a una revisión realizada recientemente, que en el periodo de 2011 tuvo un mayor número de egresos por mejoría, debido a que se incluyeron 129 egresos correspondientes a “otro motivo” y 11 altas voluntarias, por esta razón alcanzó un 94.2%, en relación al total de egresos. Cabe aclarar que en el periodo de 2012, se incrementaron las altas por mejoría en 0.3 por ciento en los egresos por mejoría.

Las defunciones aumentaron sólo un 2.8% al periodo comparativo, y continúan estando en relación directa a la complejidad de los padecimientos de los pacientes que se atienden y por la patología, en particular de padecimientos crónicos en pacientes de edad avanzada.

## 7. Número de Cirugías.

Cirugías			
Tipo de cirugía	2010	2011	2012
Cirugías mayores	11,175	10,841	9,867
Cirugías menores	2,488	2,738	2,694
<b>Total</b>	<b>13,663</b>	<b>13,579</b>	<b>12,561</b>

En el cuadro de las cirugías se presentan los resultados comparativos 2010, 2011 y 2012 de las actividades del área quirúrgica, como son las cirugías totales desglosadas en mayores y menores, que se realizan en los quirófanos centrales y en los de algunas especialidades.

Se presentó un decremento de nueve puntos porcentuales en las cirugías mayores mientras que en las menores fue sólo de 1.6% en comparación al mismo periodo de 2011, lo cual se ha debido a varios factores, localmente al incremento de los costos de la cartera de servicios quirúrgicos en el Hospital y los gastos directos e indirectos del paciente y su familia relacionados al propio procedimiento, y externamente, a que muchas unidades sobre todo del estado de México están captando pacientes a través del Seguro Popular y ya no solicitan la atención en el Hospital.

Como se observa en el siguiente cuadro en el periodo reportado de 2012, se ha mantenido como la primera intervención quirúrgica, la cirugía de catarata dentro del Programa de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, la cual genera ingresos propios.

Se continúa realizando la cirugía ortopédica avanzada mediante artroscopia; así como los programas de cirugía laparoscópica/endoscópica, mediante arrendamiento de equipo de tecnología avanzada en cirugía general, urología, oncología y ginecología, lo que permite cumplir la misión del Hospital de brindar servicios quirúrgicos de alta especialidad, a precios razonables y se han iniciado los trámites necesarios para incorporar en este tipo de intervenciones al servicio de cirugía pediátrica.



Para garantizar una atención quirúrgica dentro de los más altos estándares de seguridad, se mantienen los lineamientos del Programa Sectorial de Cirugía Segura Salvavidas y el Institucional de Cirugía Segura, y que están inmersos en la certificación hospitalaria con la que cuenta el Hospital. Diariamente se supervisan los expedientes de los pacientes de cirugía electiva por el Jefe del Quirófano.

Para abatir las causas de suspensión o diferimiento quirúrgico más comunes, está en continúa aplicación el plan de optimización de horas-quirófano dentro del programa de trabajo de este servicio, aprovechando los espacios que quedan libres sobre todo en el turno matutino para adelantar cirugías electivas o bien cubrir la demanda de las cirugías urgentes.

Principales Intervenciones Quirúrgicas			
No.	2010	2011	2012
1	Faco emulsificación de catarata + LIO	Faco emulsificación de catarata + LIO	Faco emulsificación de catarata + LIO
2	Reducción abierta y fijación interna	Apendicectomía	Colecistectomía laparoscópica
3	Colecistectomía laparoscópica	Reducción abierta y fijación interna	Apendicectomía
4	Apendicectomía	Colecistectomía laparoscópica	Reducción abierta y fijación interna
5	Plastia inguinal	Colecistectomía abierta	Plastia inguinal
6	Colecistectomía abierta	Plastia inguinal	Vitrectomía
7	Rinoseptoplastía	Resección transuretral de próstata	Resección transuretral de próstata
8	Resección transuretral de próstata	Rinoseptoplastía	Histerectomía
9	Mastectomía	Mastectomía	Colecistectomía abierta
10	Amputación supracondilea	Vitrectomía	Mastectomías

En el cuadro se presentan las principales intervenciones quirúrgicas, tanto electivas como urgentes que se realizaron en el Hospital durante los años 2010, 2011 y 2012. Aún cuando existe un cambio en el posicionamiento de algunas de ellas, la totalidad corresponde a los mismos rubros y la mayoría a procedimientos de cirugía de segundo nivel, se requiere continuar efectuándolas ante la demanda de servicios, vgr. la apendicectomía, que no puede diferirse pues los pacientes llegan espontáneamente o son referidos, con esta la urgencia y su retraso en la atención los complicaría severamente, poniendo inclusive en riesgo la vida.

La extracción de catarata se mantiene en primer lugar, principalmente, por estar en el Programa de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, lo que ha generado un incremento importante de pacientes que acuden al Hospital para recibir tratamiento. Llama la atención que se continúan atendiendo cada vez más pacientes con cáncer de mama; sin embargo, la mastectomía no figura en el presente año dentro de los 10 procedimientos principales, dado que de las demás intervenciones, numéricamente se realizaron más procedimientos. Para el

caso de la histerectomía, aunque se realiza en algunas pacientes para el tratamiento quirúrgico del cáncer del útero, la gran mayoría son indicadas para solucionar problemas como la miomatosis uterina o problemas endometriales. En la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos, también se reactivaron las cirugías específicas de alta especialidad como son los *by-pass* gástricos para el control de obesidad mórbida. En un apartado más adelante, se consignan las intervenciones de alta especialidad.

A continuación se incluye una tabla donde se registran las cirugías mayores que realizan los principales servicios quirúrgicos.

<b>Intervenciones Quirúrgicas Mayores</b>		
<b>Por especialidad</b>	<b>2012</b>	<b>Porcentaje</b>
Cirugía general	1,848	18.7
Oftalmología	1,210	12.3
Obstetricia	1,139	11.5
Oncología	1,024	10.4
Ortopedia	859	8.7
Urología	804	8.1
Neurocirugía	547	5.5
Otorrinolaringología	536	5.4
Ginecología	494	5.0
Cirugía pediátrica general	427	4.3
Cirugía cardiovascular	256	2.6
Cirugía plástica	238	2.4
Cirugía máxilofacial	187	1.9
Ortopedia pediátrica	33	0.3
Otorrinolaringología pediátrica	22	0.2
Nefrología	8	0.1
Todas las demás	235	2.4
<b>Total</b>	<b>9,867</b>	<b>100</b>

Durante el 2012, se realizaron un total de 2,022 cirugías de alta especialidad. En el siguiente cuadro se muestran en forma pormenorizada las intervenciones de alta especialidad que se han realizado durante este periodo.



### Principales Cirugías de Alta Especialidad por Servicio

Servicio	Procedimiento	No. de procedimientos
Angiología	Angioplastia de arteria	15
	Injerto aortobifemoral secundario a aneurisma abdominal	9
Cirugía Cardíaca	Toracotomía exploradora	9
	Cambio valvular cardíaco	6
	Revascularización coronaria	3
Cirugía general	Colecistectomía laparoscópica	474
	Funduplicatura laparoscópica	27
Cirugía maxilofacial	Desbridación y drenaje de abscesos odontogénicos profundos que afectan piso de la boca o cuello	32
	Reducción abierta de fractura panfacial	19
Cirugía plástica	Colgajo libre microvascular	16
Cirugía de Tórax	Toracotomía con resección tumoral o resección pleural	35
	Plastia de diafragma	1
Neurocirugía	Craniectomías	113
	Craneotomías	63
	Embolización	51
Oftalmología	Cirugía de retina	213
	Trasplante corneal	31
Oncología	Mastectomía radical	202
	Histerectomía radical laparoscópica	88
	Tiroidectomía radical	73
Ortopedia	Reducción abierta y fijación interna	287
	Artroscopías	55
	Cirugía de columna	45
Otorrinolaringología	Abordaje endoscópico naso-sinusal para adenoma hipofisiario	46
	Mastoidectomía radical	18

	Resección de glomus yugular	2
Urología	Ureterolitotomía laparoscópica	52
	Pielolitotomía laparoscópica	21
	Nefrectomía laparoscópica	16
	<b>Total</b>	<b>2,022</b>

El total de cirugías ambulatorias realizadas en el periodo de reporte fueron de las siguientes especialidades.

### Cirugías Ambulatorias y Procedimientos Endoscópicos

Servicio	2011	2012
Cirugía oftalmológica	745	946
Cirugía máxilofacial	649	621
Oncológicas	577	559
Cirugías dermatológica	399	204
Cirugía plástica	81	121
Urológicas	---	22
Otras	287	221
<b>Total</b>	<b>2,738</b>	<b>2,694</b>

Procedimientos endoscópicos terapéuticos	2,891	2,762
--	-------	-------

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

En el año que se reporta el número de cirugías por cirujano fue de 103.8; lo que representa una disminución de procedimientos promedio por cirujano de 12.8%, esto se debió a que en el periodo de 2011 el promedio fue de 119.1 cirugías, como ya se comentó este indicador recibe el impacto de un menor número de procedimientos realizados debido a los costos del tabulador de los procedimientos de cirugía que se incrementaron en este año, más el gasto indirecto que realiza el paciente en transporte y manutención durante su desplazamiento a la cirugía; indirectamente contribuyó a este resultado, el mantenimiento y sustitución de equipo en dos salas quirúrgicas.

Durante uno de los dos turnos nocturnos se incrementó un equipo quirúrgico, lo que permitirá incrementar la productividad principalmente las cirugías urgentes.



### Diferimiento Quirúrgico.

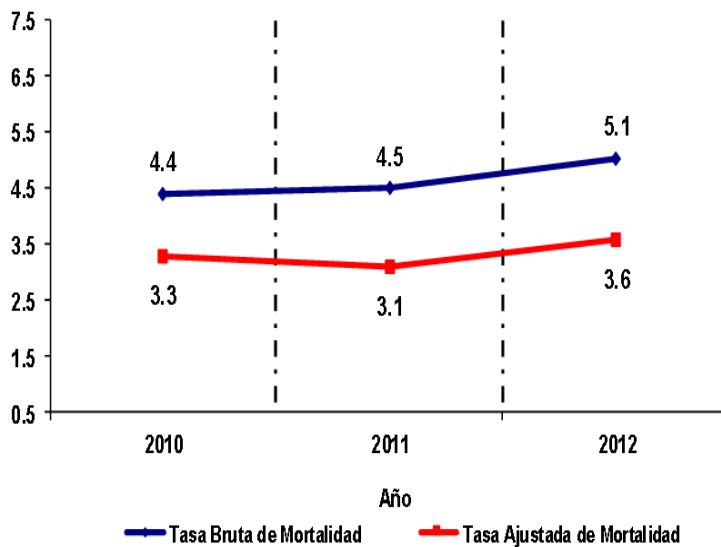
Indicador	2010	2011	2012
Promedio por sala/día	2	2	2
Días de diferimiento quirúrgico	25	9	12.9

El diferimiento quirúrgico se incrementó en un 43.3% en comparación con el año 2011, sin embargo, cabe puntualizar que la metodología de medición de este indicador ahora es más realista del retraso en la programación, ya que antes se registraban solo los días en que el paciente era operado a partir de que su médico lo programaba en la libreta y no a partir de contar con todos los trámites completos para realizar la intervención, lo que a partir de este año se toma en cuenta para reportar datos apegados a la realidad de los servicios quirúrgicos. Las diferencias de diferimiento de acuerdo a los diferentes servicios quirúrgicos obedecen principalmente a la demanda existente y es más importante sobre todo en el área de Oncología. Se continúa el programa de optimización de los tiempos quirúrgicos del turno matutino por suspensión dado que el paciente no se internó y permite intervenciones programadas como urgencias.

### 9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.

### 10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.

Tasa Bruta y Ajustada de Mortalidad



La gráfica muestra tres valores lineales de la tendencia de la mortalidad en su versión de tasa ajustada y bruta, por año comparativo entre 2010, 2011 y 2012. En el año reportado se observa que ambas tasas de mortalidad se mantuvieron relativamente estables y con cambios porcentuales mínimos, a pesar de las características de los pacientes que se atienden en el Hospital, pues corresponden a problemas médicos crónico-degenerativos, neoplasias, muchas de ellas malignas y padecimientos relacionados a accidentes y traumatismos, en una población con baja cultura médica, que por razones económicas o culturales acuden desde medicinas alternativas, hasta y en el mejor de los

casos, a médicos generales, y buscan la atención especializada sólo hasta que las instancias

previas no les resuelven su patología, con un diferimiento en la atención médico-quirúrgica que evidentemente impacta en el pronóstico, además de que cada vez es más frecuente que se presenten pacientes en edades geriátricas demandando atención.

Para un estándar nacional de tasa bruta de mortalidad en rango de cinco a siete, los datos del Hospital, la ubican dentro del rango aceptable, y una décima por debajo del límite inferior, mientras que el estándar para la tasa ajustada de mortalidad es de un rango de 3 a 5, por lo que el Hospital se encuentra dentro del mismo.

El Hospital ha sido receptor de un buen número de pacientes con padecimientos complicados provenientes del primer nivel y de algunos hospitales del segundo nivel, tanto del D. F. como del estado de México que ameritan manejo conjunto por una o varias especialidades. Si bien es cierto que la proporción de pacientes egresados por mejoría se ha mantenido superior al 91.0%, se observan pacientes que mueren por lo avanzado y complejo de sus padecimientos, a lo que se agrega a veces una referencia tardía.

<b>Principales Causas de Mortalidad</b>		
<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
Influenza y neumonía	Diabetes mellitus	Neumonía e influenza
Diabetes mellitus	Neumonía e influenza	Enfermedades del hígado
Enfermedades del hígado	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus
Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades del hígado	Accidentes
Enfermedades del corazón	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades del corazón
Afecciones originadas en el periodo perinatal	Septicemia	Insuficiencia renal
EPOC	Causas externas de morbilidad y mortalidad	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
Úlcera gástrica duodenal	Afecciones originadas en el periodo perinatal	Septicemia
Sx. de dependencia del alcohol	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Enfermedades cerebrovasculares

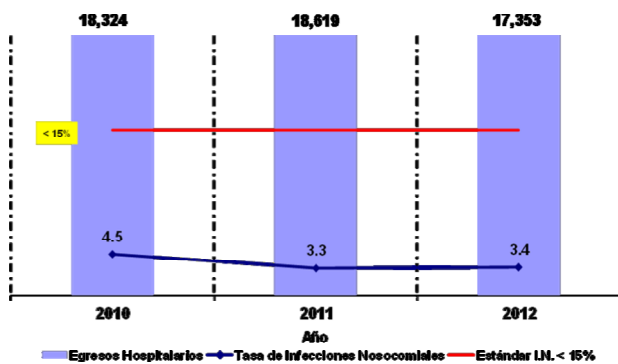
La tabla anterior muestra las 10 principales causas de mortalidad hospitalaria por año desde el 2010 hasta el 2012. Como se mencionó en párrafos previos, debido a los padecimientos que presentan los pacientes que atiende la unidad hospitalaria, la mayor frecuencia de problemas médico-quirúrgicos que originan mortalidad comprende pacientes muchas veces en edades avanzadas, con padecimientos crónicos o degenerativos como las neoplasias, donde se destaca el incremento de casos de mama, las cardiopatías crónicas en especial la hipertensiva e isquémica y rara vez las miocardiopatías, así como enfermedades de tipo agudo frecuentes y estacionales como la neumonía grave adquirida en la comunidad durante otoño e invierno, asimismo, se consideran también importantes los padecimientos del hígado, en especial la hepatopatía por alcohol, las enfermedades nefrológicas en particular la insuficiencia renal crónica asociada a la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares secundarias a arteroesclerosis e hipertensión y por último, al SIDA.

En particular, los tumores malignos siguen siendo la principal causa de mortalidad hospitalaria, tanto en adultos como en niños y adolescentes, debido a la referencia de las unidades de primero y segundo nivel de pacientes oncológicos, ya que el Hospital cuenta con médicos de prestigio en este campo y todos los elementos de diagnóstico y tratamiento, como cirujanos experimentados, quimioterapia, cirugía, radioterapia y braquiterapia, excepto el PET-SCAN y el acelerador lineal.

A continuación se muestran las principales causas de Mortalidad por padecimiento específico.

Principales Causas de Mortalidad por Padecimiento Específico		
2010	2011	2012
Tumores malignos de la mama, tubo digestivo y cérvix	Tumores malignos de la mama, tubo digestivo y cérvix	Influenza y neumonía
Influenza y neumonía	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2
Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Influenza y neumonía	Tumores malignos de la mama, tubo digestivo y cérvix
Cirrosis hepática	Cardiopatía isquémica	Insuficiencia hepática
Cardiopatía isquémica	Cirrosis hepática	Hipertensión arterial
Evento cerebral vascular agudo	Evento cerebral vascular agudo	Peritonitis
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Septicemia	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana
Prematurez	Lesiones por accidente de tránsito	Linfoma no Hodgkin
Insuficiencia renal crónica	Prematurez	Leucemia linfoblástica aguda
Síndrome de dependencia del alcohol	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Insuficiencia renal aguda

### 11. Tasa de Infecciones Nosocomiales.



La gráfica muestra la tasa de infecciones Nosocomiales nosocomiales (IN) anuales de 2010, 2011 y 2012, en donde se puede apreciar un incremento de 3.0% en el período que se reporta comparado con el similar del año previo, lo cual si bien refleja una tendencia estable, se debe considerar que todavía hay cierto sub-registro por la falta de un reporte rutinario por los médicos adscritos, como en parte por la carencia de un equipo completo de enfermeras que realicen la supervisión de los casos sospechosos.

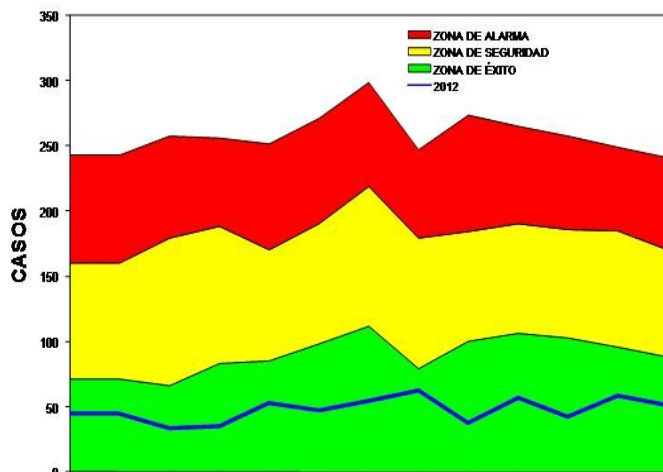
Las causas más frecuentes siguen siendo: la neumonía nosocomial, sobre todo en las áreas críticas, asociada a la utilización de ventilación mecánica; en segundo término las bacteriemias secundarias a cateterismo venoso, le siguen las infecciones urinarias asociadas al cateterismo vesical, las bacteriemias primarias y las infecciones superficiales de herida quirúrgica.

Aún cuando la tasa general de infecciones nosocomiales del Hospital se mantiene estable y con mínimas variaciones respecto al periodo previo, se consideran servicios de endemias a la unidad de terapia intensiva adultos, y hematología, sobre todo de casos originados por bacterias como son *Pseudomonas sp.* Con las medidas establecidas de control los casos aislados de infecciones hospitalarias por el agente denominado *Acinetobacter baumannii* multirresistente, se controló sin que se hayan presentado brotes.

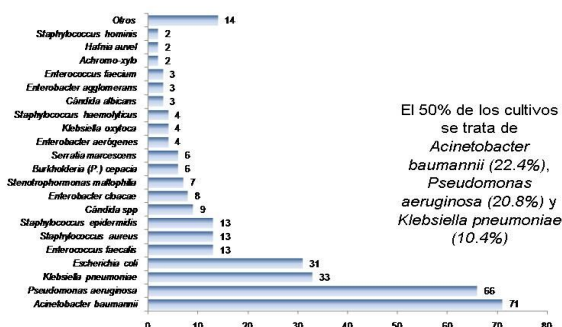
La UVEH mantiene una vigilancia permanente de gran parte de los servicios del Hospital, pero particularmente de las áreas críticas, para garantizar la detección temprana de los casos, su aislamiento y el reforzamiento de medidas preventivas, entre ellas como prioritarias el lavado de manos, éste con especial énfasis por ser una de las Metas Internacionales de Seguridad del paciente dentro del proceso de certificación hospitalaria, el uso racional de antibióticos sobre todo de amplio espectro y el uso correcto de aislamientos.

En estas gráficas se muestra la comparación de los diferentes tipos de infecciones que se han reconocido están relacionadas a la atención a la salud dentro del Hospital, el Canal endémico por zonas y los gérmenes más frecuentemente encontrados durante el año 2012, por sitio de infección de acuerdo con la fuente de la base de datos de la UVEH (IAAS 2010-2012), se enumeran las 6 principales causas de infección nosocomial intrahospitalaria como son: la neumonía asociada o no a la ventilación mecánica (NEU y NAV), seguido de la bacteremia primaria que es debida a un foco de septicemia que se generaliza y la secundaria al uso de catéteres venosos y por último las infecciones de las heridas quirúrgicas y las infecciones urinarias por el cateterismo vesical prolongado.

### Canal endémico IAAS - Hospital Juárez de México



### Germen más frecuente en IAAS 2012



El 50% de los cultivos se trata de *Acinetobacter baumannii* (22.4%), *Pseudomonas aeruginosa* (20.8%) y *Klebsiella pneumoniae* (10.4%)

Aunque se ha hecho un esfuerzo en la detección de estos procesos anormales

asociados a la atención médico-quirúrgica, la falta de una plantilla ideal en la UVEH sobre todo de enfermeras, no permite cubrir la totalidad de los servicios y se dedican a las áreas críticas.

En el periodo de reporte y para el caso de la unidad de cuidados intensivos adultos, la presencia de un infectólogo en el servicio ha colaborado a un mayor control de las infecciones como al uso razonable de los antibióticos.

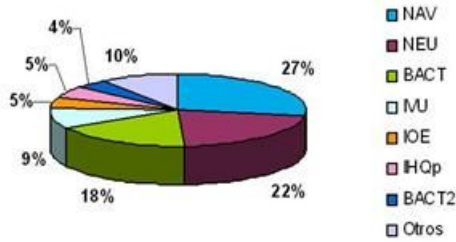
Se ha mejorado la calidad diagnóstica de las IAAS al incrementarse la realización de cultivos de un 44% en el año 2011 al 54% en el año del reporte.

Por otro lado, algunos casos sospechosos tampoco se informan a la UVEH y en los expedientes no se consignan datos clínicos como fiebre o leucocitosis de reciente inicio como indicadores posibles de infección hospitalaria, a este aspecto se agrega el hecho de que solamente entre un 40 a 45% de los casos sospechosos se les toman "rutinariamente" cultivos específicos, también contribuye al menor número de casos de registro puntual de las principales infecciones como la neumonía nosocomial, la bacteremia secundaria y la urosepsis.

Las posibles causas de menor detección de infecciones nosocomiales fueron:

- Cambio en el personal de enfermería adscrita a la UVEH.
- Disminución de personal de enfermería para la vigilancia epidemiológica activa en los servicios.
- Disminución en la ocupación del Hospital por el aumento de los costos.
- Reforzamiento de lavado de manos secundario al cambio de técnica apegada a la Organización Mundial de la Salud.
- Mayor apego a los criterios establecidos por la NOM-045 (Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales) para clasificar los casos de infección nosocomial.
- Mejoramiento en el manejo de las técnicas por vías de transmisión.
- Mayor control en el manejo de antimicrobianos.
- Pase de visita conjunto del personal médico de Infectología en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).
- Contratación de médico infectólogo pediatra.
- Unificación de criterios en la limpieza y desinfección de áreas.
- Revisión del Protocolo para el manejo de dispositivos médicos desechables que se reutilizan.

Causas de Infección Nosocomial



Clave	Tipo de infección	%
NAV	Neumonía asociada a ventilador	27
NEU	Neumonía	22
BACT	Bacteremia	18
IUU	Infección de vías urinarias	9
IOE	Infección de órganos y espacios	5
IHQp	Infección de herida quirúrgica profunda	5
BACT2	Bacteremia secundaria a uso de cateter	4

En la gráfica se muestran la comparación de siete tipos diferentes de infecciones relacionadas a la atención a la salud reconocidas dentro del Hospital durante el año 2012, por sitio de infección de acuerdo con la fuente de la base de datos de la UVEH (IAAS 2010-2012), siendo las seis principales causas de infección nosocomial intrahospitalaria: la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NEU y NAV), seguido de la bacteremia primaria que es debida a un foco de septicemia que se generaliza y la secundaria al uso de catéteres venosos y por último las infecciones de las heridas quirúrgicas y las infecciones urinarias por el cateterismo vesical prolongado

Se ha hecho un esfuerzo en la detección de estos procesos anormales asociados a la atención médico-quirúrgica por la falta de una plantilla ideal en la UVEH que no permite cubrir la totalidad de los servicios ya que se dedican a las áreas críticas, más como parte del proceso de certificación hospitalaria, la promoción del lavado de manos o la asepsia mediante soluciones alcoholadas, pues se cuenta con la mejor solución de este tipo en el Hospital, se ha facilitado un mejor control de estos procesos.

## 12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.

% de Ocupación global en camas censables		
2010	2011	2012
(79.7%)	(81.1%)	(77.2%)

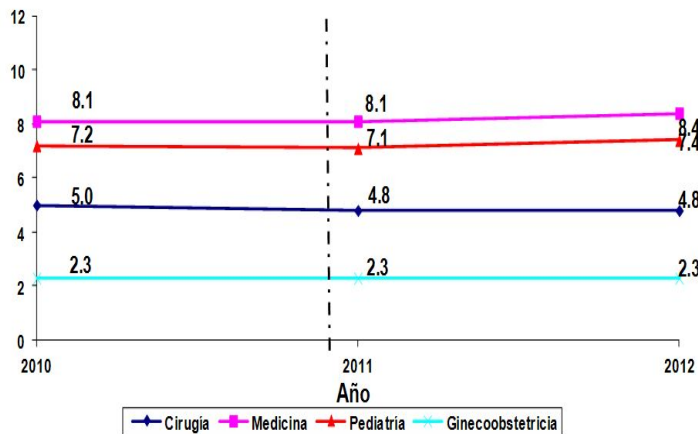
% de Ocupación Hospitalaria por División			
División	2010	2011	2012
Cirugía	42.0	28.0	26.8
Medicina	30.6	25.4	28.7
Pediatría	17.4	24.0	21.2
Gineco-obstetricia	10.0	22.4	23.3

La ocupación hospitalaria global en 2012 se vio disminuida en relación al año 2011 dado que se ha observado que los afiliados al Seguro Popular, están siendo atendidos con más

frecuencia en las entidades federativas que los inscribieron, sobre todo aquellos casos quirúrgicos donde el costo total de la atención, aunque a costos- tabulador bajos en el HJM, están incluidos en la cápita ya transferida a dichos estados y tomando en cuenta que aún no se logra el convenio para dar atención por CAUSES al DF y al Edo.de México que regularmente más pacientes referían. Por lo contrario y como se observa en la gráfica por divisiones, la afluencia de internamientos en medicina y gineco-obstetricia sigue en aumento para el manejo de pacientes con padecimientos complicados o complejos.

**Promedio de Días de Estancia en Hospitalización.**

Promedio de días de estancia por división



En 2011 el promedio global fue de 5.3 y para 2012 fue de 5.4, lo que no establece una diferencia significativa.

En la gráfica se muestra el promedio de días-estancias por cada una de las cuatro divisiones troncales, siendo las de mayor promedio Medicina y Pediatría por el tipo de padecimientos. En todas las divisiones pero en particular en las de mayor demanda de hospitalización, se promueve permanentemente la optimización en el uso de las camas hospitalarias, que recientemente se han reestructurado en base a los servicios con mayor

ocupación, se realiza el reforzamiento del uso adecuado de las camas a través de otorgar el alta en cuanto el paciente pueda egresarse, sin comprometer su seguridad individual o algún aspecto del tratamiento médico-quirúrgico, mediante un proceso supervisado por el encargado de hospitalización.

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

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

Durante el 2012, el Hospital en coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, continuó con la operación de los Programas de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, estando acreditado en los siguientes: cáncer cérvico-uterino, cáncer en niños y adolescentes, infarto del miocardio, cirugía de cataratas, cáncer de mama, cáncer de próstata, linfoma no Hodking, cáncer testicular y además, en el seguro médico para una nueva generación.

Se estudiará la posibilidad en cuanto se realicen algunas modificaciones del área en el trasplante de médula ósea y en el programa de insuficiencia respiratoria en neonatos en la UCIN.

Durante el periodo de reporte se han atendido a los pacientes de los anteriores programas, pero con algunas dificultades en la nueva plataforma de registro de casos, lo que sólo ha permitido atender 1,219 casos.

El cuadro siguiente muestra por programa, los casos atendidos en los años comparativos 2011 y 2012:

<b>Categoría</b>	<b>Atendidos 2011</b>	<b>Atendidos 2012</b>
Cataratas	407	614
Cáncer de Mama	198	183
Cáncer Cérvico-uterino	68	82
Cáncer de Niños y Adolescentes	42	48
Linfoma No Hodgkin	12	61
Infarto de Miocardio	3	31
Tumor testicular	3	44
Cáncer de Próstata	N.A.	70
<b>Subtotal</b>	<b>733</b>	<b>1,133</b>
<b>Programa</b>		
Seguro Médico para una Nueva Generación	84	86
<b>Total</b>	<b>817</b>	<b>1,219</b>

En general se muestra un incremento en el total de pacientes atendidos del 49.2% en comparación al periodo de 2011, en particular de los programas de gastos catastróficos de cataratas, cáncer cervico-uterino, linfoma de Hodgkin, Cáncer de testículo e infarto del miocardio, representando para todos los programas un incremento en la atención del 49.2%.

El monto de cuotas por parte del Seguro Popular durante el año arroja un importe de \$76,598.972 miles de pesos.

La insuficiencia de personal administrativo en la consulta externa para el registro puntual de las consultas de los afiliados al Seguro Popular y de los internamientos de estos pacientes, dificulta contar oportunamente con la información correspondiente para reportar los datos por número de pacientes del SPSS atendidos en la consulta y el número de pacientes del SPSS atendidos en hospitalización, .puede también impactar la recuperación de la facturación, al no capturarse los casos ágilmente.



## 15. Total de Personal de Enfermería.

Categoría	2011	2012
Total de personal de enfermería	865	894
Personal de plantilla activo	826	846
Personal de nuevo ingreso	33	23
Auxiliares	114	125
Personal Técnico y Postécnico	537	489
Licenciatura	177	218
Especialistas	135	171

Como lo demuestra la tabla anterior durante el periodo de reporte en comparación con 2011, la plantilla total de enfermeras aumentó sólo un 3.4%; sin embargo, en 2012 ha sido muy dinámico el movimiento del personal, ya que se registró un total de 19 enfermeras jubiladas, ocho enfermeras en periodo pre-jubilatorio y tres renunciadas, actualmente se tienen 10 plazas vacantes en comparación de 2011, esto obedece en parte al cambio de gestión del sector central de la Secretaría de Salud y del país, ya que no se ha autorizado ningún tipo de contratación completa de las vacantes.

En cuanto al nivel académico del personal de enfermería, el departamento de Enfermería continua manteniendo una política de promoción e impulso a la profesionalización basado en el hecho de que el personal de enfermería técnico, estudie la licenciatura.

En comparación con 2011, el personal técnico y pos técnico disminuyó, ya que se incrementó el número de licenciados en enfermería y personal posgraduado sobre todo de maestría, sin embargo, se cuenta con un número considerable de personal de enfermería que por los trámites que se requieren está en espera de su título de licenciatura, por lo que se intuye un incremento en el número de licenciados para el 2013.

Sin embargo, es necesaria la autorización de un incremento en la plantilla de personal de enfermería, ya que se han iniciado servicios nuevos en su mayoría ambulatorios como: clínica de catéteres, aféresis en fin de semana, aumento de personal en clínica de heridas y estomas, clínica del dolor, aumento de una sala en el quirófano, asimismo se abrió la sala de hemodinamia y oncología planta baja en el turno vespertino, se aumentó personal en oncología planta baja y oncopediatria en turno matutino, así como el quirófano en Rayos X, por lo que se ha tenido que reubicar el personal en algunos servicios hospitalarios para poder cubrir estas áreas que sin duda, disminuye la saturación de las áreas de hospitalización .

## 16. Trabajo Social.

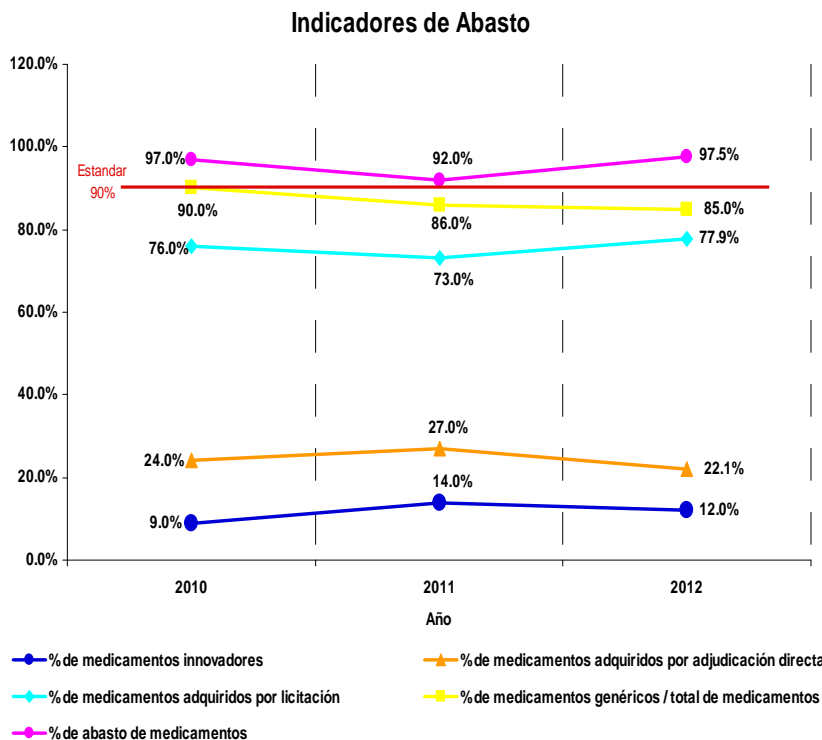
Durante el 2012 el número de trabajadoras sociales fue de 48, igual que en el mismo periodo de 2011, alcanzando un índice de No. de camas/No. de trabajadoras sociales de 29, ya que se asignaron 20 trabajadoras para el área de hospitalización, el promedio de número de casos nuevos atendidos/No. de trabajadoras sociales fue de 1,104, con incremento de un 4.2% con respecto al 2011 que fue de 1,059 y el número de estudios socioeconómicos por trabajadora social es de 373, lo representa un decremento de 7.7% en relación al mismo periodo comparativo.

El servicio participa activamente en las siguientes actividades: profesionalización de su personal, supervisión de dos fases de pilotaje de la nueva ficha socio-económica, ya que al implementarla en abril se observó una disminución en la captación de las cuotas de recuperación, lo que motivó la solicitud ante la Junta de Gobierno de no aplicarla; así mismo se informa de la evaluación de la satisfacción del usuario a nivel hospitalario, actividad directa con usuarios y su familia.

Las supervisoras del departamento continúan coordinando una serie de cursos-taller sobre trato digno con la participación de la CONAMED y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, formando parte del equipo que ha agilizado el proceso de alta de los pacientes para disponer de un mayor y más oportuno número de camas para los ingresos hospitalarios.

Como se puede observar, se ha producido un incremento de las actividades hospitalarias relacionadas con trabajo social, lo que ha traído cierta solución a la saturación del servicio por todos los procedimientos que tiene que efectuarse en el enlace con otras instituciones, los familiares, pacientes y el Hospital.

## 17. Farmacia



El abasto de medicamentos en los periodos comparativos que se reportan se considera adecuado tomando como estándar 90%, no obstante que al Hospital, la SHCP no le dio la oportunidad de hacer licitaciones anticipadas para el año 2012, lo que impactó mínimamente en los medicamentos genéricos, donde se observan 1.2% menos que en 2011, sobre todo los de tipo internacional.

En los procesos de adquisición de medicamentos, particularmente los innovadores, se sigue la normatividad establecida, de tal forma que más de tres partes de las

adquisiciones se realizan por licitación y el restante por adjudicación directa; lo que disminuyó en los periodos comparativos en un 18.1%. Prácticamente los medicamentos que se utilizan en el Hospital son genéricos intercambiables, con excepción de aquellos que no tienen aún un producto de este tipo y que son específicos para áreas críticas u especialidades como oncología o hematología.

En lo relacionado a los insumos en general, se tiene un comportamiento similar al de abasto de medicamentos, en el periodo evaluado.

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

El Servicio de Radiodiagnóstico e Imagen, continúa trabajando de acuerdo con su capacidad y con ciertas restricciones de tecnología debido a la antigüedad de los equipos; en el caso del sector público se tiene un ritmo de trabajo mayor que en el privado, en particular los equipos de tomografía axial, resonancia, magnética y radiología intervencionista que son las más afectados, pues los equipos tienen ya varios años de uso y presentan fallas frecuentes cuya reparación es cada vez más onerosa.

Durante el periodo de reporte, se realizaron 9,897 estudios de imagen especializados, que significa un 2.8% más que en el 2011, donde se realizaron 9,629 estudios. Lo anterior se explica por el incremento discreto de las actividades de atención médica, sobre todo en hospitalización, la complejidad de las patologías atendidas y particularmente las enfermedades crónicas degenerativas, así como los costos que aunque han sufrido ajustes de acuerdo a cuotas de recuperación más reales, éstas aún son accesibles para el público que atiende el Hospital.

Los estudios de imagen abarcan una gama importante de técnicas que van desde la radiología simple hasta los estudios de alta tecnología como la tomografía computarizada helicoidal y la resonancia magnética, aunque el Hospital todavía no cuenta con recursos por razones de costo y restricción para la adquisición de tecnología como el PET SCAN, que cada vez es más demandado, sobre todo en áreas oncológicas.

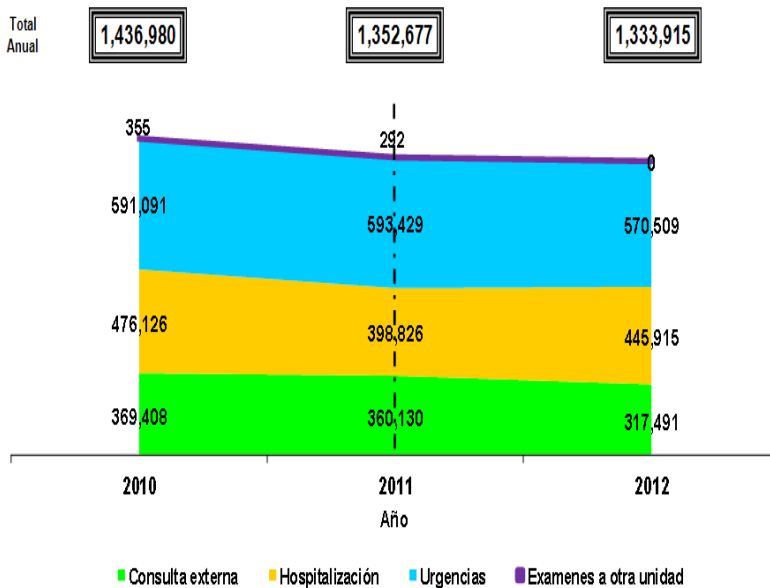
La menor realización de los estudios efectuados obedece sobre todo al incremento de cuotas de recuperación a nivel de estudios especializados, y esto se ve reflejado en la consulta externa que es donde el paciente tiene mayores posibilidades de elegir si se los realiza.

A corto plazo será necesario contar con un nuevo tomógrafo, ya que el actual tiene funcionando más de ocho años y como se mencionó, presenta frecuentes descomposturas que se traducen en tiempos perdidos, además de ser un equipo fundamental en el diagnóstico, de igual manera en este año se ha mantenido un lapso importante de inactividad en estudios de resonancia magnética por las mismas causas.

Se encuentra en proceso de estudio, una propuesta para adquirir un equipo de tomografía en comodato con sistemas de software para aplicación en corazón y otras áreas que permitirían evaluaciones de avanzada en tecnología y optimización de los equipos.

## 19. Número de Estudios de Laboratorio.

### Número de Estudios de Laboratorio



Durante el periodo de reporte se realizaron 1,333,915 estudios de laboratorio, observándose un decremento de 1.4%, (18,762) estudios menos, con respecto al mismo periodo de 2011 donde se realizaron 1,352,677.

En relación al promedio de estudios por paciente visto en consulta externa, se reportó una disminución del 11.8% por razones del nuevo tabulador de cuotas en relación a 2011, en cuanto a los exámenes practicados en hospitalización, se incrementaron en un 11.8% tanto por la complejidad de los problemas médico-quirúrgicos que se atienden y que demandan estudios diagnósticos complementarios o de control, pero también, por una falta de control de las solicitudes por parte de

los médicos adscritos.

En urgencias, se mantiene un alto porcentaje de estudios, aunque en un 3.9% menor al 2011, a partir de la aplicación del nuevo *triage* de la Universidad de Manchester, también por la complejidad de los padecimientos que se atienden sobre todo en las urgencias reales.

La tecnología con que cuenta la Institución en el servicio de Urgencias, garantiza la realización de un altísimo porcentaje de los estudios que demandan las especialidades y sólo en el caso de algunos estudios de la consulta externa, se referencian pacientes a tres de los Institutos Nacionales de Salud para exámenes muy especializados y que por la baja frecuencia en que se solicitan no sería económicamente justificable su implementación.

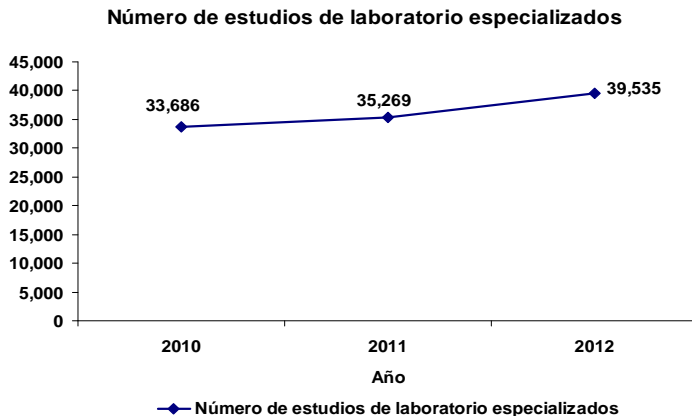
## 20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.

El Banco de Sangre del Hospital garantiza la segura atención de padecimientos sobre todo quirúrgicos y onco-hematológicos, además se proporcionan con alta seguridad todo tipo de derivados sanguíneos para solucionar trastornos de anemias y de coagulación.

Durante el año 2012, se realizaron 8% menos de procedimientos transfusionales al aplicarse medidas más estrictas de control en el Banco de Sangre, para el uso sobre todo de plasma, de éstos, se obtuvieron 10,726 concentrados eritrocitarios, 9,820 concentrados de plaquetas, 10,292 unidades de plasma y 662 unidades de aféresis.

Se siguen incrementando de acuerdo con las técnicas modernas del banco los procedimientos de recambio plasmático/terapéutico denominado aféresis, en sus variantes de plaquetaféresis, eritroféresis, leucoféresis y colección de células progenitoras hematopoyéticas en sangre periférica, ya que la tecnología actual de que se dispone es de las más avanzadas, lo que garantiza la seguridad a los donadores y en especial a los pacientes del Hospital.

## 21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.



Durante el año de 2012, se realizaron 39,535 estudios de laboratorio especializados, mostrando un incremento en un 12.1% con respecto al mismo periodo de 2011 donde se realizaron 35,269. Se continúa trabajando con la tecnología más avanzada en los procesos del laboratorio de patología clínica, totalmente automatizados, con mayor garantía de calidad en sus resultados, avalados por una empresa externa de auditoría (PACAL), se continúan realizando todas

las incorporaciones de estudios especiales incorporadas a la cartera del laboratorio en el año previo, así como el sistema de identificación de muestras mediante código de barras y la automatización de los estudios de urgencias, lo que garantiza resultados en menor tiempo.

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

El Hospital continúa recibiendo apoyo de cuatro grupos de la sociedad, mientras que en el 2011 sólo se contó con el apoyo de dos, que se enfocan fundamentalmente a la ayuda en especie, para los pacientes trasplantados de riñón y los padecimientos oncológicos en pediatría.

En el caso de los niños con cáncer, el Hospital está acreditado para la atención de niños y adolescentes, se cuenta con la valiosa ayuda de la fundación "Con ganas de Vivir, A. C.", que incrementó la cobertura establecida con apoyos en especie que cubren conceptos no contemplados en el convenio con el seguro popular. Han presentado una propuesta de acondicionamiento de la oficina y el consultorio de oncología pediátrica, ya que no se cuenta con ésta y su programa está creciendo por ser derivado del Seguro Popular.

Las otras instituciones que participan con el Hospital son: "Fundación Mexicana del Riñón", "Casa de los mil colores" y la "Asociación humanitaria de enfermedad renal". El Hospital seguirá promoviendo la participación de grupos bien identificados de la sociedad para que realicen actividades de apoyo hacia los pacientes de mayor vulnerabilidad, sobre todo pediátricos, trasplantados y oncológicos.

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

El personal médico del Hospital durante el periodo de reporte de 2012, recibió los siguientes reconocimientos:

- El Banco de Sangre cumplió 70 años de existencia y como preámbulo recibió por parte de los programas de evaluación externa de la Calidad 2012 de la UNAM los premios a la Excelencia en el Control Externo de Calidad y la Excelencia en la Inmunohematología y en Serología Infecciosa.
- El Colegio Mexicano de Reumatología durante su XL Congreso celebrado en San Luis Potosí reconoció la labor editorial de los Dres. Gustavo E. Lugo Zamudio, Jefe de la División de Medicina y la Dra. Rosa Elda Barbosa Cobos por la edición del libro El paciente Reumático que tiene la característica de estar dirigido a los pacientes.
- El Director General del Hospital, Dr. Martín Antonio Manrique y el Jefe de la Consulta Externa, Dr. Rafael Alvarez Castello, fueron elegidos como Vicepresidente y Protesorero respectivamente de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, hechos que sucedieron durante la Reunión Nacional efectuada en Mérida, Yucatán.
- Durante los trabajos de la Reunión de Neurocirujanos realizada en Querétaro en donde se trataron los avances en el manejo del traumatismo craneoencefálico, se rindió un homenaje al Dr. Rafael mendizabal Guerra, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital.

El grupo de trabajo de la UCI adultos fue premiado durante la Reunión Nacional del Colegio de Medicina Crítica en León, Gto., con el segundo lugar de los trabajos libres sobre investigación Premio "Dr. Mario Shapiro" con el trabajo intitulado "Evaluación de los efectos del incremento de la presión intraabdominal sobre la presión intracraneal, presión tisular de O<sub>2</sub> y saturación del bulbo de la yugular en el modelo porcino nomovolémico".

**Otros Aspectos**

**ASISTENCIA MÉDICA**  
**TABLERO DE METAS**  
**enero - diciembre 2012**

	Consultas totales	Ocupación Hospitalaria	Egresos	Consultas Urgencias	% de Urgencias reales atendidas	Cirugías Totales	Prom. Cirugías por Quirofano
<b>Meta 2012</b>	<b>210,969</b>	<b>77.5%</b>	<b>19,688</b>	<b>32,000</b>	<b>55.0%</b>	<b>16,204</b>	<b>2.2</b>
<b>Alcance 2011</b>	<b>215,302</b>	<b>81.0%</b>	<b>18,619</b>	<b>31,079</b>	<b>55.9%</b>	<b>13,579</b>	<b>2</b>
<b>Alcance 2012</b>	<b>212,059</b>	<b>77.2%</b>	<b>17,353</b>	<b>32,706</b>	<b>54.8%</b>	<b>12,561</b>	<b>2</b>
<b>% de avance</b>	<b>100.5%</b>	<b>99.6%</b>	<b>88.1%</b>	<b>102.2%</b>	<b>99.6%</b>	<b>77.5%</b>	<b>92.6%</b>
	Promedio de Días estancia	Tasa de Cesáreas	Tasa Ajustada de Mortalidad	Mortalidad Materna	Tasa de Infección Nosocomial	Estudios totales de Laboratorio	Estudios totales de Imagenología
<b>Meta 2012</b>	<b>4.8</b>	<b>38.0%</b>	<b>3.30</b>	<b>4/año</b>	<b>5.1</b>	<b>1,340,000</b>	<b>54,000</b>
<b>Alcance 2011</b>	<b>5.3</b>	<b>45.1%</b>	<b>3.1</b>	<b>8</b>	<b>3.3</b>	<b>1,352,677</b>	<b>51,436</b>
<b>Alcance 2012</b>	<b>5.4</b>	<b>47.9%</b>	<b>3.6</b>	<b>2</b>	<b>3.4</b>	<b>1,333,915</b>	<b>41,059</b>
<b>% de avance</b>	<b>112.5%</b>	<b>126.1%</b>	<b>109.1%</b>	<b>50%</b>	<b>66.7%</b>	<b>99.5%</b>	<b>76.0%</b>

Como parte del Programa Anual de Trabajo 2012 desarrollado en la Dirección Médica, a continuación se presenta el comentario al tablero anual de metas con 14 indicadores de asistencia médica, así como sus metas comprometidas para el 2012 y los resultados obtenidos en el periodo anual previo.

Se exponen respectivamente de arriba hacia abajo: las metas de 2012, los resultados obtenidos en el periodo de 2011, el alcance del año de reporte y el porcentaje de avance en forma de un semáforo, con la siguiente interpretación: color verde, si el indicador se encuentra entre el 95% y 105% de la meta comprometida; amarillo, si el valor del indicador está entre el 85% y 95% o bien es superior al 105%, pero menor de 115% y rojo, si el avance es menor del 85% o supera el 115%, siempre y cuando lograr en algunos indicadores metas superiores al 100% o aún inferiores al 85% no es un logro negativo para el Hospital pues refleja una buena atención o no compromete mayor gasto de insumos o deterioro de equipos, Por lo que en el caso de indicadores como la mortalidad materna o las infecciones nosocomiales, los valores fuera de estos rangos, se consideran también, en un semáforo verde, por razones obvias.

Como se puede observar, en siete indicadores se logró o superó la meta comprometida, lo que les coloca en semáforo "verde" distribuidos de la siguiente manera: cuatro de productividad hospitalaria: consultas totales, ocupación hospitalaria, consultas de urgencias y

estudios totales de laboratorio; y cuatro relacionados con la calidad de la atención: porcentaje de urgencias reales atendidas, mortalidad materna y tasa de infección nosocomial.

En semáforo “amarillo” se encuentran cuatro indicadores, uno que corresponde a la productividad: egresos hospitalarios y tres de calidad: promedio de cirugías por quirófano y tasa ajustada de mortalidad, promedio de días estancia.

En “rojo” se encuentran tres indicadores dos que corresponden a la productividad: cirugías totales y estudios totales de imagenología, además uno de calidad: tasa de cesáreas.

Para los estudios de laboratorio cuya meta era de 1,340,000 estudios en el año, el alcance obedece a una reducción aún no ideal de los mismos, por lo tanto, se nota que se realizaron 18,762 estudios menos con respecto al 2011, dado a la decisión de los pacientes (consulta externa) en realizarse estudios en laboratorios externos a esta unidad hospitalaria por los costos del nuevo tabulador, aunque éste siga siendo de los más bajos en el sector.

En cuanto a la tasa de cesáreas 47.1, la principal justificación continúa siendo la característica que tienen muchas pacientes obstétricas, en donde los antecedentes de cesárea previa, las anomalías del canal del parto, los padecimientos complicados en especial por las variantes de la toxemia del embarazo o la falta de una atención prenatal adecuada, son condicionantes de realizar esta intervención, situación que es evaluada por el Jefe de la División diariamente con reportes mensuales del cumplimiento de la normatividad, en especial la segunda opinión; también, verificada en forma periódica en casos aleatorios por el Comité de Mortalidad Materna en sus sesiones ordinarias, mismos que emiten las recomendaciones necesarias.

En cuanto a los indicadores en “rojo”, los incrementos en los tabuladores de cuotas de recuperación del área quirúrgica además de la captación de pacientes en el estado de México dentro del Seguro Popular han tenido impacto en la productividad de las cirugías totales, se alcanzó el 77.5% de la meta comprometida, pero la calidad de los procedimientos realizados en la Institución corresponde a un hospital en donde se incluyen intervenciones que sólo se realizan a nivel de los Institutos de Salud, en especial en las áreas oncológica y urológica y en cuanto a los estudios de radiodiagnóstico que fueron menos los estudios efectuados en relación a la meta se debió a los costos del tabulador, como a una supervisión estrecha de la aplicación de la cartera de servicios radiológicos, en donde no se realizan estudios más avanzados si no se cuenta con los básicos o si éstos arrojan resultados que hacen injustificado el segundo estudio, esta política además protege la vida media de los equipos como la tomografía axial y la resonancia, ya que tienen mayor tiempo de vida media y requieren sustitución.



## Resolución de Embarazos.

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Parto eutócico	1,514	1,366	1,038
Parto distócico vaginal	2	2	10
Cesárea	1,319	1,122	*962
<b>Total</b>	<b>2,835</b>	<b>2,490</b>	<b>2.010</b>

\*Todos los casos fueron sometidos estrictamente a una segunda opinión, el 60% cumplieron con criterios absolutos y 40% con criterios relativos como consta en los expedientes.

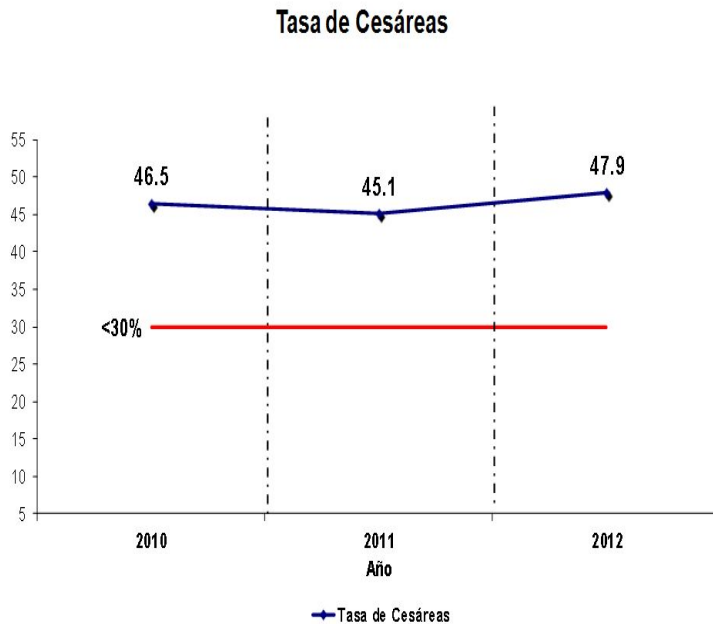
En la tabla previa se muestra la atención obstétrica; en relación a las atenciones de partos eutócicos se observa una disminución, en cuanto a los partos distócicos vaginales hubo una mínima elevación no significativa, y se realizaron menos cesáreas, aunque la tasa sigue siendo elevada según se comenta en otra parte del informe.

Se han disminuido las atenciones obstétricas debido a varios factores: la reducción de referencia de pacientes procedentes, la captación del Seguro Popular en el estado de México de un hospital de Ginecoobstetricia del ISEM; siendo estas razones la causa de un reducido envío de pacientes embarazadas no complicadas de ese Instituto Estatal de Salud, teniendo suficiencia para atender partos normales, no así los embarazos de alto riesgo o complicados, los cuales siguen enviándose para atención al Hospital, lo que contribuye a que se realicen cada vez más operaciones cesáreas, mismas que están indicadas por las características de pacientes obstétricas con embarazo de alto riesgo complicadas, con cesárea previa o sufrimiento fetal, lo cual verificado por la “segunda opinión” obliga a la interrupción del embarazo por vía quirúrgica.



Se reitera la necesidad de establecer convenios oficiales con el estado de México, mientras las pacientes con embarazos de alto riesgo provenientes de ese estado, no sean controladas íntegramente o referidas en forma temprana al Hospital, será difícil abatir la morbilidad-mortalidad materna.

## Tasa de Cesáreas.



En el gráfico se representa la tasa de cesáreas desde los años 2010 al 2012, con un estándar muy poco sustentable de 30%.

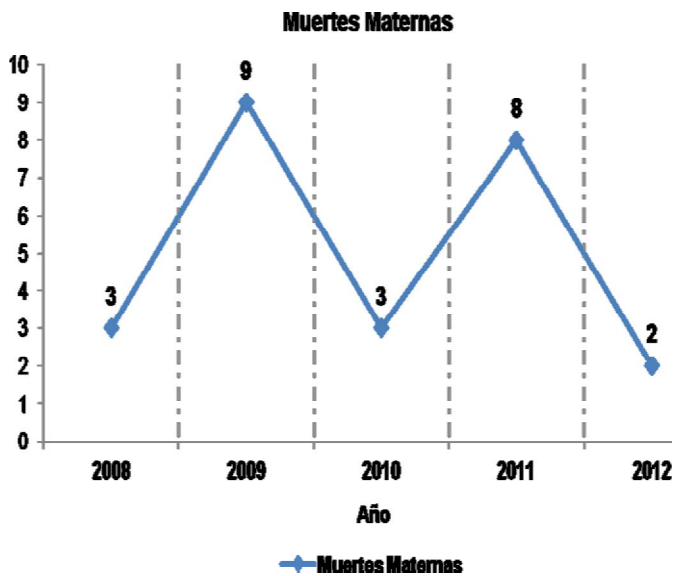
Se observa en todos los periodos reportados que el indicador está por arriba de la cifra estándar, en especial en el último año, lo que se puede deber a varios factores: existencia de muchas unidades, sobre todo hospitales generales cercanos que carecen de todos los elementos para la atención de las pacientes con embarazos de alto riesgo, incremento en el número de pacientes con cesáreas previas que hacen necesario en muchos casos volver a solucionar el embarazo

quirúrgicamente y el envío de pacientes con embarazo de alto riesgo desde otras unidades hospitalarias del D. F. al servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital.

A pesar de la aplicación casi rutinaria de los criterios establecidos en la “*Segunda Opinión*” para la realización de la operación cesárea, las pacientes enviadas del estado de México con pobre control prenatal adecuado por toxemia gravídica y sus variantes, especialmente en los turnos nocturno y de fin de semana, obligan a realizar la interrupción quirúrgica del embarazo para no exponer al binomio madre-hijo.

Se continúa con supervisión estrecha de las indicaciones de este tipo de intervenciones por el Jefe de la División de Gineco-obstetricia, la Jefa de Servicio de Obstetricia y se evalúan aleatoriamente casos manejados por cesárea en las sesiones ordinarias del Comité de Morbimortalidad Materna, para ratificar su indicación precisa.

### Mortalidad Materna.



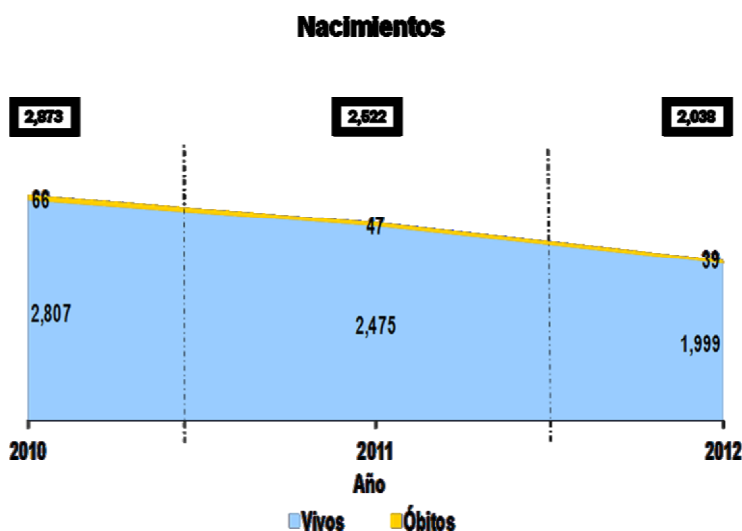
En la gráfica se reporta como único parámetro la mortalidad materna desde 2008 hasta 2012, siguiendo una tendencia a la disminución con sólo dos casos en el periodo anual reportado.

Las defunciones maternas correspondieron a pacientes obstétricas ajenas al Hospital, que son enviadas por otras unidades con embarazos complicados con padecimientos no obstétricos, a veces de índole oncológica. Se analizaron por el Comité hospitalario respectivo y no se consideró que ninguna fuera evitable el Hospital.

Las causas específicas de las 2 muertes maternas fueron: Metástasis pulmonares de un osteosarcoma del fémur y lesión renal aguda secundaria a una leucemia promielocítica.

Difícilmente es posible ante la naturaleza de los dos casos que se presentaron en el año que en este rubro se pudiera establecer un programa de mejora efectivo, se iniciara la aplicación de los nuevos criterios de la metodología Ramos para el análisis y reporte y se continúa informando de los casos tanto a la CONAMED, como a la COFEPRIS y jurisdicción sanitaria.

### Nacimientos.



Se reportan los nacimientos en los años 2010 al 2012. Se atendieron un número mucho menor que en años anteriores por lo anteriormente expuesto, en una menor demanda de atenciones obstétricas al ser captadas los embarazos normales en el estado de México por hospitales que ofertan el Seguro Popular. Se conservó una cifra muy similar en los óbitos a pesar de las características de las pacientes con embarazo que se atienden en el Hospital; y que no tienen control prenatal adecuado.

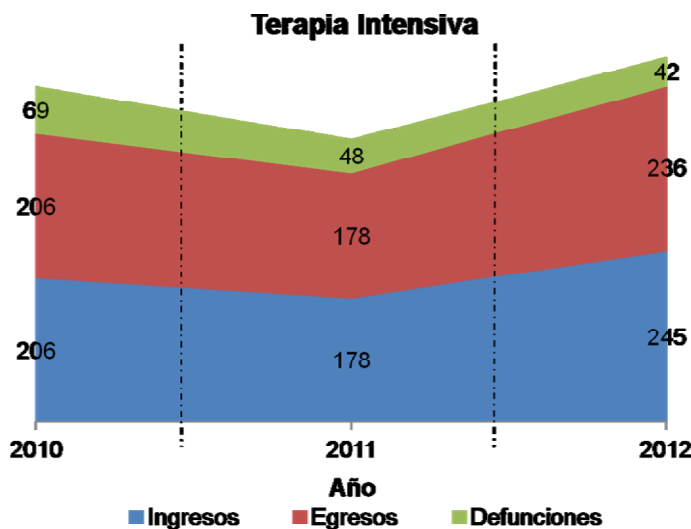
Aún con una demanda más reducida,

los embarazos complicados representan una amenaza para el Hospital, con la rotación adecuada de camas obstétricas se puede atender a las madres, pero el problema surge con los embarazos prematuros, con la necesidad de atención del producto en la UCIN, dado lo limitado en el cupo que tiene el Hospital en este servicio.

Está programado para 2013, de acuerdo con los recursos presupuestales, la remodelación de esta última área para acreditar el Hospital en el Programa de Gastos Catastróficos del Seguro Popular correspondiente a la atención de neonatos con insuficiencia respiratoria.



### Terapia Intensiva



La gráfica concentra básicamente tres indicadores que reflejan la demanda al área de Terapia Intensiva Adultos, dos de ellos en forma lineal representan los ingresos y egresos de la Unidad y un tercero, posicionado en la parte inferior de la misma, representa la mortalidad.

La atención de pacientes en estado crítico se mantuvo en el año, sin grandes variaciones. Las características clínicas de los pacientes en estado crítico hacen que su estancia en la Unidad, sobre todo en aquellos que tienen que recibir

soporte orgánico vital, sea prolongada sin que se puedan egresar al no contar con una Unidad de Terapia Intermedia.

La mortalidad se ha mantenido en cifras mas bajas y no rebasa el estándar de la OMS de 40% para terapias intensivas polivalentes. Al final del año, inclusive se logró la cifra más baja de mortalidad (4.3%) en toda la historia de la UCI del Hospital.

En la tabla se muestran las cinco causas de mortalidad cuyo análisis evidencia que los procesos sépticos, en especial la sepsis abdominal y sus consecuentes disfunciones orgánicas, especialmente la insuficiencia respiratoria y hemodinámica, persisten como los responsables de las defunciones en los pacientes graves de la Unidad.

Se mantiene un programa permanente de detección, prevención y tratamiento temprano de las infecciones nosocomiales, en especial de la neumonía asociada al ventilador, que es la principal infección en esta área, además de que el Hospital se afilió al programa Sectorial de

promoción de lavado de manos “Está en tus manos”. Se agregó a los equipos de soporte vital existentes una máquina de hemofiltración veno-venosa de la última tecnología para apoyo a la función renal, hemodinámica y hepática.

Principales Causas de Defunción en Terapia Intensiva		
2010	2011	2012
Choque séptico	Choque séptico	Choque séptico
Acidosis metabólica	Neumonía grave	Síndrome Disfuncional Orgánico Múltiple
Neumonía	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda
Choque hipovolémico	Acidosis metabólica refractaria	Acidosis metabólica refractaria
Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda	Choque hipovolémico	Neumonía asociada a la ventilación mecánica

**Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**

No. ingresos	217
No. de egresos	194
Mortalidad	22 (11.3%)
<b>Causas</b>	
1	Prematurez extrema
2	Choque séptico
3	Malformación congénita

**Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.**

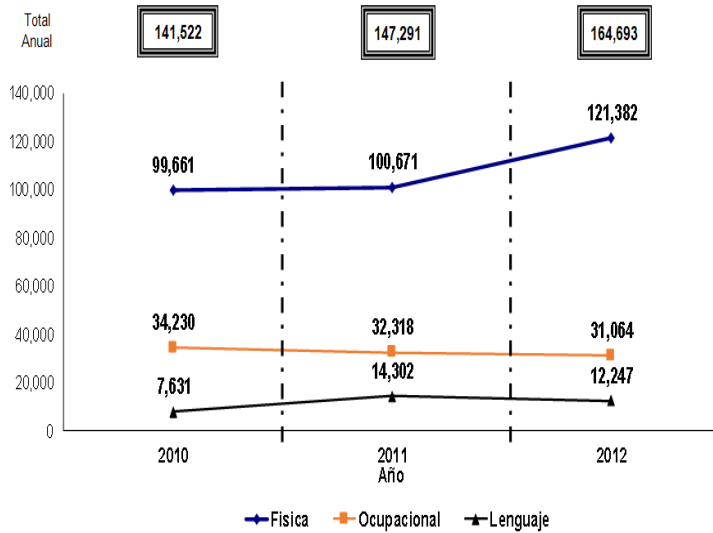
No. ingresos	175
No. de egresos	143
Mortalidad	33 (18.3)%
<b>Causas</b>	
1	Choque séptico
2	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda
3	Choque Hipovolémico?

**Unidad de Cuidados Coronarios.**

No. ingresos	196
No. de egresos	196
Mortalidad	16 (9.6%)
<b>Causas</b>	
1	Choque cardiogénico
2	Choque séptico
3	EVC hemorrágico

## Medicina Física y Rehabilitación.

**Medicina Física y Rehabilitación**



sólo una terapeuta en esta especialidad, la terapia ocupacional no ha mostrado diferencias significativas.

Muchos de los equipos del área han superado su vida media, lo que pone en riesgo la productividad futura del servicio, que por otro lado mantiene una demanda continua debido sobre todo a la inexistencia de otra unidad hospitalaria en el Distrito Federal o el estado de México que se dedique a la rehabilitación con excepción del Teletón.

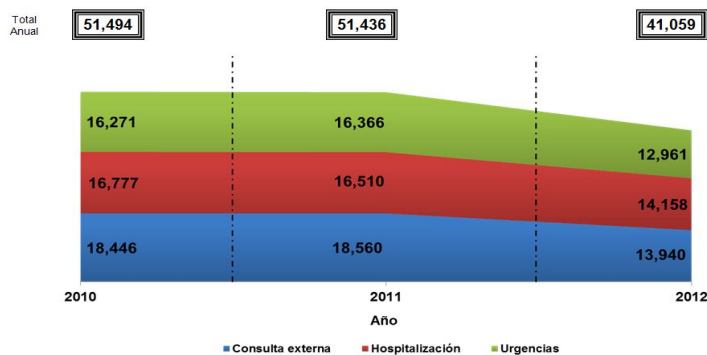
La gráfica muestra los valores totales de los tratamientos otorgados en las diferentes terapias que realiza el servicio. En las líneas de tendencia se muestran específicamente los valores de cada uno de estas correspondientes a los años 2010 y 2012.

Ha existido una diferencia significativa de un 11.8% más en el total de tratamientos sobre todo de la terapia física, lo que se ha logrado mediante la colaboración de pasantes de la carrera de técnico en rehabilitación tanto del Hospital Infantil de México como del IMSS; mientras que en la terapia de lenguaje se ha observado una mínima baja de motivada por la existencia de



## Estudios de Radiodiagnóstico.

**Estudios de Radiodiagnóstico**



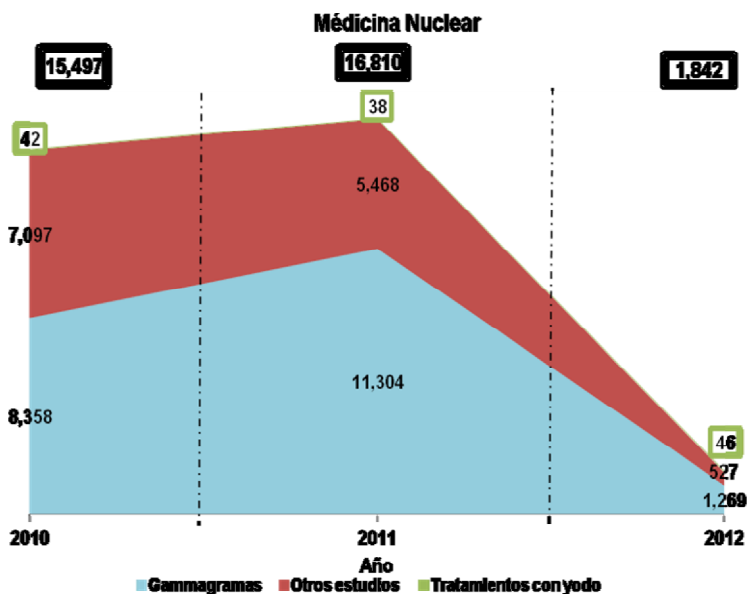
La gráfica muestra un comparativo del total de estudios realizados en el Servicio de Imagenología y Radiodiagnóstico en 2010, 2011 y 2012; con tres barras horizontales que representan los servicios que confluyen a la mayor parte de los pacientes: Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.

En el periodo de reporte en comparación con el año 2011, hubo una disminución de estudios que se

presentaron para los servicios de urgencias de un 20.8%, para hospitalización de 14.2% y de 24.9% en consulta externa, es decir el decremento de estudios ha sido generalizado y va paralelo a la disminución de atenciones en los servicios del Hospital, sobre todo los que requieren internamiento y son motivados por el incremento a cuotas de recuperación.

Aunque los estudios de imagen son una importante herramienta diagnóstica y su realización es fundamental, la disponibilidad económica reducida de los pacientes a veces los hace optar por no aceptar el estudio dado el costo del mismo y debe de ser sustituido por otro de mayor simplicidad. La no disponibilidad temporal de los equipos, en especial tomógrafo y resonador, también afectó la productividad global de imagenología, al haberse presentado descomposturas importantes y prolongadas de estos equipos, que han rebasado su vida media, por lo que será conveniente valorar la sustitución pronta del tomógrafo sobre todo, debido a diferimiento de estudios por su descompostura.

### Estudios de Medicina Nuclear



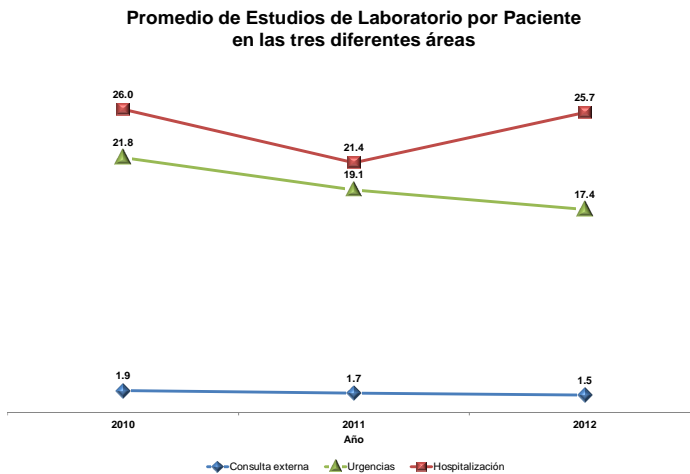
La gráfica muestra la productividad de los estudios totales realizados por el servicio de Medicina nuclear desde 2010 hasta 2012. Además, se presentan el número de tratamientos con dosis bajas de yodo radioactivo, y en barras horizontales los gammagramas y los estudios de radioinmunoanálisis y otros perfiles.

Se observa un menor número de estudios sobre todo de estudios especiales, tanto por el inicio del año por la disponibilidad parcial sobre todo de radioisótopos, además de que los costos aumentaron y esto repercutió en la demanda. Los tratamientos con

yodo radioactivo son pocos porque sólo es factible utilizar bajas dosis de radioisótopo al no disponer de un área adecuada, aislada y protegida con plomo para dar dosis altas. Por el tiempo que lleva funcionando el principal equipo que es la gammacámara, requiere sustituirse debido a que su vida media ya superó el tiempo útil.

Debido al alto costo del equipo que tiene que reponerse ante un entorno futuro de restricciones presupuestales e incremento de los precios en dólares y que lograría que el Hospital tuviera una tecnología en el diagnóstico nuclear a la altura de las demandas actuales de estudios de imagenología, por el momento es difícil establecer un programa de mejora efectivo.

## Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínico



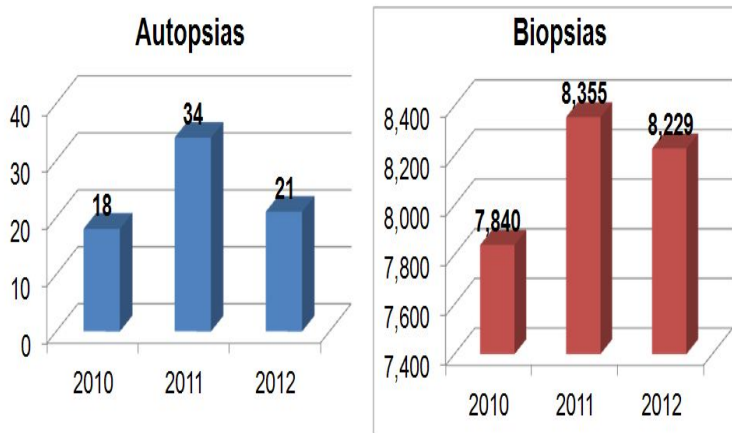
La gráfica describe en las líneas de tendencia, los índices de estudios de laboratorio clínico realizados en las tres principales áreas del Hospital: urgencias, hospitalización y consulta externa, durante los periodos anuales de 2010, 2011 y 2012.

Se observa una disminución en los estudios realizados en consulta externa en un 11.8% y urgencias en un 8.6%, mientras que en hospitalización aumentó el número total de exámenes en un 20%, como consecuencia de la mayor supervisión en la cobertura de

las cuotas de recuperación, lo que no sucede en la hospitalización donde los médicos residentes sobre todo en los turnos nocturnos donde no existen médicos adscritos solicitan indiscriminadamente estudios.

## Estudios realizados en Anatomía Patológica

### Estudios Realizados en Anatomía Patológica



En esta gráfica se representan dos indicadores relativos a los estudios realizados en el Servicio de Anatomía Patológica, en barras de color azul (izquierdas), se observan las autopsias y junto del lado derecho los indicadores de las biopsias y especímenes quirúrgicos, comparativamente entre 2010, 2011 y 2012.

La cifra en estudios totales en biopsias mostró una reducción mínima de 1.5% por la puesta en marcha de las cuotas de recuperación sobre todo en los especímenes de endoscopia.

Se sigue contando con diversas técnicas de inmunohistoquímica para hacer diagnósticos muy específicos sobre todo de los casos de cáncer.

En cuanto a las necropsias, las cifras han caído en un 38.3% en el presente año por las dificultades para obtener la autorización por parte de los familiares directos a pesar de una



campaña permanente de promoción de ésta, y secundariamente, por la falta de motivación de los médicos adscritos en este tipo de estudios.

Se continúa con la promoción permanente, a través de los médicos residentes, para conseguir necropsias con interés científico para los servicios, con la presentación de seis sesiones anatomo-clínicas y con una estrategia de reconocimientos al personal médico que consiga el mayor número de estudios.

### Departamento de Toxicología.

#### Toxicología

Concepto	2011	2012	Incremento %
Atención en urgencias	221	218	-1.4
Hospitalizaciones	93	95	2.2
Asesorías telefónicas	270	477	76.7
Uso de antídotos y antivenenos	369	164	-55.6
<b>Total</b>	<b>953</b>	<b>954</b>	<b>0.1</b>

Principales Intoxicaciones	
2011	2012
Intoxicación por medicamentos con intento suicida	Intoxicación por medicamentos con intento suicida
Accidentes por animales ponzoñosos	Accidentes por animales ponzoñosos
Intoxicaciones accidentales por medicamentos y otros productos	Intoxicaciones por sustancias cáusticas

Tal como se presenta en las tablas precedentes la Unidad continua proporcionando servicios muy importantes para la comunidad médica con mínimas variaciones en las atenciones en urgencias así como en las hospitalizaciones; en cuanto a las asesorías telefónicas se incrementaron significativamente al ser más conocido el centro de información en la zona norte de la ciudad, relativo al uso de los antivenenos, de los cuales se cuenta con todo lo necesario, quizá con excepción del antídoto para los efectos tardíos de la picadura de la araña del género *Loxocelidae* (*violinista*); la menor utilización obedece a que se tiene una vigilancia estrecha de su utilización dado el alto costo de los insumos.

Las causas de intoxicación de acuerdo a la segunda tabla, prácticamente no muestran variaciones importantes y predominan sobre todo los medicamentos de uso común doméstico y ambulatorio como los analgésicos y los sedantes y ansiolíticos. En cuanto a los animales ponzoñosos están tanto la picadura de la serpiente cascabel “enana” y el loxocelismo.

### Convenios.

Fuera de los programas incorporados al Seguro Popular y que se comentan en otra sección, el Hospital dio por concluidos varios de los convenios previos como los de los Servicios Médicos del Cruz Azul, de la ANDA, del Hospital Obregón quedando sólo vigente el convenio con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial del estado de México (CUSAEM ) dentro del cuál se han atendido en el periodo de reporte de 2012 a un total de 165 pacientes en diferentes áreas del Hospital, lo que representa una buena fuente de ingreso de recursos económicos para la Institución, que totalizó \$4,452 miles de pesos.

### Programa de Salud Pública.

Aplicación de biológicos.

El servicio de Medicina Preventiva se dedica a la cobertura mediante vacunación de tipo preventivo de diversas enfermedades y aunque no es una labor primaria de un hospital general con especialidades, si se considera conveniente mantener esta prestación por la tradición del Hospital desde su puesta en marcha. Dado que no se dispone de vacuna directamente sino que las proporciona la Secretaría de Salud del D. F., sobre todo de la pentavalente, antineumococo y rotavirus, se realizaron los trámites pertinentes ante los Servicios de Salud Pública del D. F., para que consideren en su abasto y no carecer de biológico.

La aplicación comparativa entre 2010, 2011 y 2012 se muestra en la tabla siguiente.

<b>Biológico</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
BCG	1,719	1,885	1,401
DPT	44	33	17
Hepatitis B	1,477	987	962
Influenza estacional	2,918	622	532
Antineumococo	689	811	554
Pentavalente	673	794	447
Rotavirus	N.A.	152	365
Doble viral	98	45	6
Triple viral	141	156	93
Toxoides tetánico	676	654	498
<b>Total</b>	<b>8,435</b>	<b>6,139</b>	<b>4,875</b>

### Clínicas Multidisciplinarias.

<b>Clínicas Multidisciplinarias</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Clínica de obesidad	155	956
Clínica del adulto mayor	853	467
Clínica de enfermedades del tórax	3,052	1,158
Clínica del dolor	619	1,215
<b>Total</b>	<b>4,679</b>	<b>3,796</b>

En el cuadro se muestra un incremento en la productividad de casi todas las clínicas multidisciplinarias en el periodo que se reporta, siendo los porcentajes de aumento los

siguientes: en la Clínica de Obesidad de un 73.3% y en la Clínica del Dolor del 35.4% en comparación con el periodo de 2011; mientras que en la Clínica del adulto mayor se redujeron sobre todo las consultas en un 45.3% y en la Clínica de Enfermedades del Tórax en un 62.1%, en la primera debido a problemas con los espacios de consultorio que durante algunos meses del año impedían contar con más de dos días de consulta en esta clínica, situación ya resuelta y en la segunda, por la imposibilidad de contratación de personal médico y los altos costos de la cirugía cardíaca, sobre todo de tipo valvular.

La Clínica de Obesidad está funcionando excelentemente en un programa protocolizado de 366 pacientes para con medidas diversas se logre la reducción de peso filtrando pacientes a procedimientos de tipo de cirugía bariátrica.

Falta en la Clínica de Enfermedades del Tórax incorporar a una cardióloga pediatra con experiencia en ecocardiografía, para poder incorporar a la cirugía de congénitos. Todas las clínicas cuentan con los recursos e insumos necesarios para atender las patologías incorporadas en sus carteras de atención.

### Eventos Adversos

Eventos	2011	2012
Reportados por personal de enfermería	262	476
Reportados por personal médico	34	29
Reportados por farmacovigilancia	4	13
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>518</b>

Tipo	2011	2012
Adversos	248	193
Centinela	44	47
Cuasi-falla	8	2
Ulceras por presión		234
Reacciones a hemoderivados	6	14
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>490</b>

Se continúan reportando un número cada vez mayor de los eventos adversos que ocurren en la Institución, con un incremento en un 77% de todos los eventos reportados por enfermería, farmacovigilancia, banco de sangre y mínimamente por los médicos adscritos, siendo el evento más importante la caída de los pacientes, sobre todo durante el baño en regadera, motivado por la debilidad de los mismos, situaciones que ocurren en muchos casos aún con la presencia y asistencia de los familiares, seguido por el retiro inadvertido de los catéteres venosos.

Aunque la rama médica continúa siendo poco colaboradora con el reporte de los eventos, se registraron 29 eventos, se tuvo como causa principal a los errores de medicación, sin embargo, éstos no han representado situaciones que hayan puesto en peligro la vida de los enfermos.

Las reacciones a los fármacos, también representan un mínimo de origen de eventos adversos y éstos si se identifican no tanto por reporte directo como por vigilancia de la unidad que específicamente y formando parte de la UVEH, se dedica a la supervisión en estas situaciones, y afortunadamente tampoco han tenido significancia. El Banco de Sangre garantiza la disponibilidad de hemoderivados muy seguros, sin embargo, con frecuencia y motivado por subgrupos sanguíneos o en pacientes sensibilizados por transfusiones múltiples, se llegan a detectar este tipo de eventos adversos.

Hay un mínimo de cuasi fallas y los eventos centinelas que son los más graves, se incrementaron muy levemente, lo que habla de la supervisión por enfermería de los pacientes con alto riesgo. Las úlceras por presión también son un problema revelador tanto de cierta necesidad de mayor movilización de los pacientes, como de las características de poblaciones de pacientes de edad avanzada y con problemas de nutrición alterados por la enfermedad.

## Avance del Programa de Trabajo 2012

### 1 Objetivo General

- Contribuir con la Dirección General en la planeación, dirección, seguimiento y evaluación de los programas de prestación de servicios médico quirúrgicos de alta especialidad con orientación en el paciente y su familia para brindar una atención confiable, segura y humana.
- Determinar las necesidades reales de capacitación de los médicos, enfermeras y otro personal de salud.

### Objetivos Específicos

1. Mejorar la eficiencia del equipo de salud mediante técnicas que promuevan el trabajo en equipo.

- a) Los servicios acudieron a las pláticas de “Trato digno”.
- b) Capacitación a través de sesiones de salud mental con el personal.
- c) Realización de pláticas o talleres sobre trabajo en equipo.

2. Eficientar el proceso de recuperación de los formatos de productividad.

- a) Monitoreo sobre la entrega de reportes diarios, informes mensuales por estadística, jefaturas de división y los servicios.
- b) En enfermería se cuenta con un método de evaluación del desempeño, que guarda relación al profesiograma del personal a ser evaluado.

3. Mejorar la atención expedita.

- a) Difusión y supervisión de acciones en los servicios de hospitalización.
- b) Se tiene como política la oportuna atención de todos los pacientes, en particular los portadores de una urgencia médica.
- c) En diseño, la posibilidad de contar con equipos de respuesta inmediata en cada servicio o piso de hospitalización, los cuales deberán contar con el curso de ACLS o ATLS.
- d) Compromiso de las terapias intensivas en la valoración en menos de 30 minutos de los pacientes en estado crítico.
- e) Compromiso de los demás servicios de dar prioridad a las interconsultas solicitadas por urgencias y terapias intensivas, incluyendo estudios de laboratorio, gabinete u otros auxiliares de diagnóstico.

4. Mejorar el conocimiento de la importancia médica de la realización de autopsias.

- a) Difusión en los servicios de hospitalización.
- b) Se realizó circular y entrega de folletos a médicos residentes y adscritos.
- c) Solicitar el disponer en 2013 de un mayor número de sesiones clínico patológicas en las sesiones generales.
- d) Realizar audiovisuales para la población de pacientes en consulta externa sobre los beneficios de la autopsia.
- e) Sesiones en el servicio de anatomía patológica sobre la importancia de la autopsia, con la colaboración de personal experto en tanatología para tener un mejor

conocimiento de cómo abordar y solicitar el estudio a los familiares del paciente fallecido.

5. Evitar el diferimiento y suspensión de la cirugía subsecuente.
  - a) Mejora con un programa de inicio oportuno de cirugías, principalmente con el incremento de personal de enfermería y anestesiología en los diferentes turnos.
  - b) Valoraciones pre-operatorias en forma oportuna (quirúrgica, anestésica, cardiológica).
  - c) Verificación oportuna de la disposición de hemoderivados.
  - d) Corroboración oportuna de la existencia de los insumos necesarios para la cirugía.
  
6. Incrementar el conocimiento del equipo en los procesos hospitalarios en especial los concernientes a su servicio de adscripción.
  - a) Difusión en los servicios firmando minutas de los puntos tratados.
  - b) Ofrecer al personal de cada servicio, cursos de capacitación que guarde relación al trabajo en equipo.
  - c) Reuniones semestrales para revisar los procesos hospitalarios concernientes a cada división y las modificaciones que pudieran realizarse en dichos procesos.
  
7. Contar con instrumentos actualizados que sirvan en la gestión de los servicios, en la acreditación y certificación hospitalaria.
  - a) Actualización de Manuales de Organización y Procedimientos de los servicios.
  - b) Supervisión a través de bitácoras y formatos de certificación por el Jefe de Servicio.
  - c) Es necesario contar con los círculos de calidad, los cuales deben estar integrados por personal en forma totalmente voluntaria.
  - d) Se realizan reuniones periódicas con la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria, con ejercicios de rastreo de pacientes y de sistemas.
  
8. Sistematizar la evaluación inicial (*triage*) de los servicios de urgencias.
  - a) Sistematización del *TRIAGE*.
  - b) Capacitación periódica al personal de urgencias sobre el sistema de evaluación inicial (*triage*) de la Universidad de Manchester, vigilando que se realice dicha evaluación a todo paciente que solicite atención de urgencias, que se encuentre documentada la evaluación.
  - c) Se encuentra en valoración el uso de sistemas electrónicos para la realización de la evaluación inicial para que se guarde la información en formato digital.
  
9. Aplicar una revisión sistemática con el uso de herramientas pre y post-suceso de los eventos adversos, en especial los centinelas, para tomar decisiones que los prevengan.
  - a) Capacitación del personal en la identificación y abordaje de los eventos adversos y centinela, en el II Diplomado “Creando cultura de seguridad del paciente”.
  - b) Reporte, análisis y seguimiento de cualquier evento adverso registrado.
  - c) En evaluación la programación de cursos específicos sobre evento adverso y centinela.

- d) A través de la capacitación de los Jefes de División y en conjunto con los Jefes de servicio, contando con el método de análisis causa-raíz, se evalúan los eventos adversos.
- e) Revisión de los eventos adversos de repetición por parte del Comité de Morbi-mortalidad para su análisis global y poder establecer recomendaciones generales para disminuir la presencia de éstos.

10. Complementar el seguimiento de eventos adversos graves mediante la aplicación de una herramienta post-evento reconocida.

- a) Se realiza a través del formato el seguimiento por medio del Jefe de Servicio.
- b) Es necesario contar con cursos específicos sobre evento adverso y centinela, contar con un método de evaluación debidamente validado.
- c) Reunión con el área correspondiente para realizar análisis de causa-raíz sobre el evento adverso grave.

11. Contar con reportes de alta confiabilidad de los eventos adversos que faciliten la aplicación de herramientas de evaluación sistemática.

- a) Impulsar más intensamente la realización de reportes de eventos adversos.

2 Líneas de acción.

1. Integración del trabajo en equipo.

- a) Reuniones internas periódicas con los Jefes de División.
- b) Reuniones internas de las jefaturas de servicio con su jefe de división.
- c) Sesiones de la división.
- d) Sesiones específicas con el área de salud mental para mejorar el trato digno, completándose todos los servicios de la división de Medicina y una parte de la División de Cirugía.
- e) Capacitación del personal y jefes de servicio sobre trabajo en equipo.

2. Determinación de las condiciones particulares del clima laboral por servicio.

- a) Se realizaron sesiones con médicos residentes, adscritos y área de salud mental para reforzar aspectos de trato digno hacia los usuarios internos y externos.

3. Desarrollar capacidades y competencias de los trabajadores del equipo de salud para mejorar el clima laboral.

- a. Sin avance por motivo de las actividades de certificación hospitalaria

4. Restructuración del proceso total de recuperación de los formatos primarios.

- a) Sesión con el área de estadística (división y Jefes de Servicio)
- b) Reunión de los Jefes de Servicio de forma individual con estadística.
- c) Reestructuración del calendario y supervisión de la fechas de entrega de formatos primarios.
- d) Se informa y se solicita a través de circulares–reuniones con Jefe de Servicio y a su vez informa al personal a su cargo sobre cumplimiento de fechas de entrega.

5. Sensibilización al personal de salud de la importancia de contar con datos estadísticos confiables para los diversos informes que rinde el Hospital.
  - a) Difusión en sesiones con Jefes de Servicio.
  - b) Reuniones en cada servicio.
  - c) Se realiza reunión en donde se tocan puntos de análisis del reporte estadístico.
6. Comunicación continua del departamento de estadística con Jefes de División y de Servicios para retroinformación del llenado de fuentes primarias.
  - a) Análisis del reporte mensual, emitido por estadística.
  - b) Existencia de documentos de dicha comunicación.
  - c) Punto medular para contar con un servicio de estadística completo y confiable, trabajamos en forma aislada en el Hospital.
7. Trabajar en un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, técnicos en inhaloterapia para mejorar la atención de pacientes en estado crítico que no pueden ingresar a la UCI por falta de camas.
  - a) Asesoría y apoyo continuo del equipo médico adscrito y residentes.
  - b) Sesiones sobre manejo básico de ventilación mecánica.
  - c) Implementación de los cursos avanzados de ventilación mecánica en modelos porcinos.
  - d) Rotación de residentes en la U.C.I.
8. Implementar dos áreas de atención especial con equipamiento útil procedente de la remodelación de la UCI adultos en medicina interna y cirugía general.
  - a) Sin avance por falta de recursos presupuestales.
9. Efectuar las acciones necesarias para la actuación de un equipo de respuesta rápida para atender pacientes en estado crítico en hospitalización.
  - a) Reuniones preparatorias sobre la estructuración del equipo de respuesta rápida
  - b) Búsqueda de apoyos en capacitación por parte del Colegio Mexicano de Medicina Crítica para lograr ser sede del curso, el cual tiene un costo
  - c) Preparación de la infraestructura de equipamiento médico necesario para la implementación del área.
10. Elaboración de un Plan de sensibilización para médicos, pacientes y familiares sobre la importancia y conveniencia de los estudios de autopsia.
  - a) Difusión de la importancia de la sesión anatomo-clínica en sesiones de los servicios y de las divisiones.
  - b) Incorporación de reuniones en servicios con incorporación central del tema de autopsia.
11. Establecer un programa permanente de capacitación con el personal del quirófano para mejorar el clima laboral e impulsar el trabajo en equipo para eficientar los tiempos quirúrgicos y mejorar la productividad.



- a. Sin avance por motivo de las actividades de certificación hospitalaria
12. Establecer medidas de capacitación del equipo de trabajo en la atención médica sobre la metodología de procesos.
    - a) La capacitación en habilidades gerenciales de los Jefes de Servicio y la actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos ha contribuido a solventar esta problemática en el Hospital.
    - b) Pendiente la autorización de manuales actualizados en algunos servicios del Hospital
  13. Revisión puntual de los procesos propios de cada servicio.
    - a) Realización de perfiles de puesto del Jefe de Servicio y médico adscrito.
    - b) Análisis del cumplimiento de actividad de Jefe de Servicio.
    - c) Informe mensual, Jefe de Servicio / informe semestral de avances.
    - d) Calendarización de las reuniones de jefes para análisis de la problemática de procesos de cada servicio.
    - e) Dotar de equipamiento faltante a los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos, ofrecer cursos en administración, pero sobre todo exigir una mayor supervisión.
  14. Actualización de los manuales administrativos de los servicios hospitalarios.
    - a) En aprobación el 90% de los Manuales de Organización y Procedimientos de los Servicios Médicos por la Dirección de Planeación Estratégica.
    - b) Los manuales están actualizados, pero es necesario incluir las políticas transversales en todos los manuales para estandarizarlos.
  15. Realizar la capacitación necesaria de médicos adscritos y residentes del servicio de urgencias adultos en el sistema de evaluación inicial (*triage*) de la Universidad de Manchester.
    - a) Se capacitaron a los médicos residentes y adscritos a través de sesiones semanales y revisión de casos
    - b) Se encuentra actualizada la plataforma de registro y la base de datos de este programa
  16. Mejorar el tiempo de espera que tienen los pacientes para ser evaluados inicialmente en el servicio de Consulta Externa de alta especialidad.
    - a) Mantener estrategias de supervisión para reducción del diferimiento en consulta externa matutina.
    - b) Diseño del Programa de Consulta Externa vespertino, dada la disposición de los médicos adscritos del turno con inicio de actividades en los servicios de neumología, hematología, cirugía vascular y cirugía plástica.
  17. Garantizar una mejor clasificación de la evaluación inicial de los pacientes (*triage*).
    - a) Aplicación permanente del Protocolo de Manchester.
  18. Aumentar la prevención de los eventos adversos y mejorar el reporte, análisis y seguimiento de los que se informan.

- a) Reuniones de capacitación en análisis causa-raíz con Jefes de División y diseño de un grupo de asesores en la evaluación de los eventos adversos en especial de tipo centinela con alumnos egresados de los dos diplomados de seguridad del paciente.
- b) Reporte, análisis y seguimiento de seis eventos adversos del área médica con la metodología sugerida por la cédula de certificación hospitalaria.
- c) Seguimiento parcial de un total de 29 eventos adversos por parte de las Jefaturas de División.

19. Contribuir a la diversificación de fuentes de financiamiento.

- a) Se realiza búsqueda de fundaciones o grupos de apoyo financiero, así como la reestructuración del patronato del Hospital habiéndose ya identificado a un posible nuevo patrono que se propondrá a la H. Junta de Gobierno.
- b) Solicitud de la información a la Dirección de Investigación, sobre los requisitos para inscribir protocolos con la Industria Farmacéutica por parte de los servicios clínicos.

Porcentaje de Avances 2012 en los diferentes aspectos por división.

División	Manuales. Revisión por DPE	Manuales en 2da. revisión	Manuales autorizados	Revisión de GPC	Aplicación de GPC	Capacitación	Bitácoras supervisión	Publicaciones No.	Revisión procesos	Encuestas clima laboral
Medicina	100%	88%	88%	100%	100%	100%	100%	7	0%	0%
Cirugía	100%	80%	80%	100%	66%	100%	100%	45	6%	6%
Pediatría	100%	83%	83%	70%	70%	70%	100%	0	0%	0%
Ginecobstetricia	100%	100%	100%	70%	80%	20%	80%	3	80%	0%
Medicina Crítica	100%	100%	100%	80%	80%	80%	50%	9	20%	75%
Servicios de apoyo a la atención médica	100%	50%	50%	N/A	N/A	25%	66%	0	25%	
Aux. Diagnóstico	100%	100%	100%							
Otros 1/	100%	100%	100%							
<b>Promedio Total</b>	<b>100%</b>	<b>89%</b>	<b>89%</b>	<b>84%</b>	<b>79%</b>	<b>66%</b>	<b>83%</b>	<b>64</b>	<b>33%</b>	<b>15%</b>

1/ Se consideran en otros los siguientes servicios (UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA, HOSPITALIZACIÓN, TOXICOLOGÍA, CLÍNICA DEL DOLOR, CONSULTA EXTERNA, UNIDAD DE ENLACE, GASTOS CATASTRÓFICOS, ENFERMERÍA Y FARMACIA HOSPITALARIA).

N/A= No Aplica.

## Otras actividades relevantes de los servicios de atención médica

### Actividades de las Divisiones

División	Cursos	Congresos	Trabajos en congreso	Sesiones conjuntas
Medicina	20	51	32	31
Cirugía				
Pediatría				
Ginecología y obstetricia	6	17	6	21
Medicina Crítica	31	3		
Servicios de apoyo a la atención médica	26	2		13

### Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

- Realización del seguimiento de 48 accidentes con materiales punzocortantes.
- Inició la transición al lavado quirúrgico de manos sin cepillo en quirófano.
- Vigilancia de la calidad del agua hospitalaria.
- Pase de visita permanente de un infectólogo en la UCIA.
- Primer informe de sensibilidades y resistencia de gérmenes antimicrobianos.
- Actividades de capacitación: Uso adecuado de las precauciones por vías de transmisión, Prevención de accidentes por punzocortantes y Lavado de manos.
- Impartición del Primer curso básico de Epidemiología.
- Celebraciones del “Mes del hospital limpio” y “El día mundial de la lucha contra el VIH-SIDA”.
- Obtención del grado de Maestro en Salud Pública de la Dra. Mónica A. Cureño Díaz y el Dr. Víctor Hugo Gutiérrez Muñoz (epidemiólogo)
- Asistencia al “Curso intensivo de prevención y control de infecciones para prevencionistas de infecciones” del St. Jude Children’s Research Hospital.
- Asistencia al Congreso anual de la Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales (AMEIN).
- Presencia en el Congreso Nacional de Farmacovigilancia 2012.
- Asistencia al VII Congreso Internacional de Esterilización Hospitalaria.
- Asistencia a la Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Bioseguridad 2012.

### Radiología

- Realización de sesiones semanales con Cirugía General, Oncología y Gastroenterología; quincenales con Reumatología y mensuales con la Clínica de tiroides y Trasplante Renal.
- Reuniones con los comités de seguridad del paciente y seguridad radiológica.
- Impartición del Curso de seguridad radiológica y calidad.

### Enfermería

Resultados del desempeño del personal de enfermería

<b>Resultados de la evaluación del desempeño del personal de enfermería</b>	
<b>Turno</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento</b>
Matutino	87
Vespertino	80
Nocturno	83
Especial	98
Promedio todos los turnos	87

Los resultados de la evaluación del desempeño del personal de enfermería, muestran porcentajes aceptables, ya que en los cuatro turnos se observan valores de cumplimiento superiores al 80%, siendo el turno vespertino el que tiene menor porcentaje con un 80% de cumplimiento, 87% para el turno matutino, y 98% para el turno especial, es importante señalar que en el turno nocturno se concentra el personal con mayor antigüedad en el Hospital y con menor formación académica, y la evaluación comprende conocimiento y aplicación de método enfermero, metodología diseñada y aplicada en los últimos años.

<b>Resultados de la evaluación del desempeño, por competencias</b>			
<b>Turno</b>	<b>Competencias</b>		
	<b>Ser</b>	<b>Saber</b>	<b>Hacer</b>
Matutino	89	86	87
Vespertino	87	78	76
Nocturno	88	82	78
Especial	98	98	97

Fuente: Cédulas de evaluación del desempeño del personal de Enfermería

En relación a los resultados de la evaluación por competencia se observa, que la competencia con menor desempeño general es la del *saber*, y de ésta el criterio con menor desempeño es el que se refiere a conocimiento de método enfermero, y plan de alta, en la competencia del *ser*, se observa menor desempeño en los criterios trabajo en equipo, actitud de aprendizaje y mejora continua, en relación a la competencia del *hacer*, se observa menor desempeño en los criterios de aplicación del método enfermero en su trabajo diario, situación que concuerda con los resultados de la competencia del *saber*.

De la misma forma, se observa que el turno vespertino cuenta con el menor desempeño en las competencias del *saber* y *hacer*, con porcentajes menores al 80%, en el turno nocturno se observa que el menor porcentaje de cumplimiento lo ocupa el *hacer*, situación sobre la cual se habrá de incidir, de la misma forma se observa que el mejor resultado general y por competencias lo obtuvo el turno especial, sin embargo, es importante mencionar que el personal de ese turno, sólo representa el 10% del personal del turno matutino o nocturno.

Por otra parte, el personal del servicio de la CEyE de todos los turnos tiene los menores resultados, situación que se explica en virtud de que el personal que labora en este servicio es el de mayor antigüedad en la institución, y la cédula evalúa cuidado enfermero, sin contemplar la actividad sustantiva de esta área. Por lo tanto se establece que deberán realizarse las modificaciones al formato, a fin de que éste permita la evaluación de la

actividad sustantiva de cada uno de los servicios, y habrá de incidir en la importancia del trabajo en equipo en todo el personal en general, capacitar al personal de las áreas críticas sobre método enfermero.

<b>Disminuir el diferimiento quirúrgico.</b>			
<b>Turno</b>	<b>Ideal</b>	<b>Real</b>	<b>Faltante</b>
Matutino	31	33	-3
Vespertino	15	21	-6
Nocturno a	10	7	3
Nocturno b	10	10	0
Turno especial	12	14	0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>88</b>	<b>3</b>

En cuanto a la supervisión de personal, el Departamento de Enfermería implementó en el 2012 la carpeta gerencial como herramienta de trabajo, siendo un instrumento administrativo que documenta la gestión de los procesos, diagnóstico, planeación y mejora continua. Esta herramienta sirve como una guía para el control del recurso humano en enfermería que sustenta la gestión de la calidad.

Los resultados alcanzados de su utilización fueron el conocimiento de las incidencias más frecuentes en cada turno y en los periodos que se presentan, así como el comportamiento del personal.

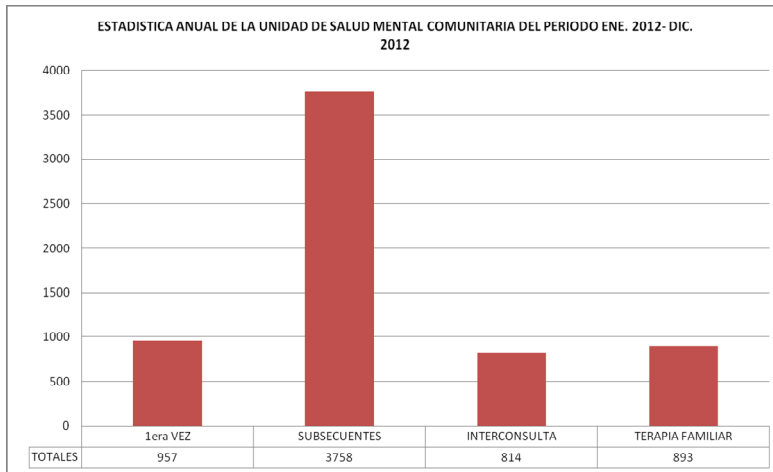
Por otra parte, se unificaron el 50% de los formatos que se utilizan en las áreas de Hospitalización, dando cumplimiento a los estándares de certificación.

<b>Formato</b>	<b>Periodo de manejo</b>	<b>Cumplimiento</b>
1.- Distribución diaria de personal y actividades de enfermería	Bitácora mensual	Acceso y continuidad de la atención Médica (ACC)
2.-Registro y control de pacientes	Bitácora mensual	Acceso y continuidad de la atención médica (ACC)
3.-Registro de entrega y recepción de pacientes	Bitácora mensual	Acceso y continuidad de la atención medica (ACC)
4.-Registro y Control de electrolitos	Bitácora bimestral	Meta Internacional No. 3 Mejorar la seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo
5.-Recepción de carro de curación	Bitácora semestral	NOM- 197-SSA1-2000 Infraestructura y equipamiento de hospitales
6.-Tablero de Control para la recepción de carro rojo	Bitácora semestral	Guía Tecnológica No. 30 Carros de reanimación cardiopulmonar CENETEC, Salud Feb. 2006

7.-Información sobre plan de alta (los servicios que tengan plan de alta)	Bitácora semestral	Educación del paciente y familia (PFE)
8.-Registro de educación para la salud a pacientes y familiares.	Bitácora semestral	Educación del paciente y familia (PFE)
9.-Registro y control de narcóticos y psicotrópicos Apartado A y B. (Debe ir autorizada por la dirección médica y con hojas foliadas)	Bitácora Semestral	NOM-128-SSA2-1999 Prevención, tratamiento y control de adicciones. Almacenamiento seguro de medicamentos controlados Abril 2010
10.-Registro y control de componentes Sanguíneos	Bitácora Semestral	NOM.-003-SSA2-1993 Manejo de Sangre y sus componentes con fines terapéuticos
11.-Hoja de control transfusional	Hoja que proporciona banco de sangre o puede haber disponible en el servicio y se integra al expediente clínico	NOM.-003-SSA2-1993 Manejo de Sangre y sus componentes con fines terapéuticos
12.-Reporte de Reacción Transfusional	Hoja disponible en el servicio y que se integra al expediente clínico	NOM.-003-SSA2-1993 Manejo de Sangre y sus componentes con fines terapéuticos
13.-Formato para el control de salidas del medicamento en resguardo de 72 horas.	Bitácora semestral	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
14.-Vale de salida de medicamento para otros servicios	Bitácora semestral	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
15.-Registro y control de la temperatura de la red fría	Bitácora anual	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
16.-Salida de medicamento narcótico y psicotrópicos controlados caducado.	Bitácora anual	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
17.-Salida de medicamento caducado no controlado.	Bitácora anual	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
18.-Devolución de medicamentos reutilizables de los servicios a farmacia.	Bitácora anual	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
19.-Supervisión de RPBI	Bitácora Semestral	NOM-087-ECOL-SSA1-2002

De las 19 bitácoras con formatos de control generadas, 10 son indispensables en los servicios de hospitalización, urgencias pediatría y adultos, hemodiálisis, unidad quirúrgica y tóco quirúrgica para el cumplimiento de criterios de certificación, metas internacionales y garantizar la seguridad de los pacientes durante su estancia hospitalaria; nueve formatos se utilizan esporádicamente de acuerdo al servicio y especialidad.

## Salud Mental

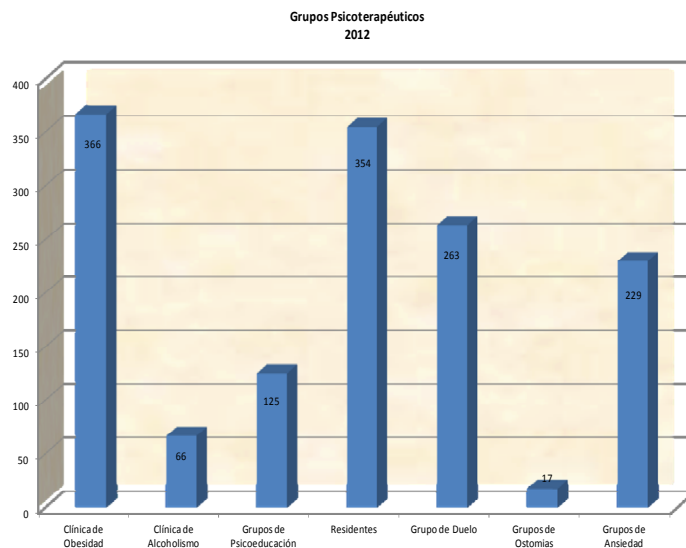


Por otra parte, la Unidad de Salud Mental se encuentra conformada fundamentalmente por psicólogos con una orientación hacia los problemas de tipo clínico y en el periodo de reporte 2012, proporcionaron 6,422 consultas de las cuales; 957 fueron de primera vez, 3,758 subsecuentes, 814 interconsultas, y 893 de terapia familiar.

En forma complementaria la Unidad de Salud Mental, atiende las clínicas y

grupos de apoyo hacia pacientes con problemas diversos, como trastornos de aprendizaje, ansiedad, trastornos alimenticios entre otros.

En el año de reporte y dentro de este rubro se tuvieron las siguientes atenciones; de la Clínica de Obesidad atendieron a 366 pacientes, de la Clínica Alcoholismo a 66 pacientes, de Grupos de Psicoeducación 125 pacientes. Además, realizaron 354 evaluaciones iniciales psicológica a médicos residentes de recién ingreso, asimismo, proporcionaron 263 atenciones a grupos de duelo, 17 pacientes del grupo de ostomías, y 229 del grupo de ansiedad.



## Avances del Programa de Trabajo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

De acuerdo a la Estrategia prioritaria de “*Establecer un modelo de gestión de la calidad enfocado a la certificación hospitalaria con los nuevos Estándares Internacionales del Consejo de Salubridad General*”, se realizaron diversas actividades durante el 2012 bajo la coordinación del COCASEP, que a continuación se describen:

- Se elaboró el plan de trabajo del Comité de Calidad y Seguridad hospitalaria.
- Se integró un Modelo de Gestión de la Calidad, con un plan direccional estructurado en la cédula de certificación del Consejo de Salubridad General.
- En agosto se realizó la inscripción ante el Consejo de Salubridad General para la autoevaluación, y se recibió la primera auditoría por el mismo Consejo del 17 al 21 de septiembre, obteniendo una calificación de 8.7. Derivado de la primera auditoría se implementaron estrategias para el cumplimiento de las observaciones emitidas por el Consejo de Salubridad General y se obtuvo un dictamen con una calificación final de 9.4, así como la vigencia de la certificación por tres años, noviembre 2015.
- Se implementó un sistema de información para la gestión de la calidad en la institución para mantener comunicación continua con los tutores de calidad y el equipo líder del proyecto.

Una de las actividades más relevantes, fue capacitar como tutores de calidad a 110 profesionales de la salud de las siguientes áreas:

Área	Tutores
Directores de Áreas	5
Jefes de División	7
Médicos	43
Asistentes de Dirección	3
Área de Investigación	6
Enseñanza	2
Personal de Enfermería	18
Personal Administrativo	20
Trabajo Social	3
Banco de Sangre	2
Comunicación Social	1
<b>Total</b>	<b>110</b>

También, se capacitó al personal de salud, principalmente a médicos adscritos y residentes de diversos servicios en los siguientes temas:

Tema	Asistentes
Nuevos Estándares Internacionales del Consejo de Salubridad General	324
Inducción a los Nuevos Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General versión 2012	140
<b>Estándares de la Certificación Hospitalaria</b>	
Estándar FMS	11
Estándar PFR	125



Estándar ASC	30
Estándar AOP, ACC	86
Estándar AOP, MMU	85
Políticas Institucionales	214
Estándares de Certificación Hospitalaria	392
Estándar MISP (Metas Internacionales de Seguridad del Paciente)	476
Estándares de la Certificación Hospitalaria	1,756
Plan de Mejora e Indicadores de Calidad	48
<b>Total</b>	<b>3,687</b>

Aunado a la auditoría, se realizaron 10 sesiones internas para evaluar las condiciones actuales de infraestructura y tecnología de 30 servicios, donde se involucró a los Tutores de Calidad como Auditores líderes divididos en 10 equipos de trabajo, los cuales fueron asesorados por un instructor.

Como parte del programa de visita a los servicios del Hospital, se realizaron 14 recorridos; con equipos de trabajo multidisciplinarios liderados por el Director General del Hospital, Director Administrativo, Jefe de Biomédica Subdirector de Mantenimiento, Gestor de la Unidad de Calidad y Seguridad Hospitalaria, con el objetivo de determinar avances para el proceso de certificación, motivar al personal y determinar necesidades de mantenimiento de la infraestructura.

Como resultado de las observaciones que hizo el Consejo a los 11 QPS, se realizaron cinco reuniones de trabajo con los líderes de los proyectos que habían sido aceptados con observaciones, específicamente en la “Implementación de etiqueta de Identificación al paciente ambulatorio”, “Mejorar la Comunicación Efectiva” y “Porcentaje de estudios de Imagenología interpretados en el Sistema electrónico PACs (Picture Archiving and Communication System)”.

En cuanto a la estrategia “Optimizar la gestión de los procesos de Atención Médica y Seguridad de los Pacientes en los diferentes servicios del Hospital”, se realizó lo siguiente:

Para disminuir el índice de infecciones nosocomiales, se dio énfasis en el lavado de manos, incrementando el apego del personal de acuerdo a la OMS y actualizando el procedimiento; también se presentó como tema de sesión general, y se estableció un programa de intervención educativa para difusión del procedimiento dirigido a pacientes, familiares y visitantes.

Además, se gestionó el suministro de los recursos materiales y la elaboración de material de apoyo (tríptico, póster y cartel), mismos que fueron colocados en lugares estratégicos y entregados de forma personal.

Por otra parte, se verificó la instalación, cuidado y retiro oportuno de catéter venoso central, dando cumplimiento a la Campaña Sectorial “Bacteriemia Cero”.

Se realizó la reinstalación del Subcomité de Seguridad del Paciente durante el periodo de reporte, sesionando en cuatro ocasiones.

En trabajo conjunto con la Unidad de vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH); Enfermería; Banco de Sangre y Farmacovigilancia, se elaboró el procedimiento de Causa Raíz para la elaboración de listados de eventos adversos y cuasi fallas.

En lo referente a promover la participación ciudadana en el proceso de asistencia en la salud, se alcanzó el 100% al realizar tres mediciones conjuntas con un total de 750 encuestas realizadas en el servicio de Urgencias adultos y en las tres se logró que se avalara la institución por parte de los representantes ciudadanos.

El Subcomité Técnico de Peticiones Ciudadanas, Sugerencias y Reconocimientos, procesó 343 peticiones ciudadanas, de las cuales el 70% fue contestada al Órgano Interno de Control, asimismo, fueron recibidos 65 reconocimientos.

El COCASEP contribuyó a la capacitación en temas: Seguridad Hospitalaria, Sensibilización al trato digno del usuario, Protección Civil y Desarrollo de habilidades gerenciales, los cuáles se encuentran reportados en los rubros de educación médica continua y capacitación de este informe.

En lo relacionado con la estrategia *“Optimizar la gestión de los procesos de atención médica y seguridad de los pacientes en los diferentes servicios del hospital”*, se realizó un curso-taller dirigido a 58 jefes de servicio para estandarizar los procesos de atención médico-quirúrgica fortaleciendo el apego a guías de práctica clínica en los servicios del Hospital.

Respecto a la estrategia: *“Gestión de apoyo y reconocimiento a la mejora de la calidad”*, se envió en el mes de marzo la convocatoria nacional del proyecto *“Blund le, medidas conjuntas para la reducción de infecciones asociadas a catéter venoso central”* en el servicio de Terapia intensiva adultos.

Informe anual de instalación y actividades de los diferentes Comités coordinados por el COCASEP.

Comité	Total sesiones	Sesiones ord.	Sesiones ext.	Sesiones inter-comités	No. de acuerdos	No. de acuerdos concluidos	No. de acuerdos pendientes	Fecha de re-instalación	No. Integrantes
Comité de calidad y seguridad del paciente	5	4	0	1	8	7	1	02/04/2012	23
Subcomité de calidad y seguridad del paciente.	4	4	0	0	6	6	0	13/07/2012	38
Comité de morbilidad	10	7	1	2	17	15	2	27/01/2011	15
Comité de morbilidad perinatal	11	10	1	0	10	10		18/01/2012	12



Comité de guías de práctica clínica	2	4	0	0	12	9	3	16/07/2012	18
Comité de infecciones nosocomiales	6	6	0	0	17	15	2	18/01/2012	20
Subcomité de antimicrobianos	4	4	0	0	7	6	1	09/02/2012	20
Comité para la prevención de VIH-sida	6	4	2	0	11	9	2	07/02/2012	19
Comité de mortalidad materna	8	5	1	0	6	6	1	08/03/2012	14
Comité de medicina transfusional	8	6	2	0	25	16	9	29/02/2012	18
Comité de bioética	6	3	1	2	6	5	1	17/05/2012	19
Comisión de bioseguridad	2	4	0	0	8	6	2	27/01/2002	11
Comisión de investigación	8	8	0	0	8	6	2	5/07/012	15
Comité técnico de capacitación y desarrollo del personal	3	3	0	0	4	4	0	16/06/2012	9
Subcomité técnico de peticiones sugerencias y reconocimientos	1	1	0	0	1	1	0	27/06/2012	18
Comité de farmacia hospitalaria y terapéutica	3	1	2	0	4	3	1	06/08/2012	16
Comité del expediente clínico	12	7	0	0	13	10	3		18
Comité de productividad quirúrgica	5	4	1	0	4	4	0	05/07/2012	15
Comité de trasplante de cornea	11	11	0	0	60	60	0	05/01/2012	16
Comité de auditoría clínica	12	12	0	0	12	12	0	19/01/2012	16
Comité de clínica de obesidad	10	10	0	0	8	8	0	21/02/2012	17



## Reporte de avances del Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad 2007-2012.

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD 2007 - 2012									
RESULTADOS 2012 Y CIERRE 2007-2012									
Entidad: HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO						Fecha: 31-12-2012			
No. Meta	META COMPROMETIDA	Institución que reporta	FORMULA DEL INDICADOR Registrar para cada periodo los valores de la Variable 1, Variable 2, y el	Meta alcanzada acumulada real 2011	Meta 2012		Meta 2007 - 2012		
					Prog.	Alc.	Prog.	Alc.	Explicación al incumplimiento de la meta programada 2007-2012 (cuando aplique)
1	Para 2009, instrumentar el modelo de indicadores de gestión para la toma de decisiones en las entidades del subsistema de los Hospitales Federales de Referencia	DGCHFR	Indicador	0	0	0	0	0	Para el año 2012, se encuentran definidos todos los indicadores que el Hospital Juárez de México reporta en foros como la Junta de Gobierno que muestran los avances y logros del Programa de Trabajo Quinquenal del Director General, en los informes de autoevaluación semestrales y anuales, así como en los reportes de gestión que se presentan ante la Junta de Gobierno, al cual se integran la Numeralia y los Anexos Estadísticos que incluyen los indicadores para resultados y de gestión, muchos de los cuales se comentan además extensamente en el Informe de Autoevaluación del Director General.
			V1 Entidades con modelo instrumentado /	0	0	0	0	0	
			V2 Entidades programadas para instrumentar el modelo	0	0	0	0	0	
2	Para 2011, reordenamiento en la estructura organizacional en unidades de alta especialidad	HFR INS	Indicador						Al continuar la restricción presupuestal así como la creación de nuevas plazas médicas, no ha sido posible realizar un cambio organizacional para crear la Dirección de Enseñanza, lo cual queda diferido hasta tener los recursos económicos necesarios para la creación de la misma
			V1 Solicitud de modificación de estructura organizacional presentada /	NO APLICA					
3	Para 2012, mantener y fortalecer el programa de competencias gerenciales en personal de mando medio de las unidades hospitalarias adscritas a la CCINSHAE	HFR INS HRAE	Indicador	100	100	90.0	100	90.0	Se continúa con la capacitación de las capacidades y habilidades gerenciales específicamente dirigido a los Jefes de Servicio médicos, para fortalecer sus competencias en la gestión de los servicios hospitalarios, lo que se ha visto reflejado en mejores documentos básicos de la gestión como son los Manuales de Organización y Procedimientos, que se presentaron ante el Consejo de Salubridad General en la Certificación, así como de los diversos programas que se manejan en el Hospital para cumplir satisfactoriamente con la rendición de cuentas sobre todo hacia la Junta de Gobierno y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, las acciones de desarrollo gerencial han sido complementadas con la autoevaluación del trabajo del año previo, la elaboración de los perfiles de puesto, así como los planes de trabajo anuales y en algunos servicios las propuestas de proyectos de mejora.
			V1 No. de mandos medios que tomaron cursos relacionados con competencias gerenciales	70	70	63	70	63	
			V2 No. de mandos medios programados para tomar cursos relacionados con competencias gerenciales X 100	70	70	70	70	70	
			* Competencias gerenciales: Trabajo en equipo, visión estratégica, orientación a resultados, liderazgo y afines)						

6	A partir del año 2011 iniciar con la instrumentación del expediente clínico electrónico unificado en las unidades de alta especialidad	HFR INS HRAE	Indicador	33.3	50	25	100	28.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de la brecha entre la situación actual y el estado a alcanzar.</li> <li>Se analizaron las propuestas de diferentes empresas que venden software de ECE.</li> <li>Se han realizado mejoras en el área de archivo para mejorar la apertura del expediente clínico, logrando disminuir a sólo 30 minutos promedio el tiempo para la apertura de un expediente, lo que representa un 75% de disminución.</li> <li>Con la instalación de la digitalización de Rayos X, se cuenta con un ahorro en el capítulo 2000 de \$1,610,172.84 en placas radiográficas.</li> <li>Se mejoró el proceso manual y se cuenta con el diagnóstico necesario en cuanto infraestructura de la red eléctrica e informática.</li> <li>Se tiene el número de computadoras necesarias para satisfacer las necesidades de un proyecto de esa magnitud.</li> </ul>
			V1 No. de etapas concluidas en la implementación del expediente clínico electrónico que se apege a la NOM 024 /	1	2	1	4	2	
			V2 No. de etapas programadas en la implementación del expediente electrónico bajo la NOM 024 X 100. La definición de etapas corresponde a cada institución.	3	4	4	4	4	
7	Establecer la gestión hospitalaria por procesos de atención en las unidades de alta especialidad	HFR INS HRAE	Indicador	75	100	100	100	100.0	<p>Después de la consolidación de los procesos relacionados a la seguridad del paciente, vgr: la prevención de caídas y úlceras por presión, el proceso de reporte de los eventos adversos y su revisión con análisis de causa-raíz, así como el de la cirugía segura, en el periodo de reporte la incorporación de las Guías de Práctica Clínica diseñadas por GENETEC en el área médica, y en el departamento de enfermería la disponibilidad de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES), son los avances principales y los cuales están enfocados por procesos.</p> <p>En cuanto al Programa de Mejora para el Control y Uso de Medicamentos, éste se ha alineado al Programa Nacional de Farmacia Hospitalaria y ya se cuenta como apoyo a la gestión particular de los medicamentos en el ámbito hospitalario con la primera fase, con una central de mezclas externa para dispensar en todo el Hospital antibióticos y medicamentos oncológicos.</p> <p>La revisión de los Manuales de Procedimientos que se realizó en el año 2012 para todos los servicios hospitalarios, con motivo de la Certificación Hospitalaria también reforzó mucho la gestión por procesos, ya que en esta edición de los manuales se agregaron nuevos procesos en muchos de los servicios.</p>
			V1 No. de procesos* operando en las áreas médicas /	3	5	5	5	5	
			V2 No. de procesos* programados a operar en las áreas médicas X 100 * Los procesos comprenden la operación conjunta de diversas áreas institucionales orientada a atender las necesidades del paciente (debe existir un lineamiento o manual de operación del proceso implementado).	4	5	5	5	5	
8	Para 2009, establecer un portal Web de medicina de alta especialidad acorde a la normatividad vigente	DGAAF	Porcentaje del portal WEB de Medicina de Alta Especialidad operando acorde a normatividad anual	NO APLICA					
11	Para 2009, transmisión de audio y video a través de sistemas de telemedicina	HFR INS HRAE	Indicador	25	100	0	30.8	0	<p>Se realizó la creación del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, mismo que ha venido a llenar un vacío en el manejo de las TICs en el Hospital, inicialmente se efectuó un diagnóstico situacional completo, con el objetivo de planear un programa específico adecuado a las necesidades operativas, de enseñanza e investigación requeridas por el Hospital, dicho programa, se presentó ante la Junta del Consejo Técnico Consultivo, que abarca entre otros aspectos, la posibilidad de realizar sesiones de atención médica especializada a distancia. Cabe mencionar que en este indicador se esta reportando sesiones de videoconferencias, mas no de telemedicina.</p>
			V1 No. de sesiones de telemedicina realizadas /	6	2	0	8	0	
			V2 No. de sesiones de telemedicina programadas X 100	24	2	2	26	26	

12	Para 2011, definir los lineamientos de operación de la red de servicios de atención médica de alta especialidad para la coordinación con el sector público	DGAVRH	Porcentaje de avance del documento producido que define los lineamientos de operación de la red de servicios de atención médica de alta especialidad para la coordinación del sector público	NO APLICA						
13	Para 2012, iniciar la operación de la red de servicios de atención médica de alta especialidad en las entidades de la CCINSHAE	HFR INS HRAE	Indicador	0	0	0	0	0	0	El porcentaje de avance en la operación a nivel piloto de la institución dentro de la red de servicios de atención médica de alta especialidad conformada por los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales de Referencia, depende de la generación de estrategias interinstitucionales.  Los avances estarán directamente relacionados a la generación de acuerdos durante las sesiones de trabajo de los grupos asignados para tales fines en las instituciones de la Comisión realmente hay un avance mínimo en este punto, debido a las pocas referencias que se generan de los institutos hacia los hospitales y viceversa; la problemática de la contrarreferencia al primer nivel, se explica por la pobreza de la infraestructura, en especial la de alta especialidad.
			V1 Avance logrado en la institución respecto a la implementación de las etapas que incluye la operación a nivel piloto de la red de servicios de atención médica /	0	0	0	0	0	0	
			V2 Avance programado en la implementación de las etapas que incluye la operación a nivel piloto de la red de servicios de atención médica en la entidad X 100  La definición de etapas corresponde a la institución y la Dirección General Adjunta de Vinculación y Referencia Hospitalaria de la CCINSHAE	0	0	0	0	0	0	
14	Para 2012, se operará a través de un sistema de referencia y contrarreferencia con bases funcionales uniformes para la atención de pacientes entre las unidades de alta especialidad coordinadas	HFR INS HRAE	Indicador	0	100	0	33.3	0	0	Se han realizado trabajos a través de un programa de mejora de la gestión, para establecer un sistema de referencia-contrarreferencia básicamente entre los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales de Alta Especialidad y los Federales de Referencia, que incluyó el diagnóstico situacional, la elaboración de cartteras de servicio en consulta externa y la propuesta de los procesos de envío, sin embargo, dadas las características del Hospital, las únicas referencias reales están relacionadas con los Institutos Nacionales de Salud para la complementación de algunos estudios de laboratorio muy especializados, los cuales por los costos de los equipos y reactivos y la esporádica solicitud, no conviene implementarlos en el Hospital.
			V1 Avance realizado respecto a la operación total con el sistema de referencia y contrarreferencia con bases uniformes /	0	1	0	1	0	0	
			V2 Avance programado respecto a la operación total con el sistema de referencia y contrarreferencia con bases uniformes X 100  La definición de etapas corresponde a la institución y la Dirección General Adjunta de Vinculación y Referencia Hospitalaria de la CCINSHAE	0	1	1	3	1	1	
15	Para 2009, acreditar al Hospital Juárez México en el CAUSES	HFR	Indicador	100	100	100	100	100	100	El Hospital logró completar satisfactoriamente el proceso de acreditación en el Seguro Popular para el Catálogo Universal y se tuvo un convenio con el Seguro Popular del Distrito Federal durante un año donde desafortunadamente sólo se recibieron 7 pacientes para estudios diagnóstico especializados y a pesar de los esfuerzos de la institución inclusive a altos niveles del Seguro Popular, no ha sido posible a partir de entonces de concretar nuevamente un acuerdo para otorgar servicios diagnósticos y clínico-quirúrgicos que están incorporados en el CAUSES tanto con la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. como la del Estado de México, quedando sólo su acreditación en gastos catastróficos.
			V1 Avance realizado en la acreditación del HJM/	1	1	1	1	1	1	
			V2 Avance programado en la acreditación del HJM x 100	1	1	1	1	1	1	

			Indicador							
16	Para 2012, acreditar el Hospital de la Mujer en Gasto Catastrófico	DGCHFR	V1 Acreditación obtenida del HM en gastos catastróficos /	NO APLICA						
			V2 Acreditación programada HM en gastos catastróficos							
18	Porcentaje de avance de operacionalización del Programa de Seguridad del Paciente en los HFR	HFR	Indicador	100	100	100	100	100		Se capacitó al personal del Hospital en seguridad del paciente mediante 3 cursos básicos presenciales y dos Diplomados "Creando Cultura de Seguridad del Paciente", en los cursos se capacitaron a 120 trabajadores y en los Diplomados egresaron en el 2011, 22 alumnos y en el 2012, 24 alumnos; de igual forma, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente coordinó diversas acciones para la difusión, conocimiento, aplicación y supervisión de las 6 Metas Internacionales en Seguridad del Paciente a través de más de 100 tutores de calidad capacitados.
			V1 Avance obtenido respecto a la operación del programa de seguridad del paciente/	1	1	1	1	1		
			V2 Avance programado respecto a la operación del programa de seguridad del paciente X 100 La definición del avance programado y realizado corresponde a la institución respecto a la normatividad existente.	1	1	1	1	1		
19	Acreditación de unidades médicas en gastos catastróficos	HFR INS HRAE	Indicador	100	100	200	100	128.6		En cuanto a los programas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se mantienen todas las acreditaciones de los programas que puede atender el Hospital, por lo que al final del periodo de reporte está acreditada en los siguientes programas: Cáncer en Niños y Adolescentes, Cáncer Cérvico-Uterino, Cáncer de Mama, Cataratas, Infarto Agudo del Miocardio, Linfoma no Hodgkin en adultos y Cáncer de Próstata y Testículo. Paralelamente se incorporan cada vez más niños dentro del Seguro Médico para una Nueva Generación.
			V1 No. de padecimientos que tramitaron su acreditación para gastos catastróficos en el año*	5	2	4	7	9		
			V2 No. de padecimientos que se programaron para acreditarse en gastos catastróficos en el año X 100 * Considera hasta el proceso de solicitud de acreditación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.	5	2	2	7	7		
20	Certificación de departamentos por ISO 9 000 en Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia(Hospital General de México)	HFR INS	Indicador							
			V1 No. de procesos o departamentos certificados bajo ISO 9000 en el año /	NO APLICA						
			V2 No. de procesos o departamentos programados para certificarse para ISO 9000 en el año X 100							
21	Para 2009, facilitar el desarrollo profesional continuo personal en unidades de alta especialidad	HFR INS HRAE	Indicador	107.1	88.1	76.44	104.1	102.3		El incumplimiento de la meta se debe a la suspensión de algunos cursos en los que regularmente el número total de inscritos y asistentes es alto, debido a que en el 2012 se dio prioridad a otros cursos para cubrir requisitos de certificación.
			V1 No. de personal médico institucional que recibió educación continua /	33,824	5,200	4,510	39,024	38,334		
			V2 No. de personal médico institucional programado para recibir educación médica continua X 100	31,572	5,900	5,900	37,472	37,472		

23	Para 2010 las entidades de la CCINSHAE revisarán al menos el 75% de sus programas operativos e implementarán los cambios derivados de estas revisiones	HFR INS	<b>Indicador</b>	100	100	100	100	100	Se estableció el examen departamental universitario para para los 24 cursos de especialización, basados en los programas operativos
			V1 No. de programas operativos revisados* /	31	31	31	31	31	
			V2 No. de programas operativos existentes en la institución X 100  Los programas operativos revisados se reportan en forma acumulada a partir del año 2009	31	31	31	31	31	
24	Para 2011, contar con los diagnósticos situacionales de cada uno de los Hospitales Federales de Referencia y que contemplen propuestas de mejora	DGCHFR HFR	<b>Indicador</b>	100	100	100	100	100	Se ha actualizado el diagnóstico situacional de la institución y, en particular se concretó el reemplazo total del equipamiento en las Unidades de: Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos, y de la Unidad Coronaria que se priorizaron en el diagnóstico situacional pasado. Se ha presentado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público un programa de inversión para sustitución de equipamiento y mobiliario para el área de hospitalización.
			V1 Avance realizado respecto al diagnóstico situacional /	1	1	1	1	1	
			V2 Avance programado respecto al diagnóstico situacional X 100	1	1	1	1	1	
25	Para 2010, concluir la totalidad de la obra civil de la nueva Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro (UMQJC)	DGCHFR	<b>Indicador</b>						
			V1 Avance obtenido respecto a la conclusión de la totalidad de obra civil /	NO APLICA					
			V2 Avance programado respecto a la conclusión de la totalidad de obra civil						
			<b>Indicador</b>						
26	Para 2011, concluir la totalidad de la obra civil de la nueva unidad Hospital Nacional Homeopático, Centro de Enseñanza e Investigación Aplicada (HNHCEIA).	DGCHFR	V1 Avance obtenido respecto a concluir la totalidad de obra civil del HNH	NO APLICA					
			V2 Avance programado respecto a concluir la totalidad de obra civil del HNH						
			<b>Indicador</b>						
27	Para 2011, finalizar la segunda etapa de remodelación del Hospital de la Mujer	DGCHFR HFR	V1 Avance obtenido respecto a finalizar la segunda etapa de remodelación del HM	NO APLICA					
			V2 Avance programado respecto a finalizar la segunda etapa de remodelación del HM						
			<b>Indicador</b>						
29	A partir de 2008 realizar mejoras estructurales en unidades de alta especialidad	HFR INS HRAE	<b>Indicador</b>	0	100	0	100	0	No hubo asignación presupuestal en ese capítulo de gasto para el ejercicio 2012
			V1 No. de obras civiles concluidas	0	1	0	1	0	
			V2 No. de obras civiles programadas X 100	0	1	1	1	1	



30	Para 2011 disponer de un plan de renovación de equipo médico actualizado en las entidades coordinadas por la CCINSHAE	HFR INS HRAE	Indicador	0	0	0	0	0	El Programa Anual de Inversión para el Ejercicio Fiscal 2012 del Hospital Juárez de México no se realizó como fue proyectado, ya que no existe asignación presupuestal para el capítulo 5000 desde el año 2011. Sin embargo, se realizó un plan de sustitución de equipo médico 2011-2012 considerado indispensable, como lo es la adquisición de equipo de soporte vital para las áreas de: terapia intensiva, neonatal, pediátrica y de adultos por un monto de \$63,186 mdp, que fueron otorgados por el Fondo del Tabaco del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
			V1 Plan de renovación de equipo médico anual con impacto presupuestal entregado al Director General	0	0	0	0	0	
			V2 Plan de renovación de equipo médico programado con impacto presupuestal para entrega al Director General	0	0	0	0	0	
31	A partir de 2008, construcción de nuevos HRAE para terminar al 2012 con 6 HRAE	DGCHRAE s	Indicador						
			V1 No. de HRAEs construidos	NO APLICA					
			V2 No. de HRAEs programados						

DGCHRAE: Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia; DGCHRAES: Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad; INS: Institutos Nacionales de Salud; HFR: Hospital Federales de Referencia; HRAEs: Hospitales Regionales de Alta Especialidad

DGAVRH: Dirección General Adjunta de Vinculación y Referencia Hospitalaria; DGAAF: Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas

<b>No. META</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
1	<p>Para el año 2012, se encuentran definidos todos los indicadores que el Hospital Juárez de México reporta en foros como la Junta de Gobierno que muestran los avances y logros del Programa de Trabajo Quinquenal del Director General, en los informes de autoevaluación semestrales y anuales, así como en los reportes de gestión que se presentan ante la Junta de Gobierno; al cual se integran la Numeralia y los Anexos Estadísticos que incluyen los indicadores para resultados y de gestión, muchos de los cuales se comentan además extensamente en el Informe de Autoevaluación del Director General.</p>
2	<p>Al continuar la restricción presupuestal así como la creación de nuevas plazas médicas, no ha sido posible realizar un cambio organizacional para crear la Dirección de Enseñanza, lo cual queda diferido hasta tener los recursos económicos necesarios para la creación de la misma</p>
3	<p>Se continúa con la capacitación de las capacidades y habilidades gerenciales específicamente dirigido a los Jefes de Servicio médicos, para fortalecer sus competencias en la gestión de los servicios hospitalarios, lo que se ha visto reflejado en mejores documentos básicos de la gestión como son los Manuales de Organización y Procedimientos, que se presentaron ante el Consejo de Salubridad General en la Certificación, así como de los diversos programas que se manejan en el Hospital para cumplir satisfactoriamente con la rendición de cuentas sobre todo hacia la Junta de Gobierno y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, las acciones de desarrollo gerencial han sido complementadas con la autoevaluación del trabajo del año previo, la elaboración de los perfiles de puesto, así como los planes de trabajo anuales y en algunos servicios las propuestas de proyectos de mejora.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de la brecha entre la situación actual y el estado a alcanzar.</li> <li>• Se analizaron las propuestas de diferentes empresas que venden software de ECE.</li> <li>• Se han realizado mejoras en el área de archivo para mejorar la apertura del expediente clínico, logrando disminuir a sólo 30 minutos promedio el tiempo para la apertura de un expediente, lo que representa un 75% de disminución.</li> <li>• Con la instalación de la digitalización de Rayos "X", se cuenta con un ahorro en el capítulo 2000 de \$1,610,172.84 en placas radiográficas.</li> </ul> <p>Se mejoró el proceso manual y se cuenta con el diagnóstico necesario en cuanto infraestructura de la red eléctrica e informática, Se tiene el número de computadoras necesarias para satisfacer las necesidades de un proyecto de esa magnitud.</p>
7	<p>Después de la consolidación de los procesos relacionados a la seguridad del paciente, vgr. la prevención de caídas y úlceras por presión, el proceso de reporte de los eventos adversos y su revisión con análisis de causa-raíz, así como el de la cirugía segura; en el periodo de reporte la incorporación de las Guías de Práctica Clínica diseñadas por CENETEC en el área médica, y en el departamento de enfermería la disponibilidad de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES), son los avances principales y los cuales están enfocados por procesos.</p> <p>En cuanto al Programa de Mejora para el Control y Uso de Medicamentos, éste se ha alineado al Programa Nacional de Farmacia Hospitalaria y ya se cuenta como apoyo a la gestión particular de los medicamentos en el ámbito hospitalario con la primera fase, con una central de mezclas externa para dispensar en todo el Hospital antibióticos y medicamentos oncológicos.</p> <p>La revisión de los Manuales de Procedimientos que se realizó en el año 2012 para todos los servicios hospitalarios con motivo de la Certificación Hospitalaria, también reforzó la gestión por procesos, en esta edición de los manuales se agregaron nuevos procesos en varis servicios.</p>
8	NO APLICA

11	<p>Se realizó la creación del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, mismo que ha venido realizando un trabajo en el manejo de las TICs en el Hospital, inicialmente se efectuó un diagnóstico situacional completo, con el objetivo de planear un programa específico adecuado a las necesidades operativas, de enseñanza e investigación requeridas por el Hospital; dicho programa, se presentó ante la Junta del Consejo Técnico Consultivo, que abarca entre otros aspectos, la posibilidad de realizar sesiones de atención médica especializada a distancia. Cabe mencionar que en este indicador se esta reportando sesiones de videoconferencias , más no de telemedicina.</p>
12	NO APLICA
13	<p>El porcentaje de avance en la operación a nivel piloto de la Institución dentro de la red de servicios de atención médica de alta especialidad conformada por los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales de Referencia, depende de la generación de estrategias interinstitucionales. Los avances estarán directamente relacionados a la generación de acuerdos durante las sesiones de trabajo de los grupos asignados para tales fines en las instituciones de la Comisión realmente hay un avance mínimo en este punto, debido a las pocas referencias que se generan de los institutos hacia los hospitales y viceversa; la problemática de la contra-referencia al primer nivel, se explica por la pobreza de la infraestructura, en especial la de alta especialidad.</p>
14	<p>Se han realizado trabajos a través de un programa de mejora de la gestión, para establecer un sistema de referencia-contrareferencia básicamente entre los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales de Alta Especialidad y los Federales de Referencia, que incluyó el diagnóstico situacional, la elaboración de carteras de servicio en consulta externa y la propuesta de los procesos de envío, sin embargo, dadas las características del Hospital, las únicas referencias reales están relacionadas con los Institutos Nacionales de Salud para la complementación de algunos estudios de laboratorio muy especializados, los cuales por los costos de los equipos y reactivos y la esporádica solicitud, no conviene implementarlos en el Hospital.</p>
15	<p>El Hospital logró completar satisfactoriamente el procesos de acreditación en el Seguro Popular para el Catálogo Universal y se tuvo un convenio con el Seguro Popular del Distrito Federal durante un año donde desafortunadamente sólo se recibieron 7 pacientes para estudios diagnóstico especializados y a pesar de los esfuerzos de la Institución inclusive a altos niveles del Seguro Popular, no ha sido posible a partir de entonces de concretar nuevamente un acuerdo para otorgar servicios diagnósticos y clínico-quirúrgicos que están incorporados en el CAUSES tanto con la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. como la del Estado de México, quedando sólo su acreditación en gastos catastróficos.</p>
16	NO APLICA
18	<p>Se capacitó al personal del Hospital en seguridad del paciente mediante tres cursos básicos presenciales y dos Diplomados "Creando Cultura de Seguridad del Paciente", en los cursos se capacitaron a 120 trabajadores y en los Diplomados egresaron en el 2011, 22 alumnos y en el 2012, 24 alumnos; de igual forma, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente coordinó diversas acciones para la difusión, conocimiento, aplicación y supervisión de las 6 Metas Internacionales en Seguridad del Paciente a través de más de 100 tutores de calidad capacitados.</p>
19	<p>En cuanto a los programas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se mantienen todas las acreditaciones de los programas que puede atender el Hospital, por lo que al final del periodo de reporte está acreditada en los siguientes programas: Cáncer en Niños y Adolescentes, Cáncer Cérvico-Uterino, Cáncer de Mama, Cataratas, Infarto Agudo del Miocardio, Linfoma no Hodking en adultos y Cáncer de Próstata y Testículo. Paralelamente se incorporan cada vez más niños dentro del Seguro Médico para una Nueva Generación.</p>
20	NO APLICA
21	<p>El incumplimiento de la meta se debe a la suspensión de algunos cursos en los que regularmente el número total de inscritos y asistentes es alto, debido a que en el 2012 se dio prioridad a otros cursos para cubrir requisitos de certificación.</p>



23	Se estableció el examen departamental universitario para los 24 cursos de especialización, basados en los programas operativos.
24	Se ha actualizado el diagnóstico situacional de la Institución y en particular se concretó el reemplazo total del equipamiento en las Unidades de: Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos, y de la Unidad Coronaria que se priorizaron en el diagnóstico situacional pasado. Se ha presentado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público un programa de inversión para sustitución de equipamiento y mobiliario para el área de hospitalización.
25	NO APLICA
26	NO APLICA
27	NO APLICA
29	En materia de obra, el Hospital no llevó a cabo ninguna, no le fue asignado presupuesto para este fin.
30	El Programa Anual de Inversión para el Ejercicio Fiscal 2012 del Hospital Juárez de México, no se realizó como fue proyectado, ya que no existe asignación presupuestal para el capítulo 5000 desde el año 2011. Sin embargo, se realizó un plan de sustitución de equipo médico 2011-2012 considerado indispensable, como lo es la adquisición de equipo de soporte vital para las áreas de: terapia intensiva, neonatal, pediátrica y de adultos por un monto de \$63,186 mdp, que fueron otorgados por el Fondo del Tabaco del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), faltando por ejercer \$16,759mdp.
31	NO APLICA



**Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2012 del Programa Presupuestal E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud”.**

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2012							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICOS Y COMPLEMENTARIOS 2012							
			Informe de	enero a diciembre	2012		
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:		NAW					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO					
INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES <sup>3/</sup>
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	% <sup>1/</sup>	SEMÁFORO <sup>2/</sup>	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD</b>							
	Egresos hospitalarios por mejoría <sup>(2)</sup>	91.2	91.2	94.5	3.6	<b>VERDE</b>	<p><b>CAUSA:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 3.6% de egresos hospitalarios por mejoría con respecto a la meta programada de 91.2%, que lo sitúa en el semáforo de color verde. Este resultado se logró en función de la atención integral y adecuada de los pacientes hospitalizados que ingresan tanto para tratamientos de índole médica como quirúrgica, donde se cuenta para el diagnóstico con los reactivos necesarios y las técnicas apropiadas; así como para la terapéutica con medicamentos y otros recursos suficientes para lograr la mejora del deterioro del estado de salud de los pacientes, contando también con el apoyo de recursos humanos competentes y capacitados por encima de estándares nacionales, lo que se demostró al ser certificado el Hospital por el Consejo de Salubridad General.</p> <p><b>EFEECTO:</b> La mejora de los pacientes atendidos en la Institución tiene como objetivo principal el cumplimiento de la misión hospitalaria que involucra la recuperación de la salud con costos razonables y la reintegración a la sociedad como seres productivos. El impacto favorable para la sociedad al reintegrar un sujeto productivo es que a la larga los gastos en salud de la población no derechohabiente se abaten y se disminuyen los riesgos de complicaciones graves sobre todo en los padecimientos crónico-degenerativos que son los más costosos, logrando de esta manera cumplir con prioridades nacionales y fomentar el desarrollo de la nación.</p> <p><b>OTROS MOTIVOS:</b></p>
	V1: Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	17,963	17,963	16,392			
PROPÓSITO <sup>(34)</sup>	V2: Total de egresos hospitalarios del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa x 100	19,688	19,688	17,353			

PROPOSITO (35)	Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta (3)	80.8	80.8	70.9	12.3	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento menor en un 12.3% de pacientes aceptados en preconsulta, con respecto a la meta programada del 80.8%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color rojo. La variación del indicador obedece a que un médico se jubiló, recuperándose este recurso hasta el último mes del año por la imposibilidad de contrataciones y a pesar de que la encargada del servicio atendió a pacientes, el número de ellos fue menor, por su participación en el grupo de tutores de calidad para la certificación hospitalaria, además de que se otorgaron otras prestaciones a los médicos generales de preconsulta que disminuyen sus días efectivos de atención.
	V1: Número de casos nuevos aceptados como pacientes en el área de consulta externa de especialidad en el periodo	12,130	12,130	9,082			EFEECTO: En cuanto a los 9,082 casos nuevos aceptados se debió a que la mayoría de los pacientes se refirieron al primer nivel dado que no fue necesario el mayor número de alta especialidad. Por otra parte se recibieron menos fichas de solicitud de consulta de primera vez de manera espontánea respetando y dándole prioridad a las del Programa de la Cita Telefónica así como por referencia médica. También influyó en este menor número los costos directos del paciente como son el pasaje para el traslado y los medicamentos. Costo que resulta mayor que el de la consulta que se les proporciona, además de que cada día hay más consultorios de farmacias de medicamentos genéricos o similares que ofertan estos fármacos en los que el costo tanto de la consulta como los estudios de laboratorio y de gabinete son más económicos. Un impacto importante al Hospital es en los ingresos propios por la disminución en las cuotas de recuperación que se obtienen no sólo en las consultas sino en estudios diagnósticos de laboratorio clínico y de gabinete
	V2: Número de pacientes a quienes se les proporcionó preconsulta en el periodo x 100	15,008	15,008	12,813			OTROS MOTIVOS: Las medidas preventivas que se tomaron para disminuir o eliminar las variaciones son: La continuidad en la evaluación de los pacientes de referencia de otros hospitales de la Secretaría de Salud, también se continuará con una mayor difusión de la cita telefónica de primera vez en preconsulta y no se pone límite a las solicitudes presenciales que solicitan ficha y se les atiende en el mismo día.
PROPÓSITO (36)	Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios) (4)	5.1	5.1	3.4	33.3	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo del reporte muestra un 33.3% de disminución en la tasa de infecciones nosocomiales, con respecto a la meta programada de 5.1%, que indebidamente lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color rojo, ya que lo ideal es que las infecciones estén situadas en una cifra baja. La variación se debe en parte a que la tasa de infecciones adquiridas en el Hospital se ha reducido en el periodo de reporte al aumentar las medidas de prevención y promoción. Para ello, y como desventaja para mantener estas cifras, se requiere más personal de enfermería para realizar la vigilancia epidemiológica activa de forma permanente en todos los servicios del Hospital, lo que desafortunadamente no ocurre en la Institución a la que le falta complementar la plantilla sobre todo de enfermeras.
	V2: Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo x 100	19,688	19,688	17,353			EFEECTO: Hay mayor apego al lavado de manos y al uso correcto de las precauciones por vías de transmisión. También la modificación de la prescripción de los antibióticos sobre todo en servicios críticos, impacta en la reducción de días de estancia y por ende en los costos directos e indirectos para el Hospital. Todo esto favoreciendo la disminución de infecciones. OTROS MOTIVOS: Se ha implementado un programa para capacitar a los familiares y pacientes de los cubículos aislados respecto a la prevención de infecciones y la importancia de utilizar adecuadamente las medidas preventivas, se han dirigido acciones específicas a los servicios que presentan un "foco rojo" en cuanto a infecciones intensificando la supervisión y el involucramiento del personal.
COMPONENTE (37)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados (5)	66.2	66.2	86.5	30.7	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo tuvo un cumplimiento superior en un 30.7% de expedientes clínicos revisados aprobados con respecto a la meta programada de 66.2%. Sin embargo no fue posible lograr la revisión total de la meta comprometida de 396 expedientes, debido al número insuficiente de auditores ya que muchos tuvieron que apoyar el proceso de certificación hospitalaria, disminuyendo el número de los que participan en las sesiones de auditoría del expediente, y al ser honoríficos, por sus labores hospitalarias no asisten a todas las reuniones de evaluación, repercutiendo con ello en la disminución de expedientes revisados, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento de color rojo. La variación se debió a esta disminución de auditores.
	V2: Total de expedientes clínicos revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	396	396	282			EFEECTO: Se observa una mejora en las calificaciones de los expedientes clínicos por un mayor cumplimiento de la NOM respectiva como efecto de las acciones de la reciente certificación hospitalaria, además de mayor vigilancia por parte de los Jefes de Servicio de este importante documento. OTROS MOTIVOS: Las acciones para mejorar el número de expedientes evaluados consistirán en incrementar las sesiones extraordinarias con la participación de los Jefes de Servicio y el aumento de auditores hasta alcanzar un auditor por servicio.

	Índice de consultas subsecuentes especializadas (6)	3.0	3.0	2.8	6.7	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento menor en un 6.7% con respecto a la meta programada de 3.0, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color amarillo. Esta variación se debió a que en diversos servicios de la consulta externa persiste un número elevado de consultas subsecuentes, al no efectuar la contrarreferencia a los primeros niveles de atención, pero que se justifica por una falta de estructura hospitalaria sobre todo de las subespecialidades de más demanda en el primer nivel, en particular en el Estado de México.
COMPONENTE E (38)	V1: Número de consultas subsecuentes de especialidad	147,263	147,263	146,234			EFECTO: Existe saturación de las agendas en la consulta externa de algunas de las especialidades, sobre todo de alta demanda como las que atienden pacientes crónicos como Neurología, Nefrología, Angiología y Hematología y los espacios para citas agendadas de primera vez se ven afectadas por diferimiento; sin embargo, se ha dado prioridad a las citas de primera vez de estas especialidades con respecto a las citas subsecuentes y en algunas de las especialidades se otorga desde hace meses consulta vespertina.
	V2: Número de consultas de primera vez especializadas	48,698	48,698	53,012			OTROS MOTIVOS: La aplicación de las acciones derivadas de los programas de mejora de gestión denominados referencia-contrarreferencia y de consulta de primera vez, hará que este indicador mejore al permitir una contrarreferencia más oportuna, siempre y cuando por la pobre infraestructura el paciente con problemas crónicos sobre todo no regrese al ver insatisfecha su atención en el primer nivel.
	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a programadas (7)	92.2	92.2	92.0	0.2	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 0.2% de sesiones de rehabilitación realizadas, con respecto a la meta programada de 92.2% de sesiones programadas, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. La mínima variación se debió a la imposibilidad presupuestal para la renovación de los equipos de terapia física ya que algunos de éstos no funcionan por periodos de tiempo, además de otros factores inherentes a la no participación de los pacientes en su proceso de rehabilitación.
COMPONENTE E (39)	V1: Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo	165,003	165,003	164,693			EFECTO: Una consecuencia positiva para el paciente al concluir el ciclo total de sesiones de las diferentes terapias que se proporcionan como son la física, ocupacional y en algunos casos la de lenguaje, logra la finalidad del Hospital de otorgar una rehabilitación completa, con la posibilidad de reintegración del paciente en forma total a sus actividades tanto del hogar como laborales.
	V2: Número de sesiones de rehabilitación programadas en el periodo x 100	178,973	178,973	178,973			OTROS MOTIVOS:
	Proporción de cirugías de corta estancia (8)	18.7	18.7	21.4	14.4	ROJO	CAUSA: Podemos observar que el indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 14.4% de proporción de cirugía de corta estancia, con respecto a la meta programada de 18.7% del total de cirugías efectuadas, que lo sitúa indebidamente en el semáforo de cumplimiento color rojo. También podemos ver que las Cirugías totales disminuyeron en un 22.5% respecto a la meta programada, debido a un incremento en el número de cirugías de alta complejidad y al incremento de cirugía mínima invasiva de alta especialidad. También nos hemos visto imposibilitados en la activación de una sala quirúrgica por falta de personal de enfermería y anestesiología, los cuales ya están solicitados, pero no han existido plazas nuevas para contratación, no obstante que esta sala ya se encuentra totalmente equipada.
COMPONENTE E (40)	V1: Número de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas	3,030	3,030	2,694			EFECTO: Al tener un incremento importante en el número de pacientes referidos por diversas instituciones de la zona de influencia del Hospital Juárez de México, los cuales requieren de tratamientos quirúrgicos por patologías de alta complejidad, nos obliga a reducir el número de espacios quirúrgicos para la cirugía programada, traduciéndose en incremento del diferimiento quirúrgico, reducción en el número de cirugías de cualquier tipo con el respectivo impacto económico como vía de ingreso de recursos monetarios en la institución.
	V2: Número total de cirugías realizadas x 100	16,204	16,204	12,561			OTROS MOTIVOS: Se tiene contemplado la implementación de un programa que nos permita incrementar el número de cirugías, el cual consiste en: el inicio oportuno de cirugías, reducción de tiempos muertos entre ellas, con el apoyo de un grupo de respuesta rápida, dando prioridad a la cirugía de urgencia. Así como la reposición de las plazas del personal jubilado o con incapacidad, parcial o permanente.

COMPONENTE E (41)	Ocupación hospitalaria (9)	77.5	77.5	77.2	0.4	VERDE	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento menor en 0.4 décimas porcentuales de ocupación hospitalaria, con respecto a la meta programada de 77.5%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde, la mínima variación alcanzada obedece a una disminución de ingresos quirúrgicos programados por el impacto que han tenido las cuotas de recuperación vigentes, que aunque no son muy altas, se agregan a los otros gastos que tiene que cubrir el paciente y su núcleo familiar ante un internamiento, como son el hospedaje, transporte y alimentación del propio paciente y su familiar.</p> <p>EFEECTO: Se continúan proporcionando servicios de alta especialidad y no hay una sola solicitud de atención a la que no se le de respuesta, sea la vía de ésta por referencia o bien la asistencia espontánea, ocasionalmente hay retraso en el internamiento de pacientes de algunos servicios de alta demanda por saturación de camas censables, las cuales recientemente se han reasignado en base al análisis de la ocupación en los últimos semestres.</p> <p>OTROS MOTIVOS: La disponibilidad sobre todo en el Estado de México para el internamiento bajo el amparo del Seguro Popular ha impactado en la menor solicitud de internamientos sobre todo en especialidades troncales.</p>
	V1: Días paciente durante el periodo	111,729	111,729	111,218			
	V2: Días cama durante el periodo x 100	144,204	144,204	144,113			
COMPONENTE E (42)	Ocupación de cuidados intensivos (10)	97.1	97.1	97.4	0.3	VERDE	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento mayor de 3 décimas porcentuales de ocupación hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos adultos, con respecto a la meta programada de 97.1%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>EFEECTO: El Hospital rutinariamente recibe muchas solicitudes de traslado de pacientes en estado crítico de otras unidades. Se realizaron las metas de acuerdo a lo programado, en inclusive se rebasó ligeramente debido a una carencia de unidades con tecnología para la atención de pacientes graves tanto en la zona vecina del D. F. pero especialmente en el Estado de México. Se atendió la demanda de pacientes graves ya que a partir de este año se normalizó el número de camas instaladas a 9 con reequipamiento muy moderno, impactando en la disminución de la mortalidad de los pacientes en estado crítico.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p>
	V1: Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el periodo	2,797	2,797	3,019			
	V2: Días cama de cuidados intensivos disponible en el mismo periodo x 100	2,880	2,880	3,100			
ACTIVIDAD (43)	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa (11)	79.5	79.5	97.5	22.6	ROJO	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 22.6% de recetas surtidas en hospitalización en forma completa con respecto a lo programado de 79.5%, que lo sitúa indebidamente en semáforo de color rojo. La variación se debió a que durante los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre llegaron completas las entregas de insumos por las diversas licitaciones, lográndose cubrir más recetas en forma completa.</p> <p>EFEECTO: Se logró mejorar la atención en los servicios del área médica que internan pacientes, ya que además, se inició paulatinamente la operación de la distribución de medicamentos parenterales en mezcla con una empresa externa, para así proveer bajo esquema de unidades medicamentos oncológicos y antibióticos.</p> <p>OTROS MOTIVOS: En lo referente al total de recetas surtidas en forma completa, de las 9,700 que se habían programado, se alcanzaron a surtir 8,427 con una variación de 1,273 recetas, esto debido a que se disminuyó la demanda directa a la farmacia intrahospitalaria por la entrada en funcionamiento de la distribución de mezclas, lo que se refleja en una menor cantidad de recetas recibidas para el manejo en los almacenes, sin embargo, la demanda de medicamentos se surtió oportunamente a través de la empresa externa mencionada lo que impacta directamente en la prontitud de atención y en la calidad de los insumos proporcionados.</p>
	V1: Recetas surtidas en forma completa a pacientes hospitalizados	9,700	9,700	8,428			
	V2: Total de recetas para pacientes hospitalizados x 100	12,200	12,200	8,647			



	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa (12)	1,070.9	1,070.9	1,076.4	0.5	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en 0.5% en el promedio de consultas por médico adscrito, con respecto a la meta programada de 1,070.9 promedio que lo coloca en el cumplimiento de color verde. Este logro se debió al incremento de nuevas consultas otorgadas por la disponibilidad de suficientes consultorios, así como la optimización de espacios en el turno matutino y la supervisión de los horarios en los biureos de horas de consulta, además de contar con la infraestructura de especialistas que atienden las enfermedades crónicas que los hospitales generales conurbados vecinos y los propios del Distrito Federal, no disponen.
ACTIVIDAD (44)	V1: Número de consultas externas otorgadas en el periodo	210,969	210,969	212,059			
	V2: Número de médicos adscritos a los servicios de consulta externa	197	197	197			EFEECTO: El paciente permanece menos tiempo en espera de su consulta de especialidad por contar con la consulta en bloque, aunque muchos siguen presentándose con mucha antelación a la hora de su cita en forma espontánea, la disponibilidad de consulta vespertina en algunas especialidades de alta demanda como Angiología y Hematología, también han contribuido a este resultado.
	Promedio de estudios de laboratorio por consulta externa (13)	1.7	1.7	1.5	11.8	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en 11.8% en el promedio de estudios de laboratorio realizados por paciente visto en consulta externa, con relación a la meta programada de 1.7, que lo sitúa indebidamente en un semáforo de cumplimiento de color rojo. Esta mínima variación se debió a una menor solicitud de estudios por los médicos, además de haber menor demanda en las solicitudes de estudios de laboratorio por parte de los pacientes, que muchas veces y en forma espontánea deciden realizarse en forma externa con menores costos.
ACTIVIDAD (45)	Número de estudios de laboratorio realizados en el periodo a pacientes ambulatorios	360,000	360,000	317,491			EFEECTO: A pesar del incremento en el número de consultas externas otorgadas, las solicitudes de laboratorio tienen una supervisión para evitar el abuso de derivadas de los médicos residentes y ajustando su indicación clínica a las guías de práctica clínica oficiales, lo que reduce los gastos de cuotas de recuperación que los pacientes realizan.
	Número de consultas externas otorgadas en el periodo	210,969	210,969	212,059			OTROS MOTIVOS: El Hospital no puede influir por otro lado en la demanda externa de consulta externa, ni rechazar algunos estudios realizados en forma externa por los pacientes.
	Promedio de estudios de imagenología por consulta externa (14)	0.1	0.1	0.1	0.0	VERDE	CAUSA: El cumplimiento del indicador fue similar en cuanto a la meta programada de promedio de estudios de imagenología y la cifra final obtenida, lo que lo coloca en el indicador en el semáforo de color verde. Se cumplieron los objetivos satisfactoriamente con la realización de todos los estudios de imagenología solicitados por los usuarios de la consulta externa, sin embargo, hubo una menor demanda derivada de la misma población usuaria, todo en hospitalización que al verse confrontada con costos elevados de los estudios decide no efectuarlos o diferirlos lo cual no se puede obligar por parte de los médicos, por política hospitalaria y en algunos casos el apoyo de trabajo social se valora la exención de pago.
ACTIVIDAD (46)	V1: Número de estudios de imagenología realizados a pacientes ambulatorios	19,190	19,190	13,940			EFEECTO: La decisión por parte de los pacientes de efectuar sus estudios en forma externa, también puede ocurrir y puede comprometer los estándares de calidad sobre todo en estudios de alta definición y en dudas razonables los clínicos al verse ante la necesidad de volver a efectuar el estudio para asegurar la calidad técnica, ya que las características de los equipos de la institución son de primera.
	V2: Número total de consultas externas otorgadas en el periodo	210,969	210,969	212,059			OTROS MOTIVOS: El Hospital no puede influir en la adquisición tanto de la consulta externa por parte de los usuarios, como tampoco en la de estudios de imagen derivados de la misma, también la adquisición de equipo nuevo exclusivo para el estudio de mama con elastografía, lo que nos sitúa en vanguardia tecnológica.
	Ingresos hospitalarios programados (15)	42.9	42.9	50.3	17.2	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en 17.2% de ingresos hospitalarios, con respecto a la meta programada de 42.9%, que lo sitúa indebidamente en el semáforo de cumplimiento color rojo. Sin embargo, los ingresos totales fueron menores en 18.6% en relación a los proyectados en el periodo, fundamentalmente por los costos de atención actuales que tiene el Hospital y que tienen que cubrir los pacientes sobre todo al hospitalarse impactando en el ingreso hospitalario por urgencias. Por otra parte los ingresos hospitalarios programados se alcanzan en un 95.5% con respecto a la meta programada, la diferencia se debió a que algunos pacientes decidieron no hospitalizarse por no alcanzar a cubrir el costo de la cirugía, además de los estudios pre y postoperatorios, cruce de sangre y en algunas ocasiones otros insumos que no están incluidos en el cuadro básico hospitalario. Todo ello a pesar de que los costos del tabulador del Hospital son bajos.
ACTIVIDAD (47)	V1: Ingresos hospitalarios programados	9,025	9,025	8,622			EFEECTO: La disminución de los ingresos tiene un importante efecto hacia la institución en especial en los ingresos económicos por cuotas de recuperación ya que la productividad quirúrgica siempre ha sido importante fuente de ingreso extra al presupuesto federal y a los ingresos por el Seguro Popular.
	V2: Total de Ingresos hospitalarios x 100	21,054	21,054	17,145			OTROS MOTIVOS: Es muy probable que al no ingresar los pacientes sobre todo portadores de padecimientos crónicos, se genere su atención y esto pueda ser peligroso por el riesgo latente que tienen los pacientes de complicarse.
	Promedio de estudios de laboratorio por egreso hospitalario (16)	30.7	30.7	25.7	16.3	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en 16.3% en el promedio de estudios de laboratorio por cada egreso hospitalario, con respecto a la meta programada de 30.7, que lo sitúa indebidamente en el semáforo de cumplimiento en color rojo. Esta variación se debió a varios factores, el más importante de ellos es el tabulador de cuotas de recuperación y al cobro de los estudios que con mayor proporción se realiza en hospitalización así como a las acciones que se están implementando como: reducir las solicitudes de laboratorio en hospitalización con la finalidad de evitar que se dupliquen los estudios, lo cual indirectamente impacta en las cuotas de recuperación de los pacientes, pero también en los ingresos económicos de la institución.
ACTIVIDAD (48)	V1: Número de estudios de laboratorio realizados a pacientes egresados en el periodo	604,215	604,215	445,915			EFEECTO: La realización de pago de los estudios efectuados en el área de hospitalización, crea un ingreso económico extra a la institución y aunque todavía no se alcanza que el 100% de los pacientes paguen, en este rubro las cifras de cobertura de los estudios va en aumento, quedando la opción para quienes tienen dificultad en cubrirlos, el pago dirigido o incluso la exención previo estudio social exhaustivo.
	V2: Total de egresos hospitalarios realizados en el periodo	19,688	19,688	17,353			OTROS MOTIVOS: Dando una prioridad a la cartera básica de atención, los estudios de laboratorio representan para la institución una prioridad y muy ocasionalmente se tiene desabasto en insumos o reactivos debido a los recortes presupuestales o la presión de gasto.

ACTIVIDAD (49)	Promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario (17)	0.9	0.9	0.8	11.1	ROJO	<p><b>CAUSA:</b> El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento menor en 11.1% en el promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario con relación a la meta programada de 0.9 estudios por paciente egresado, que lo sitúa indebidamente en el semáforo de cumplimiento color rojo. Sin embargo, la variación encontrada por egreso hospitalario realizados (14,158), con respecto a los programados (17,112), se debió a la menor solicitud, misma que se explica por mayores costos en imagenología y que al ser solicitados por los médicos clínicos son rechazados en ocasiones por los pacientes, a pesar de las explicaciones de la importancia de efectuarlos.</p> <p><b>EFECTO:</b> Debido a que la cantidad de ingresos no es controlable por el Hospital, no se puede incrementar el número de estudios de imagenología, con la repercusión para la institución al realizar menos estudios y la reducción de los ingresos económicos a través de las cuotas de recuperación, además de que tanto el tomógrafo como la resonancia magnética, equipos con varios años de funcionamiento sin ser sustituidos, presentaron en el año periodos de inactividad por fallas y descomposturas cada vez más frecuentes y por varios días.</p> <p><b>OTROS MOTIVOS:</b> Se continuarán realizando los estudios sobre todo especializados en los que el Departamento de Trabajo Social identifique a pacientes con bajos recursos económicos en donde mediante un ajuste de cuota el paciente pague parcialmente el estudio y se le pueda brindar la atención adecuada. Idealmente se debe reemplazar el equipo radiológico y mientras tanto se continuará con mantenimiento del mismo para que presente el menor número de fallas y descomposturas.</p>
	V1: Número de estudios de imagenología por egreso hospitalario	17,112	17,112	14,158			
	V2: Total de egresos hospitalarios	19,688	19,688	17,353			

## ASPECTOS CUALITATIVOS

### 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			
	2011			2012			2011		2012	
	Autorizado	Modificado	Ejercido	Autorizado	Modificado	Ejercido	Captados	Ejercidos	Captados	Ejercidos
<b>1000</b>	628,664	673,007	672,176	689,914	704,493	699,832	0	0	0	0
<b>2000</b>	136,268	168,968	168,968	130,474	240,223	240,223	94,370	94,370	88,608	88,608
<b>3000</b>	57,869	62,786	62,786	76,826	103,483	103,006	70,708	70,708	64,566	64,566
<b>4000</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>5000</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	44,311	44,311
<b>6000</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>7000</b>	0	0	0	100	100	192	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>822,801</b>	<b>904,761</b>	<b>903,930</b>	<b>897,314</b>	<b>1,048,299</b>	<b>1,043,253</b>	<b>165,078</b>	<b>165,078</b>	<b>197,485</b>	<b>197,485</b>

#### Comportamiento Presupuestal

Para el ejercicio 2012, se contempló un presupuesto modificado de \$1,245,789 miles de pesos, que está integrado por los recursos federales e ingresos propios, ejerciéndose para la operación del Hospital \$ 1,240,738 miles de pesos, que representa el 99.6%.

El presupuesto ejercido de \$1, 240,738 miles de pesos, corresponde a presupuesto pagado, quedando una disponibilidad de \$5,051 miles de pesos, que corresponde a servicios personales distribuidos en los capítulos 1000 y 3000, en relación al presupuesto modificado que representan el 0.4%.

Para el periodo del reporte, se estimó captar ingresos por \$195,573 miles de pesos, logrando captar \$197,485 miles de pesos alcanzando el 100% respecto a lo estimado, derivado principalmente de los apoyos recibidos por parte del Sistema de Protección en Salud, Fondo de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud para la adquisición de equipo médico.

En comparación con el ejercicio 2011, la captación de recursos se incrementó en \$32,407 miles de pesos, lo que representa el 19.6%.

Capítulo 1000 “Servicios Personales”.

Los recursos fiscales modificados ascendieron a \$704,493 miles de pesos, de los cuales se ejercieron \$699,832 miles de pesos, lo que representa el 99.3%, del presupuesto modificado.

Capítulo 2000 “Materiales y Suministros”.

Se obtuvo un presupuesto modificado de \$328,831 miles de pesos, ejerciéndose el 100%.

Capítulo 3000 “Servicios Generales”.

Se obtuvo un presupuesto modificado de \$168,049 miles de pesos, de los cuales se ejercieron \$ 166,266 miles de pesos, lo que representa el 98.9% del presupuesto modificado.

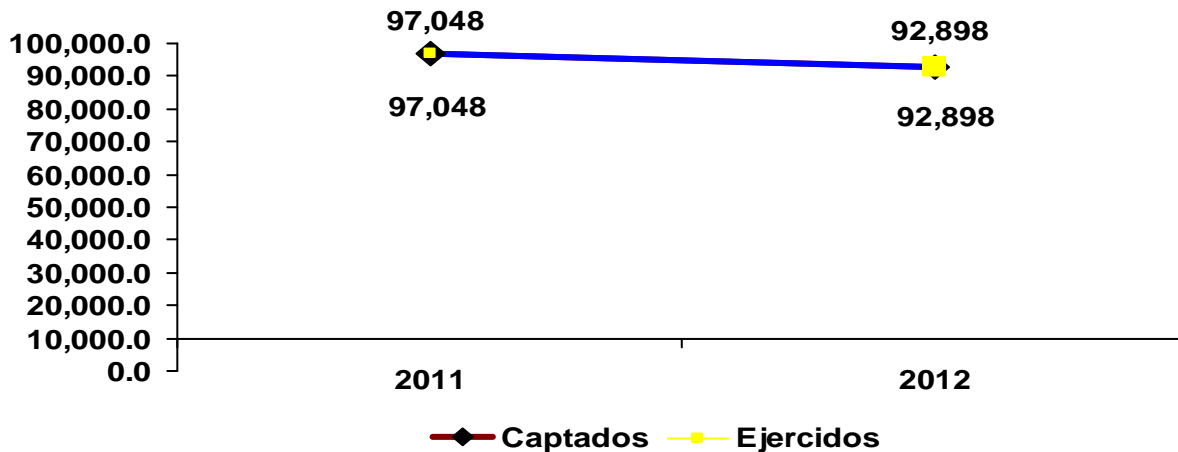
Capítulo 5000 “Bienes Muebles e Inmuebles”.

Se obtuvo un presupuesto modificado de \$44,311 miles de pesos, ejerciéndose el 100%.

Capítulo 7000 “Otras Erogaciones”.

El presupuesto modificado para defunciones y ayudas para traslado de personal fue de \$100 miles de pesos, ejerciéndose \$192 miles de pesos, realizando en tiempo y forma las adecuaciones presupuestales correspondientes.

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

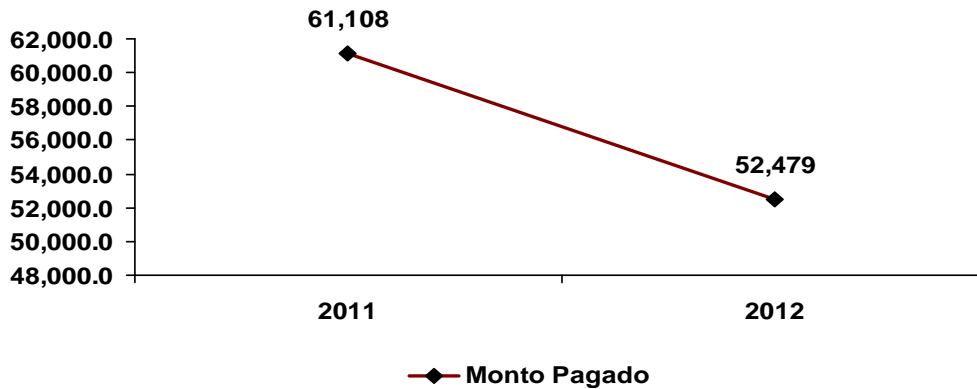


Ingresos	2011	2012	Decremento
Captados	97,048	92,898	4%
Ejercidos	97,048	92,898	
Cumplimiento	100%	100%	

El decremento del 4% en la captación de cuotas de recuperación se debió principalmente a la disminución en los servicios de consulta externa, quirófano, hospitalización y laboratorio clínico.

## Ingresos por Seguro Popular

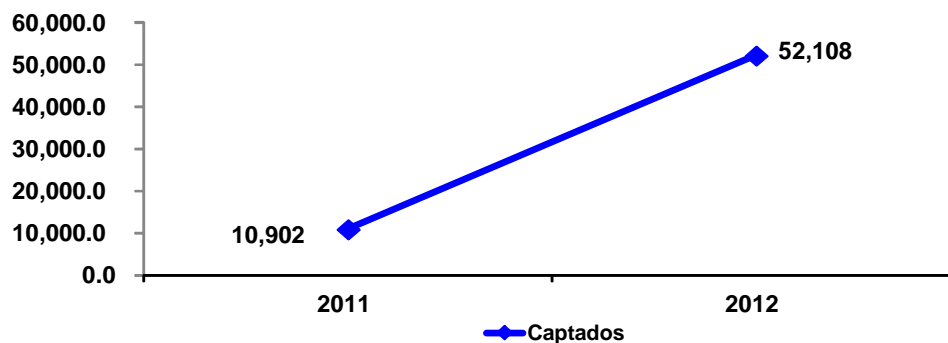
(Miles de Pesos)



Al periodo que se informa, la captación de ingresos por Seguro Popular, presentó una disminución en un 14% con relación al mismo periodo de 2011, sin embargo, aún se tiene un monto pendiente de pago correspondiente a los ejercicios 2011 y 2012 de aproximadamente \$80 miles de pesos.

## Otros Ingresos Propios

(Miles de Pesos)



Ingresos	2011	2012
<b>Captados</b>	<b>10,902</b>	<b>7,797</b> (Sanciones, intereses y rec. Esc, de Enf.)
<b>Fondo del Tabaco</b>	<b>0</b>	<b>44,311</b>
<b>Total</b>	<b>10,902</b>	<b>52,108</b>

### Estados Financieros comparativos.

La información financiera que se presenta, informa cifras definitivas.

### Indicadores Financieros.

Al cierre del ejercicio 2012, el Estado de Situación Financiera del Hospital muestra un índice de liquidez de \$0.22 (veintidós centavos) por cada peso de adeudo y una solvencia inmediata de \$0.97 (noventa y siete centavos), derivado principalmente del Subsidio Federal y del apalancamiento recibido por los proveedores de bienes y servicios para mantener existencias en los almacenes de medicamentos, materiales hospitalarios de operación necesarios para la atención del paciente.

### Balance General.

Las cuentas de disponibilidad inmediata en caja, bancos y valores al periodo que se informa presentan un saldo de \$33,875 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 2012 contra el ejercicio 2011, se comentan a continuación:

La disponibilidad inmediata presenta un decremento neto de \$5,873 miles de pesos derivado de la aplicación de recursos federales recibidos para pago de obligaciones por sueldos y salarios, gastos de operación y de inversión celebrados en el periodo que se informa, correspondientes a los programas del presupuesto autorizado para el mismo periodo.

Almacenes presenta un saldo de \$32,421 miles de pesos y un decremento neto de \$31,213 miles de pesos, compuesto por el consumo de medicamento y de otros insumos requeridos para la atención de pacientes.

El total de pasivo circulante, presenta un saldo de \$150,377 miles de pesos integrado por \$84,994 miles de pesos de proveedores de bienes y servicios, \$11,957 miles de pesos de impuestos y derechos por pagar y \$53,411 miles de pesos en acreedores diversos, comparado con el ejercicio de 2011 se presenta un decremento neto de las obligaciones de pago de \$10,513 miles de pesos.

El patrimonio presenta un incremento neto de \$4,586 miles de pesos al periodo que se informa, derivado del reconocimiento de los movimientos resultantes del inventario de activo fijo y su depreciación.

### **Estado de Resultados.**

El resultado del ejercicio 2012, alcanzó un efecto acumulado positivo de \$3,682 miles de pesos, principalmente por los apoyos recibidos al cierre del ejercicio 2012.

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

En materia de Transparencia y Acceso a la Información se dio cumplimiento a los artículos 7, 25, 28, 45 y 40, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental:

- Se recibieron un total de 234 solicitudes de información, las cuales se respondieron en 11.7 días promedio.
- Se atendieron a 18 usuarios quienes solicitaron tener acceso al Sistema de Solicitudes INFOMEX.
- Se tuvo un recurso de revisión, cuya resolución confirmó la respuesta otorgada por el Hospital.
- Se actualizaron las siguientes fracciones: Fracción II, facultades; fracción III, directorio de servidores públicos del Hospital Juárez de México; fracción IV, remuneración mensual; fracción VII, servicios que ofrece el Hospital; fracción X, auditorías practicadas; fracción XII, concesiones celebradas; fracción XIII, contratos y convenios modificatorios celebrados; fracción XIV, marco normativo; fracción XV, Informes que por disposición legal, generan los sujetos obligados respecto de la publicación de la primera etapa del informe de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y la fracción XVII, información relevante, publicándose las resoluciones del Comité de Información y el Sistema de Datos Personales.
- Derivado del artículo 45, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se tuvieron 12 resoluciones de las cuales el Comité de Información declaró tres prórrogas de tiempo para dar respuesta a la solicitud de información, cinco negativas por ser información reservada, una negativa por ser información confidencial y tres inexistencias de información.
- En lo referente al Sistema de Datos Personales, no se han presentado modificaciones o cancelaciones, de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

- Los informes correspondientes al 2012, fueron remitidos al Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI).

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

### **Adquisiciones.**

<b>Tipo de procedimiento de contratación</b>	<b>No. de procedimientos</b>	<b>Monto total (miles de pesos sin I.V.A)</b>
Licitaciones Públicas Nacionales	20	\$99,146
Licitaciones Públicas Internacionales Bajo la Cobertura de Tratados	4	\$44,937
Licitaciones Públicas Internacionales Abiertas	4	\$25,740
Contrataciones con otras Dependencias o Entidades Art. 1º de la Ley y 4º. del Reglamento	3	\$13,040
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)	1	\$2,318
Contrataciones Dictaminadas por Facultad del Titular de la Dependencia	36	\$35,399
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	38	\$32,168
Invitaciones a cuando menos tres personas (artículo 42 de la LAASSP)	2	\$2,105
Adjudicaciones Directas (Artículo 42 de LAASSP)	1,748	\$100,551
Adjudicaciones Directas por monto realizadas por las unidades administrativas (Artículo 42 de LAASSP)	1	\$152
<b>Total</b>	<b>1,857</b>	<b>\$355,556</b>

Las adquisiciones de bienes y servicios dieron cumplimiento a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, dando prioridad a los procedimientos de licitación pública, con la finalidad de buscar las mejores condiciones de precio, oportunidad y calidad de los bienes y servicios para este Nosocomio.

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

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

### **Programa Nacional de Transparencia y Rendición de Cuentas y Combate a la Corrupción.**

Durante el 2012 se realizaron las siguientes acciones:



### **Programa de Cultura Institucional (PCI).**

- Se realizó el diagnóstico y difusión del segundo cuestionario de cultura institucional.
- Se asistió a cinco reuniones de trabajo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
- Se realizó un plan de acción mediante el acuerdo 5/2012 del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, para el cumplimiento de la Agenda de Compromisos Sectoriales de Cultura Institucional y fueron difundidos dichos compromisos.
- Se difundieron y promovieron mediante carteles, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH), la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) y el Programa Pro Igualdad.
- Se integró el Comité de Quejas y Asesoramiento para casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.
- Se creó la cuenta de correo electrónico para quejas y denuncias de hostigamiento y acoso sexual.
- Se implementaron trípticos en los que se concientiza a la población sobre el hostigamiento y acoso sexual, así como la difusión del Comité.
- Se llevó a cabo la plática de “Sensibilización y No Discriminación por Género” impartida por la Fundación Amicy, A.C.
- Se remitió al Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Programa de Trabajo para combatir el Hostigamiento y Acoso Sexual.
- Se dio cumplimiento a la Norma Mexicana de Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres, obteniendo la certificación respectiva a través de la empresa certificadora *factual services*.
- Se llevó a cabo la conferencia sobre la prevención de cáncer de mama al personal del Hospital y público en general, la cual fue impartida por personal del Centro de Equidad y Género en Salud Reproductiva y Sexual y se otorgaron vales para la realización de mastografías en centros de salud.
- Se llevó a cabo el Taller de Prevención de la Violencia de Género, a fin de conmemorar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.
- Se recibió por parte del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), la evaluación final al Programa de Cultura Institucional durante el 2012, obteniendo una calificación de 10.

### **Programa de Rezago Educativo, “El Buen Juez por su Casa Empieza”.**

- Se hizo un análisis de la base de datos del programa “El Buen Juez, por su Casa Empieza”, en atención al proceso de descriptación que solicitó el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA).
- Se realizó la identificación de servidores públicos con rezago educativo.
- Se hicieron acciones de incorporación al programa de “El Buen Juez, por su Casa Empieza”, mediante carteles e invitaciones a los posibles candidatos.
- Se realizaron 49 sesiones en seguimiento al Programa “El Buen Juez, por su casa empieza”, en coordinación con personal del INEA.

- Se está en espera del oficio que emita el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), que certificará al Hospital como libre de rezago educativo.

### **Transparencia Focalizada.**

- Se recibió por parte de la Secretaría de la Función Pública, la evaluación final al cumplimiento de las consideraciones para la publicación de información y la homologación de información en portales institucionales, obteniendo como calificación el 100%.
- Se actualizó el apartado de Transparencia Focalizada, en cuanto al encabezado y bienvenida, de conformidad con lo requerido por la Secretaría de la Función Pública.
- Se actualizaron en el apartado de Información Socialmente Útil o Focalizada, los horarios de expedición de Certificados de Nacimiento.
- Se agregó un nuevo rubro respecto a la Información Socialmente Útil o Focalizada, con el tema de Tamiz Metabólico Neonatal y Auditivo.
- Se generó un vínculo a la sección del Portal de Transparencia Presupuestario con la liga de “Indicadores de Programas Presupuestarios”, para dar cumplimiento al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia.
- Se actualizó la información contenida en el vínculo de recomendaciones dirigidas al Hospital.
- Se generó el vínculo de “Seguimiento a Programas Sectoriales”.
- Se actualizó la información del vínculo “Participación Ciudadana”.
- Se han realizado las siguientes actividades: actualización, revisión de calidad de contenidos y difusión a través de intranet, circulares y redes sociales como Facebook y Twitter.
- Se recibió la evaluación final de las Acciones de Transparencia Focalizada 2012, por parte de la Secretaría de la Función Pública obteniendo una Calificación de 100.
- Se publicó en el apartado de Datos Abiertos, información estadística relacionada con los Certificados de Nacimiento y Tamiz Metabólico Neonatal y Auditivo.

### **Mejora de Sitios Web.**

- Se cumplió con los reactivos que emitió Presidencia para mejoras de páginas web, obteniendo una calificación de 9.8 otorgado por el Sistema de Internet de Presidencia.
- Se han trabajado en cuanto al contenido de la página web, mejoras de sitio en época de campañas electorales, con apego a la normatividad vigente en materia de difusión gubernamental.
- Se buscó que la información publicada, no incorporara elementos que implicaran la difusión del desarrollo de programas sociales, para evitar la violación de la normatividad al respecto.
- Se atendió la observación realizada por el IFAI, respecto a que los boletines con fines informativos publicados en la página web, no se restringieran de la página institucional siempre y cuando, se sujeten a la prohibición constitucional respecto de propaganda política y electoral.
- Se recibió la evaluación emitida por la Secretaría de la Función Pública, en la que se obtuvo una calificación de 10.

- Se realizaron acciones encaminadas a cubrir las necesidades tecnológicas y criterios establecidos por el Sistema de Internet de Presidencia (SIP), con el propósito de realizar una labor constante y comprometida con la mejora de páginas web, en cuanto a los rubros de: arquitectura, imagen institucional, tecnología, accesibilidad, calidad en el servicio y contenidos.

### **Blindaje Electoral.**

- Se llevaron a cabo las acciones de Blindaje Electoral del Proceso Electoral Federal y Estatal 2012, con la publicación de la Guía del Programa la difusión de formatos de inicio de la implementación de acciones.
- Se ha trabajado en cuanto el contenido de la página web, respecto, en mejoras del sitio en época de campañas electorales con apego a la normatividad vigente en materia de difusión gubernamental.
- Se realizaron revisiones a la página web, para atender las recomendaciones en materia electoral, a fin de proteger los contenidos de información electoral, con apego a la normatividad vigente en materia de difusión gubernamental y mantenimiento la neutralidad durante esa época electoral.
- Se tomaron medidas preventivas respecto del monitoreo de equipos de cómputo, para dar cumplimiento a lo establecido por el IFE en el Programa de Blindaje Electoral, con lo que se vigiló y garantizó el proceso electoral respecto a la difusión de propaganda electoral dentro de las instalaciones del Hospital.
- Se llevó a cabo el monitoreo del inmueble, libre de cualquier tipo de propaganda electoral, así como del uso exclusivo para los fines establecidos.
- Se vigiló que el ejercicio presupuestal se utilizara para los fines exclusivos de las actividades de este nosocomio.
- En cuanto a la prevención de ausentismo de servidores públicos, provocado por asistencia a eventos o actividades partidistas durante la jornada laboral, la Subdirección de Recursos Humanos vigiló el cumplimiento de horarios y permanencia del personal en los servicios.
- Se participó en el curso Integral de Blindaje Electoral FEPADE 2012 en línea, a fin de capacitar a los servidores públicos para conocer y tomar las medidas necesarias para evitar los delitos electorales dentro y fuera de las instalaciones.
- Se procuró mantener el Portal Institucional, con contenidos de carácter estrictamente informativo respecto de trámites y servicios, absteniéndose de publicar información relativa a logros y avances, por indicaciones del Instituto Federal Electoral, restringiendo su publicación durante el periodo electoral.
- Se suprimieron las referencia visuales y auditivas a programas de Gobierno o slogans incluido "Vivir mejor".
- Se buscó que la información publicada no incorporara elementos que implicaran la difusión del desarrollo de programas sociales, para evitar influir en las preferencias electorales.
- Se recibió la evaluación emitida por la Secretaría de la Función Pública, en la que se obtuvo una calificación de 10.

### **Participación Ciudadana.**

- Se publicó la evaluación final correspondiente al ejercicio 2011, correspondiente a la Implementación de la guía de participación ciudadana, obteniendo la calificación de 10.
- Se solicitó a la Secretaría de la Función Pública, la No Aplicación del Programa de Participación Ciudadana para el Ejercicio 2012, en virtud de que se encuentra dirigido a entidades que tienen programas con asignación de recursos económicos, en cumplimiento con el factor “Cobertura”, de la guía de participación ciudadana.
- Se actualizó la información correspondiente a Aval Ciudadano.
- Se recibió la Evaluación Final emitida por la Secretaría de la Función Pública, en la que se confirmó la No Aplicación (NA) del Programa para el Ejercicio 2012 del Hospital.

### **Lineamientos Generales para el Establecimiento de Acciones Permanentes que Aseguren la Integridad y el Comportamiento Ético de los Servidores Públicos en el Desempeño de sus Empleos, Cargos o Comisiones (Comité de Ética).**

- Se atendió la recomendación de la Secretaría de la Función Pública para la designación del Secretario Ejecutivo del Comité de Ética.
- Se creó el Comité de Ética en el Hospital Juárez de México.
- Se creó el Código de Conducta para el Hospital Juárez de México.
- Se remitió el Programa de Trabajo del Comité de Ética a la Secretaría de la Función Pública.
- Se recibieron los criterios de cumplimiento emitidos por la Secretaría de la Función Pública en los siguientes rubros: Comité de Ética, Código de Conducta, PAT e Indicadores de evaluación.
- Se solicitó al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT) del Hospital, la publicación de los indicadores de cumplimiento del Código de Ética en la página web institucional.
- Se está a la espera de la evaluación final que emita la Secretaría de la Función Pública en dicho rubro.
- El Comité de Ética sesionó en nueve ocasiones y recibió dos quejas durante el 2012.

### **Programas Sectoriales.**

- Se generó un vínculo de “Seguimiento a Programas Sectoriales”, en la página web institucional.
- Se llevó a cabo la difusión de resultados y transparencia de los programas del Plan Nacional de Desarrollo en el portal Institucional, conforme a los lineamientos emitidos por la Secretaría de la Función Pública.
- Se recibió la evaluación emitida por la Secretaría de la Función Pública, con una calificación de 10.

### **Cadenas Productivas.**

El Hospital informa a los proveedores que pueden adherirse al Programa de Cadenas Productivas, con la finalidad de hacer efectivas sus facturas y agilizar su pago, al periodo

que se informa se cuenta con un total de 520 proveedores inscritos en este programa, 158 proveedores con cuentas por pagar registradas, 4,076 documentos registrados con un plazo promedio de pago de ocho días, con un importe de \$235,623 (miles de pesos).

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

Concepto	Unidad	Consumo programado anual 2012	Consumo realizado Anual 2012	Variación
ENERGÍA ELÉCTRICA	KWS	4,300,000	4,036,592	-6%
FOTOCOPIADO	COPIA	2,000,000	1,952,215	-2%
AGUA POTABLE	M3	120,000	110,646	-8%
TELEFONÍA LOCAL	LLAMADA	320,000	269,531	-16%
TELEFONÍA L.D.	LLAMADA	2,000	3,138	57%
GASOLINA	LITRO	17,500	15,020	-14%

Energía Eléctrica. Se reporta un ahorro en un 6% por debajo de la meta estimada, como resultado de la aplicación de acciones tendientes al ahorro de energía eléctrica, instalando alumbrado de consumo bajo de energía, reactores electrónicos y mantenimiento a la red eléctrica.

Fotocopiado. Se reporta un ahorro en un 2% por debajo de la meta estimada, debido a la concientización efectuada al personal sobre el uso racional del servicio.

Agua Potable. Se reporta un ahorro en un 8% por debajo de la meta estimada, debido a la concientización efectuada al personal sobre el uso racional del servicio y por el mantenimiento en la red de agua potable y drenajes.

Telefonía local. Se reporta un ahorro en un 16% por debajo de la meta estimada, debido a la concientización del personal para realizar llamadas sólo para asuntos oficiales y de la implementación del tarificador, con el cual se tiene un control detallado de las extensiones telefónicas que realizan llamadas permitidas.

Telefonía L.D. Se reporta un incremento en un 57% por arriba de la meta estimada, debido a que el Hospital participó en el evento "G-20" que se realizó durante el mes de junio en el Estado de Baja California Sur, teniendo comunicación constante con los directivos que asistieron a dicho evento. Cabe señalar que se implementó el tarificador con el cual se tiene un control detallado de las extensiones telefónicas que realizan llamadas permitidas.

Gasolina. Se reporta un ahorro en un 14% por debajo de la meta estimada (no obstante al incremento en el costo del combustible), debido a la aplicación de controles tales como, el uso de bitácoras para el registro de salidas de vehículos y que los traslados de personal sean únicamente de carácter oficial.

En seguimiento al Protocolo de actividades para la implementación de acciones de eficiencia energética en inmuebles, flotas vehiculares e instalaciones de la Administración Pública Federal, el Hospital realizó las siguientes acciones durante el 2012:

- Se elaboró el Programa de Trabajo del Protocolo de actividades para la implementación de acciones de eficiencia energética, el cual fue enviado a la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía (CONUEE).
- Se reestructuró el Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía Eléctrica.
- Se realizó el estudio y dictamen de la red eléctrica del Hospital para determinar la eficiencia y eficacia de la misma en su funcionamiento.
- Se cambiaron 420 luminarias de 78 watts por sistemas de "leds" de 14 watts distribuidas en los servicios de enseñanza, investigación, terapia intensiva coronaria, terapia intensiva de adultos, rehabilitación, áreas comunes fuera de los elevadores y pasillos de hospitalización.
- Se cambiaron 350 lámparas incandescentes de 39 watts por lámparas normales de 32 watts.
- Se realizó mantenimiento mayor a los motores de los elevadores para hacer más eficiente su consumo eléctrico.
- Se entregó a la Dirección General Adjunta de la Gestión para la Eficiencia Energética el Dictamen técnico del estado real que guarda la red eléctrica, el cual contiene un diagnóstico general, alternativas y especificaciones para el proyecto del Expediente Clínico Electrónico (ECE), proyecto y catálogos de conceptos para licitación de acondicionamiento de la red eléctrica para el ECE y actualización del diagrama unifilar.
- Se realizó la contratación de trabajos de mantenimiento de la red eléctrica para los tableros principales, tableros secundarios y cambio de aproximadamente 150 luminarias adicionales de consumo normal por ahorradoras.

**Programa Nacional de Reducción del Gasto Público.**

**HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO**

**PROGRAMA NACIONAL DE REDUCCIÓN DE GASTO PÚBLICO 2010-2012**

COMPROMISOS 2012		AREAS RESPONSABLES	ACCIONES REALIZADAS DURANTE EL 2012
Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012 (De las disposiciones de austeridad, ajuste del gasto corriente, mejora y modernización de la gestión pública)	Oficio Circular 307-A.-0917 de la Subsecretaría de Egresos		
<b>Art. 18 Fracción I.</b> No se crearán plazas en nivel alguno, con excepción de educación, refiriéndose al personal docente correspondiente a educación especial, preescolar, secundaria, media superior y superior, de salud, defensa nacional, marina, de la procuraduría general, personal especializado en materia de comunicaciones y transportes y seguridad pública.	<b>Capítulo II, Sección IV, Número 18.</b> Las dependencias y entidades deberán reducir de manera adicional al menos 2.5 % de su inventario de plazas en las oficialías mayores y áreas equivalentes.	Subdirección de Recursos Humanos	De acuerdo al segundo párrafo de la Sección II, Ambito de aplicación, de la normativa difundida por Subsecretaría de Egresos, Unidad de Políticas y Control Presupuestario de la S.H.C.P. en el que dice textualmente: "Se excluye de estas disposiciones a la Secretaría de la Defensa Nacional y a la Secretaría de Marina. Asimismo, se dará tratamiento específico a las actividades de seguridad pública y nacional, así como a las actividades docentes en escuelas de todos los niveles educativos y en centros de investigación y de atención médica en clínicas y hospitales, razón por la cual se giro oficio DA/SRH718/11 a la Directora General de Recursos Humanos, Lic. Lucia Andrade Manzano, para que se realice el planteamiento ante la Unidad de Política y Control Presupuestario, para que esta unidad Hospitalaria quedara exenta de ésta reducción de gasto.
<b>Art. 18, Fracción II.</b> No se autoriza incremento salarial en términos reales para mandos medios y superiores ni para personal de enlace. Los incrementos que, en su caso, se otorguen al personal operativo, de base y de confianza, y categorías, se sujetarán a los recursos aprobados específicamente para tales efectos en los Anexos 6 y 15 de este Decreto y tendrán exclusivamente como objetivo mantener el poder adquisitivo de dichos trabajadores respecto del año 2011		Subdirección de Recursos Humanos	No se ha autorizado incremento al tabulador emitido por la SHCP con vigencia de aplicación del 1 de enero a la fecha que se informa.
<b>Art. 18 Fracción V.</b> No procederá la adquisición de mobiliario para oficinas, con excepción de las relacionadas con actividades de protección a migrantes en territorio nacional, mexicanos		Subdirección de Recursos Materiales	Al periodo que se informa no se ha realizado ninguna adquisición de bienes muebles para oficinas o áreas administrativas.
<b>Art. 18 Fracción VI</b> No procederán erogaciones para remodelación de oficinas públicas, salvo aquéllas que sean estructurales y no puedan postergarse o las que impliquen una ocupación más eficiente de los espacios en los inmuebles y generen ahorros en el mediano plazo, las que se requieran para el manejo del desempeño de las actividades de protección a migrantes en territorio nacional, a mexicanos en el exterior, para servicios consulares y las que tengan por objeto de garantizar la accesibilidad total del inmueble;		Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Se llevaron a cabo adecuaciones en áreas estratégicas del Hospital que brindan atención directa a pacientes y que han permitido eficientar los espacios y generar ahorros en el corto plazo como son: la unidad de cuidados intensivos coronarios ,la clínica de catéteres, consultorios de urgencias, unidad de cuidados intensivos pediátricos y trabajo social. Además se adecuaron las cajas de cobro de consulta externa así como una remodelación en las cocinetas de hospitalización y en la cocina, las celdas de cimentación, el tanque terapéutico y el tanque de rehabilitación.
<b>Art. 18 Fracción VII.</b> No procederá la adquisición de vehículos, salvo aquéllos que resulten indispensables para prestar directamente servicios públicos a la población, así como tratándose de los ramos de Defensa Nacional, Marina, Seguridad Pública y Procuraduría General de la República, así como los necesarios para las actividades productiva de la Comisión Federal de Electricidad y de		Subdirección de Recursos Materiales	No se han realizado por parte de esta Unidad Hospitalaria ninguna compra de automóviles, el parque vehicular con el que se cuenta actualmente para brindar el servicio de transporte, se ha obtenido por medio de donacion.

<p><b>Art. 18 Fracción VIII.</b> Realizarán la contratación consolidada o al amparo de los contratos marco vigentes de materiales y suministros; servicios, incluyendo telefonía, mantenimiento de bienes muebles e inmuebles, fotocopiado, vigilancia, boletos de avión, vales de despensa, medicamentos, entre otros, siempre y cuando se asegure la obtención de ahorros y de las mejores condiciones para el Estado en cuanto a calidad, precio y oportunidad disponibles, y se observen los principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia, imparcialidad y honradez previstos en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Adicionalmente, utilizarán la modalidad de ofertas subsecuentes de descuentos en las licitaciones públicas que realicen cuando los bienes a adquirir o servicios por</p>	<p><b>Capítulo II, Sección V, Número 35.</b> Las dependencias y entidades, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, promoverán la adopción de contratos marco, así como la utilización de esquemas de ofertas subsecuentes de descuento para la adquisición de bienes y servicios y contratación de obra pública en la Administración Pública Federal de conformidad con la legislación en la materia.</p>	<p>Subdirección de Recursos Materiales</p>	<p>Al periodo se han realizado procedimientos de contratación que dan cumplimiento al artículo 134 Constitucional. Respecto de la consolidación de bienes, este hospital tiene vigente un contrato de aseguramiento de Bienes Patrimoniales cuya Licitación la realizó la Secretaría de Salud a nivel central durante el 2011 y que este nosocomio se consolidó de acuerdo con los bienes de que dispone, optimizando los recursos asignados para este concepto. Para el año se solicitará la autorización para la ampliación del contrato con base en lo establecido en el artículo 72 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.</p>
<p><b>Art. 18 Fracción IX.</b> La reducción en el gasto administrativo y de operación, señalado en el Programa Nacional de Reducción de Gasto Público, de los siguientes conceptos, entre otros:</p> <p>a) Contrataciones por honorarios y eventuales; b) Viáticos, pasajes y gastos de representación; c) Asesorías, consultorías y capacitación; d) Erogaciones relacionadas al pago de horas extras, y e) Costos de operación incluyendo servicios, materiales y suministros;</p>	<p>Capítulo II, Sección V, Número 23. Las dependencias y entidades reducirán al menos 6% anual en cada uno de los conceptos de gastos que se describen a continuación:</p> <p>a) asesoría y consultorías b) estudios e investigaciones c) congresos y convenciones d) donativos e) combustibles para vehículos asignados a servidores públicos y destinados a servicios administrativos f) servicios relacionados con la certificación de procesos g) mantenimiento, remodelación y conservación de oficinas públicas h) mantenimiento y conservación de vehículos i) pasajes y viáticos nacionales y en el extranjero j) gastos para alimentación de los servidores públicos de mando k) gastos de impresión, publicación y difusión de libros y folletos que no correspondan a la prestación de servicios públicos. Las adecuaciones presupuestarias relacionadas con estos conceptos requerirán autorización de la SHCP.</p>	<p>Subdirección de Recursos Financieros Subdirección de Recursos Humanos Subdirección de Recursos Materiales Subdirección de Conservación y Mantenimiento</p>	<p>En el periodo enero a diciembre 2012 se destinó un monto de \$ 513,972.61 por conceptos de pasajes, capacitación y viáticos y en el año 2011, un monto de \$312,772.92, el incremento en los recursos ejercidos se debió principalmente a los recursos adicionales que se recibieron por la participación del Hospital en el G-20. En lo referente a gastos para alimentación de los servidores públicos de mando, para el ejercicio 2012 se tiene un monto ejercido de \$ 14,333.00 y en el año 2011 un monto de \$ 17,973.50, derivado de las actividades del Director General. Se ha logrado mantener los márgenes aceptables en el abastecimiento de gasolina, ya que se ha optimizado al máximo el uso de los vehículos, se continúa con la revisión permanente de las unidades para determinar la baja de automóviles que tengan un alto consumo de gasolina o por el año de fabricación representan un alto costo en mantenimiento y refacciones. No se han realizado trabajos de remodelación en oficinas, se han realizado trabajos de mejora y optimización de espacios. Dichos trabajos se han realizado con personal y recursos propios, se adecuó el área de central de mezclas y los muebles tanto de la Dirección General como de la Dirección Administrativa fueron diseñados y elaborados por nuestro departamento de carpintería. Así mismo se informa que derivado de que durante el mes de septiembre se llevó a cabo el proceso de certificación del Hospital el pago de horas extras aumentó en un 32% en relación al trimestre anterior.</p>



<p><b>Art. 18 Fracción XII.</b> Las dependencias y entidades deberán coordinarse con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para actualizar los programas de trabajo en los que se definen estrategias y metas concretas para avanzar en la implementación del pago de forma electrónica, mediante abono que realice la Tesorería de la Federación, a las cuentas bancarias de:</p> <p>a) Los beneficiarios de los programas de subsidios;</p> <p>b) Los servidores públicos, por concepto de pago de nómina;</p> <p>c) Los proveedores de bienes y servicios;</p> <p>d) Las personas contratadas por honorarios, incluyendo a aquéllas que faciliten la entrega de apoyos en especie a los beneficiarios de los programas de subsidios. La información relativa a estas contrataciones deberá publicarse en los términos previstos en el artículo 27 de este Decreto, y</p> <p>e) Los beneficiarios de las pensiones a cargo del Gobierno Federal.</p> <p>Lo anterior, salvo aquellos casos en que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público determine la imposibilidad física, geográfica u operativa para tal efecto, o bien que este medio de pago no sea eficiente por su costo.</p> <p>Los programas de trabajo deberán establecer, como fecha límite para implementar los pagos de forma electrónica el mes de agosto de 2012, debiendo incluir dicha información en el Informe Trimestral sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública correspondiente al segundo trimestre;</p> <p>Las dependencias y entidades informarán a la Tesorería de la Federación, a más tardar el 15 de febrero, sobre las erogaciones que realizarán en moneda extranjera, de</p>	<p><b>Capítulo II, Sección V, Número 38.</b> Los programas de trabajo deberán establecer, como fecha límite para implementar los pagos de forma electrónica el mes de diciembre 2012.</p>	<p>Subdirección de Recursos Financieros Subdirección de Recursos Humanos</p>	<p>Se ha solicitado a los proveedores del Hospital documentación de cuentas bancarias para realizar el pago de sus facturas vía transferencia electrónica y reducir así el número de cheques que son emitidos por este rubro, cabe señalar que se han incorporado a esta modalidad 200 proveedores a los cuales ya se les paga por transferencia bancaria.</p> <p>Se solicitó a la Subdirección de Recursos Humanos implementar los mecanismos necesarios a fin de lograr que todos los trabajadores del Hospital cobren a través de transferencia bancaria y se reduzca el número de cheques, por lo que se continúan con estrategias para captar más empleados para el pago de forma electrónica, actualmente se cuenta con el 93% de los trabajadores en esta modalidad, cabe mencionar que las Condiciones Generales de Trabajo establece que éste medio de pago es opcional para los trabajadores.</p> <p>Con la finalidad de atender la implementación del pago de nómina a través de medios electrónicos (dispersión a través de la Tesorería de la Federación) se tuvo una reunión de asesoría con la C.P. Hilda Romero Osorio, Directora de Control del Ejercicio Presupuestal, para que informara como realizar dicho proceso, por lo que se envió oficio número 0042, de fecha 02 de agosto 2012, dirigido a la Contadora Pública antes mencionada, solicitando un usuario vinculador con el SIAFF, derivado de que dicha cuenta será operada por la Subdirección de Recursos Humanos, se solicitó el manual para la realización del software para la captura de trabajadores y a su vez emita el archivo dispersor de nómina. Por lo anterior la Subdirección de Recursos Humanos implementó los mecanismos con los cuales a partir de la Qna 19 (1a de Octubre 2012) se realizó el pago a través de la Tesorería de la Federación.</p>
<p><b>Art. 18 Fracción XIV.</b> En materia de seguros sobre personas y bienes, las dependencias y entidades que tengan contratadas pólizas de seguros deberán llevar a cabo las acciones necesarias para incorporarse a las pólizas institucionales coordinadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, siempre y cuando dicha incorporación represente una reducción en el gasto que tenga que realizar por concepto de pago de primas. Asimismo, las dependencias y entidades serán responsables del aseguramiento de la infraestructura a su cargo, para lo cual la contratación de los servicios correspondientes se realizará en forma consolidada,</p>		<p>Subdirección de Recursos Humanos Subdirección de Recursos Materiales</p>	<p>Al periodo que se informa se cuenta con los seguros sobre personas como prestaciones, los cuales están normados por el Manual de percepciones y prestaciones de los servidores públicos de la Administración Pública Federal y son contratados a través de procesos de licitación pública consolidada que realiza la SHCP. Asimismo se tienen asegurados los Bienes Patrimoniales con la Secretaría de Salud y se cuenta con un Contrato Multianual 2011-2012. Para el año 2013 se solicitará la autorización para la ampliación del contrato con base en lo establecido en el artículo 72 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.</p>

	<p><b>Capítulo II, Sección V, Número 28.</b> Las dependencias y entidades que tengan en uso inmuebles federales, en coordinación con la instancia competente en la materia, continuarán con la actualización del Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal, e identificarán aquellos que requieran regularizar su propiedad o formalizar su destino para continuar utilizándolos o afectarlos a más tardar en el ejercicio fiscal 2012. Esto en el marco de la Ley General de Bienes Nacionales.</p>	<p>Unidad Jurídica</p>	<p>El 27 de enero del 2012, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el ACUERDO por el que se desincorporó del régimen de dominio público de la Federación el inmueble con una superficie de 61,968.96 metros cuadrados integrados por dos fracciones, ubicado en el número 5160 de la avenida Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, Distrito Federal y se autorizó su donación a favor del Organismo Descentralizado Hospital Juárez de México a efecto de que lo continúe utilizando como un centro hospitalario. El 07 de febrero de 2012 se recibió oficio No. DTASC/DC/493/2012 mediante el cual el Director General del Patrimonio Inmobiliario Federal del Instituto Nacional de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales envía proyecto de contrato de donación a fin de que se hagan las observaciones que se considere pertinentes y se remita de nuevo y se elabore el contrato definitivo. Actualmente se cuenta con un avance del 95% ya que se cuenta con la firma del contrato de donación de desincorporación, el cual ya fue inscrito en el Registro Público de la Propiedad Federal y sólo falta su inscripción ante el Registro Público de la Propiedad Local del Distrito Federal. Así mismo actualmente se está realizando la tramitación de los certificados de Zonificación y de Libertad de Gravamen ante la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda del Distrito Federal (SEDUVI) y el Registro Público de la Propiedad y de Comercio, respectivamente y las gestiones para la actualización del Avalúo del inmueble.</p>
	<p><b>Capítulo II, Sección V, Número 32.</b> Las dependencias y entidades registrarán en el Módulo de Presupuesto Comprometido de la SHCP, a más tardar diez días hábiles después de haber adquirido el compromiso, los contratos por tipo de bienes y servicios, costos, proveedor o contratista, modelo de licitación, condiciones de devengo y vigencias, entre otros.</p>	<p>Subdirección de Recursos Materiales</p>	<p>La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios envía de manera regular a la Subdirección de Recursos Financieros la información de los compromisos que se llevan a cabo con los datos necesarios para proceder a su registro en el módulo de Presupuesto Comprometido (PCOM) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).</p>
	<p><b>Capítulo II, Sección V, Número 33.</b> Las dependencias y entidades elaborarán un programa de compras gubernamentales que contenga los requerimientos de bienes y servicios básicos y complementarios y deberán determinar aquellos bienes y servicios susceptibles de consolidación. Las dependencias y entidades promoverán ante la Secretaría de la Función Pública el desarrollo de un banco de información de cotizaciones, proveedores, bases de licitación y especificaciones técnicas por cada bien o servicio, a fin de construir referentes sobre el comportamiento de precios de los bienes y servicios que ha adquirido el sector público.</p>	<p>Subdirección de Recursos Materiales</p>	<p>Al periodo que se reporta se ha realizado la integración y envío a la Secretaría de la Función Pública del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios 2012 de este Nosocomio, mediante la plataforma Compranet se ha consolidado el registro de propuestas derivadas de las Licitaciones Públicas realizadas por esta Unidad Hospitalaria, a fin de dar a conocer las características técnicas y económicas de las empresas participantes en cada evento. Cabe señalar que en la actualidad los procesos de Licitaciones Públicas ya se realizan en forma electrónica exclusivamente dando cumplimiento a los lineamientos normativos emitidos por la Secretaría de la Función Pública durante el 2011 y al periodo que se informa se dan inicio los trabajos para el Programa Anual de Adquisiciones 2013.</p>
	<p><b>Capítulo II, Sección V, Número 37.</b> Las dependencias y entidades analizarán sus inventarios para mejorar sus políticas de mínimos y máximos, con el propósito de optimizar el manejo de sus almacenes. Con base en estos criterios, las dependencias y entidades ordenarán su programa de compras del ejercicio fiscal de 2010 y realizarán en su caso, esquemas de optimización para el ejercicio fiscal de 2012.</p>	<p>Subdirección de Recursos Materiales</p>	<p>Con base en el análisis de mínimos y máximos se elaboró el Programa de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público para el presente ejercicio pudiendo optimizar el manejo de los almacenes del Hospital. Así mismo mediante reportes semanales se da un seguimiento al desabasto, lento y nulo movimiento, lo que permite realizar un análisis para conocer las variables de consumos.</p>

## Trámites, Servicios, Programas y/o procesos (TSPP)

No Aplica

### Programa de Mediano Plazo (PMP).

Durante el 2012, la CCINSHAE participó activamente con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud (DGPOP) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para definir los programas presupuestales y los indicadores a reportar en el contexto del PMP los cuales fueron:

Programa Presupuestal	Indicador propuesto
E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"	Egresos hospitalarios por mejoría
E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"	Eficiencia terminal de especialistas médicos

Sin embargo, no existió plataforma alguna para reportar los avances de los indicadores, no obstante estos fueron reportados oportunamente en el Sistema de Indicadores de Gestión 2012 y sus resultados se encuentran reflejados en los apartados correspondientes de este informe, Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2012 del Programa Presupuestal E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud" y E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud".

### Programa de Mejora de la Gestión.

Durante el 2012, el Hospital realizó las siguientes actividades para dar cumplimiento a los Proyectos Transversales e Institucional del PIMG.

#### Proyecto 1 "Mejora del proceso de captación de cuotas de recuperación"

##### I.- Objetivo

El objetivo del proyecto a nivel sector fue la determinación de criterios, establecimiento de políticas y análisis de procedimientos y procesos con respecto a la determinación de las cuotas de recuperación.

De acuerdo al plan, el entregable a nivel transversal era contar con una metodología de cálculo para el costo real de la consulta externa, sin embargo, este producto no se logró debido a que no fue posible unificar el proceso en las unidades hospitalarias. Otro factor que contribuyó a esta situación es que no todas las instituciones cuentan con un área de costos.

No obstante, el Hospital Juárez de México enfocó sus esfuerzos para mejorar el proceso de cuotas de recuperación, agilizar el pago de los servicios e incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios.

##### II.-Situación previa

- Había largas filas de espera para hacer pagos. En promedio el trámite tardaba 1 hora.

- El nivel de satisfacción de los usuarios respecto al trámite de pago era cinco.
- Los usuarios calificaron con seis el desempeño de los servidores públicos que participan en el trámite.
- La información disponible para realizar el trámite era insuficiente, situación que se reflejó en el seis de calificación que otorgó el usuario.
- El proyecto inició con 25 quejas relacionadas.
- El área de cajas estaba descuidada, lo cual daba mala imagen ante el usuario.
- Había molestia en los usuarios debido a que en las cajas no tenían “cambio”.
- Se aceptaban tarjetas de crédito y débito por un importe mínimo a pagar por \$200.00.

### **III.-Acciones realizadas**

#### **Con la CCINSHAE**

- Integración del diagnóstico situacional.
- Listado priorizado de problemas.
- Elaboración de carta-proceso tipo correspondiente al procedimiento que nos ocupa.
- Integración del listado de puntos críticos en el proceso.
- Participación en el taller de priorización y análisis del proceso; elaboración del informe.
- Propuesta de diagnóstico validado por las unidades médicas involucradas.
- Propuesta de modelo general de procedimiento de captación de cuotas de recuperación.
- Informe del taller de homologación de criterios.
- Integración del tablero de control y resultado de mediciones.
- Cálculo de costo real promedio por unidad.

#### **En el Hospital.**

- Se adicionó una caja de cobro en el área de cajas principales (cinco cajas).
- Se dotó de “cambio” a las cajas; al iniciar la jornada el personal cuenta con un fondo de \$200.00.
- Se designó una persona que monitorea que los cajeros cuenten con cambio.
- Se incluyeron recomendaciones al reverso del recibo de pago, donde se invita al usuario a realizar en forma anticipada el pago de consultas programadas.
- Monitoreo y supervisión del pago a través de cámaras de seguridad.
- Se amplió la memoria de cuatro computadoras del área de cajas a fin de hacerlas más eficientes.
- Se da mantenimiento trimestral preventivo a todo el equipo de cómputo e impresoras, a fin de evitar fallas que detengan la operación.
- Derivado de la verificación física al área de cajas, se hizo el levantamiento de necesidades de rehabilitación y acondicionamiento para mayor comodidad de los usuarios y del propio personal. Se instalaron asientos para los pacientes y sus familiares.
- Se cuenta con un módulo de costos de los servicios hospitalarios, en el que se informa a los usuarios el importe a pagar previo a pasar al área de cajas.

- Se estableció un procedimiento para reembolsar al usuario el pago por servicios no prestados.
- Se mejoró la iluminación del área y se reubicaron los tableros electrónicos.
- Levantamiento de encuestas de satisfacción a los usuarios.
- Medición del tiempo que tarda el trámite.
- Se capacitó al personal de Tesorería y cajas, en temas de trato digno y calidad en el servicio al público.
- Elaboración de trípticos con información relevante para el usuario.

## **VI. Conclusiones**

- El proyecto concluyó todas sus etapas en tiempo y forma y ha demostrado su utilidad en la agilización del proceso de pago y reembolso por servicios hospitalarios.
- Se proporciona mayor información al usuario a través de trípticos que contienen recomendaciones para agilizar el trámite de pagos y reembolsos. Esto se puede asegurar gracias a la última medición realizada, en la que los usuarios calificaron este rubro con nueve, que fue la meta programada por la institución.
- Se incrementó la satisfacción de los usuarios, toda vez que inicialmente el usuario calificó con cinco este rubro y en la última medición se alcanzó la meta programada de nueve. Asimismo, disminuyeron sustancialmente las quejas, de 25 a una.
- Se redujeron los tiempos para el cobro de los servicios, de una hora a siete minutos en promedio.

## **Proyecto 2 “Cita médica telefónica y/o por internet”**

### **I.- Objetivo**

EL Hospital Juárez de México tiene como objetivo implementar progresivamente el Sistema de Cita Médica Telefónica, a fin de reducir el tiempo que tarda la solicitud de pre consulta y hacer más accesible el trámite.

### **II.-Situación previa**

El Hospital Juárez de México, sólo proporcionaba las citas médicas de modo presencial y para obtenerlas, los pacientes o sus familiares se desplazaban desde sus lugares de residencia hasta las instalaciones de esta unidad médica, además de no ser ajeno a la problemática presentada en la mayoría de las instituciones de salud pública como lo siguiente: llegar de madrugada, formarse en largas filas, enfrentarse a las inclemencias del clima, además de correr el riesgo de ser presas de abusadores que ofrecían fichas por un costo económico variable o la renta de objetos para sentarse en las horas de espera, todo lo anterior con la finalidad de obtener una ficha para la preconsulta. Por otra parte, existe el riesgo de no alcanzar a pasar a consulta ese día (sobre todo los días con mayor demanda) y regresar nuevamente otro día.

El tiempo de espera estimado para todo el trámite (desde que el paciente llega al Hospital hasta que pasa al consultorio médico) oscilaba entre dos y hasta seis horas.

Asumiendo la problemática antes expuesta, el HJM se incorporó al Proyecto Transversal de Cita Médica Telefónica y/o por Internet, con la finalidad de cumplir con las acciones planeadas en un Programa de Trabajo General y Específico, para estar en posibilidades de ofrecer a los usuarios de este nivel de atención médica una forma fácil, rápida y cómoda para programar su cita médica en forma telefónica.

Cabe mencionar que el presupuesto que se tenía contemplado por parte de la federación no se autorizó, lo cual representó un reto más grande al tener que trabajar el proyecto con los propios recursos.

Diariamente la Jefa del Servicio de Preconsulta determina cuántas “fichas” se entregarán a los usuarios, sobre todo considerando si hay actividades administrativas que se deben llevar a cabo, vacaciones, permisos, incapacidades o algún evento de capacitación en el que deban participar los médicos adscritos del Servicio.

Considerando que la modalidad de cita telefónica es nueva, la línea base de los indicadores que medirían los resultados del proyecto fue de cero, a excepción del indicador del tiempo para realizar el proceso, que era de 127 minutos.

### **III.-Acciones realizadas**

El Hospital llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se desarrolló el software denominado “Sistema Xenonprosyst”, para la agenda médica electrónica, que se instaló en cuatro consultorios médicos encargados de la atención de preconsulta. Es importante mencionar que el software se proporcionó de manera gratuita a 12 unidades médicas que no contaban con esta herramienta básica para la implementación de la cita médica telefónica. Así mismo, se realizó el trámite para registrar los derechos de autor del software desarrollado a nombre del Hospital Juárez de México.
- Se acondicionó el área del Módulo de Informes para instalar el Módulo de Cita Médica Telefónica; en ella se instaló una línea telefónica y un equipo de cómputo. Existe una línea directa para llamadas del Distrito Federal y área metropolitana y una línea 01 800 para el resto del país.
- Se redistribuyeron funciones para que el mismo personal del Módulo de Informes atiende las llamadas telefónicas sin necesidad de desplazar o contratar más recursos humanos. Al respecto, se capacitó a dos personas para atender a los usuarios.
- Se realizaron campañas de difusión de la cita médica telefónica a través de trípticos, mensajes de voceo, carteles y en la página web del Hospital, todo bajo los lineamientos del manual institucional de la Secretaría de Salud.
- Se realizó un convenio con el banco HSBC para el pago de las citas de preconsulta.
- A partir del mes de agosto de 2011, el Hospital inició con la fase de pilotaje de la Cita Médica Telefónica y paulatinamente ha mostrado un incremento en el uso de esta vía.

- Se realizaron las dos mediciones planeadas en el Programa de Trabajo de la unidad médica, con resultados satisfactorios.

## **VI. Conclusiones**

Para el Hospital no fue una limitante la falta de presupuesto, toda vez que se optimizaron los recursos materiales, humanos y financieros para cumplir con el Proyecto Transversal de CMTI.

Falta mucho por hacer, sobre todo mayor difusión al proyecto, con el fin de facilitar a un mayor número de usuarios el acceso a la consulta sin tener que hacer largas filas e impliquen pérdida de tiempo y, en ocasiones de recursos en aquellos casos en lo que el paciente corre el riesgo de no recibir atención el mismo día que acude a solicitarla.

## **Proyecto 3 “Mejora del proceso de clasificación socioeconómica de pacientes”**

### **I.- Objetivo**

Unificar los criterios para la elaboración del Estudio Socioeconómico en las instituciones que conforman la CCINSHAE a fin de contar con un instrumento e instructivo de llenado que permita favorecer la equidad en la asignación de nivel socioeconómico y el proceso de referencia y contrarreferencia facilitando el acceso a la atención médica de los pacientes.

Para el Hospital Juárez de México, el propósito del proyecto fue contar con una herramienta que permita asignar un nivel socioeconómico con variables objetivas, que sean representativas del entorno y arrojen resultados confiables para asegurar la equidad en la asignación del nivel.

### **II.- Situación previa**

A nivel sector, la accesibilidad a la atención médica de los pacientes se veía dificultada por las siguientes situaciones:

- A consecuencia de la gran variabilidad de herramientas para determinar los niveles socioeconómicos y los diferentes criterios de ponderación.
- La aplicación de procedimientos y políticas de operación diferentes entre las instituciones ocasionaba la inequidad en la asignación de los niveles socioeconómicos, generando procesos complejos de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- No se respetaron los niveles asignados en las instituciones de referencia.
- Como consecuencia, la duplicidad de los procesos provocaba que el usuario percibiera que la atención era deficiente.
- En el caso específico del Hospital Juárez de México:
- Con el instrumento anterior los niveles socioeconómicos que se asignaban por puntaje eran entre los niveles tres y cinco, debido a que la valoración de la situación socioeconómica era parcial. Lo anterior se traducía en la solicitud constante de cambios de nivel pago de los servicios, consistente en el 30% de los usuarios atendidos,

aproximadamente. Dicha situación representaba cargas de trabajo adicionales para el personal de trabajo social, así como tiempo y trámites innecesarios para el usuario.

- El plazo de vigencia de la clasificación socioeconómica era de seis meses.
- El tiempo para elaborar la clasificación socio económica era de 35 minutos.
- La satisfacción de los usuarios respecto al proceso estaba calificada con 6.
- El proyecto partió con 17 quejas, mismas que se referían al nivel asignado de manera incorrecta (según la percepción del usuario) y al mal trato.
- En cuanto a la satisfacción del usuario respecto al desempeño de los servidores públicos que participan en el trámite y respecto a la información disponible fue de 8 en ambos casos.

### **III.-Acciones realizadas**

#### **1.- Con la CCINSHAE**

- Se elaboró un diagnóstico situacional individual y de conjunto con las demás unidades.
- Se diseñó el plan de trabajo del PMG en colaboración con el grupo de Directivos en Trabajo Social.
- Se definieron variables unificadas con su ponderación correspondiente generando un instrumento que se utilizó en un primer piloteo.
- Como resultado, se hicieron adecuaciones y mejoras al mismo y se integró el instrumento final, que de igual forma se evaluó en un segundo piloteo que generó el instrumento del estudio socioeconómico tipo final con variables unificadas.
- Se determinó el procedimiento de asignación de clasificación socioeconómica tipo, estableciendo políticas universales, con lo que se logró la implantación de dicho instrumento en las instituciones que conforman la CCINSHAE.

#### **2.-En el Hospital.**

- Se realizó el pilotaje del nuevo formato en tiempo y forma señalados por la CCINSHAE.
- Se capacitó al personal de trabajo social para la aplicación del nuevo instrumento de clasificación.
- Para mejorar la atención a los usuarios se han realizado cursos de trato digno, inteligencia emocional y tanatología, a fin de sensibilizar a los trabajadores sociales.
- La Jefa del Servicio y las supervisoras brindan apoyo constante al personal del área, para solucionar casos complejos que generan situación de conflicto con los usuarios y mejora la percepción de los mismos.
- Las supervisoras realizan revisiones en forma individual a los trabajadores sociales de todos los turnos, identificando errores en la aplicación del instrumento, que van desde los más sencillos como el no llenar todos los campos en datos generales, hasta los menos recurrentes como el error en rubros como la relación egreso- ingreso que impacta de manera directa al puntaje del estudio, pero no a la asignación del nivel socioeconómico. Dichas supervisiones se realizan desde el mes de julio del año que cursa y se entregan a los trabajadores sociales a través de crónicas trimestrales.
- Otro instrumento de supervisión son las bitácoras en las que se revisan diversas actividades, entre ellas la aplicación del estudio socioeconómico.



- Las quejas que se reciben se hacen del conocimiento al personal involucrado.

## **VI. Conclusiones**

El éxito de este proyecto radicó principalmente, en que todas las instituciones médicas involucradas participaron en la integración del nuevo instrumento de clasificación socio económico, mismo que es más objetivo al considerar el universo de variables socioeconómicas que impactan en la capacidad de pago de los usuarios.

En consecuencia, los resultados se reflejan en la asignación de un nivel socio económico más apegado a las condiciones de vida de los pacientes, evitando repeticiones en el trabajo y utilizando aplicación de criterios personales en el proceso de clasificación.

### **Proyecto 4 “Mejora del proceso de consulta externa, en particular la consulta de primera vez”**

#### **I.- Objetivo**

A nivel CCINSHAE el objetivo del proyecto era desarrollar un modelo que permitiera mejorar el servicio de consulta externa en particular la consulta de primera vez en sus unidades coordinadas, apegándose a las necesidades y requerimientos del paciente, así como elevar la calidad en la atención.

Para el caso específico del Hospital Juárez de México, el objetivo fue mejorar el proceso para facilitar a los pacientes el acceso a consulta externa.

#### **II.-Situación previa**

a) Uno de los principales problemas en este proceso eran los tiempos prolongados de espera:

- En las diferentes unidades médicas adscritas a la CCINSHAE se identificó que aproximadamente el 20% de los pacientes esperaba entre cuatro y seis horas para ser atendido en las actividades administrativas previas a la solicitud de la consulta con el especialista.
- En el Hospital Juárez de México el tiempo de diferimiento de consulta con especialista era de 24 días.
- Asimismo, el tiempo de espera antes de recibir la consulta era hasta de tres horas en promedio.

b) Deficiencias en la información proporcionada al usuario con respecto al proceso:

- A nivel sector, entre el 77 y el 97% de los usuarios manifestaron que la información que las unidades médicas proporcionaban para llevar a cabo el proceso era clara y entre el 73 y el 95% mencionó que era suficiente. Al respecto, los Institutos Nacionales de Salud fueron quienes obtuvieron menor calificación.
- En el caso del Hospital Juárez de México, la calificación inicial (línea basal) en este rubro fue de ocho. También, se identificó que no había algún medio escrito para difundir información al usuario sobre el proceso.

c) Otra problemática:

- El proyecto inició con 18 quejas relacionadas con el trámite.
- La satisfacción de los usuarios respecto al producto o servicio se calificó con siete.

### **III.-Acciones realizadas**

#### **1.- Con la CCINSHAE**

- Se estandarizó el proceso de atención de consulta de 1er. vez para las instituciones participantes.
- Se difundió el proceso estandarizado al área operativa de aplicación del proceso (Preconsulta o consulta de selección).
- Se elaboró material de información del proceso a los usuarios.
- Difusión del proceso estandarizado a los usuarios (Unidades hospitalarias).

#### **2. En el Hospital.**

- Se identificó que los pacientes tenían el primer contacto con un médico hasta 33 días después de acudir al Hospital a entregar sus papeles y solicitar su cita.
- Se gestionó con las autoridades de la Institución la aprobación para operar el Modelo Único de Atención y éste se autorizó para pacientes referenciados.
- Por lo anterior, fue necesario reorganizar tanto al personal del Servicio de Pre consulta como "adaptar" un área física en dicho Servicio (Consultorio 29).
- Se gestionó la adquisición del material y equipo necesario para otorgar consulta a los pacientes referenciados.
- La Jefa del Servicio de Preconsulta elaboró un rol de actividades, distribuyendo a los médicos adscritos de la siguiente forma: Una semana cada uno de ellos atendería en el Consultorio 29 a los pacientes referenciados y el resto, daría consulta a los usuarios que llegan en forma espontánea y a los que acuden con cita médica telefónica.
- Se integró un cartel informativo donde se indica al usuario el proceso para recibir consulta, los requisitos y el tiempo aproximado.
- Se capacitó a las recepcionistas del Módulo de Consulta Externa para atender a los pacientes referenciados; ellas también están encargadas de programar las citas médicas.

### **VI. Conclusiones**

Debido a la magnitud y complejidad del proceso de consulta externa y a la vulnerabilidad que representaba el segmento de pacientes referenciados, se decidió iniciar las mejoras con este tipo de usuarios.

Aunque los beneficios para este grupo son evidentes, es necesario que la institución continúe trabajando para reducir los tiempos de diferimiento de consultas para los pacientes que llegan de manera espontánea al Hospital, identificando aquellas especialidades que presentan mayor problemática e insistir en la implementación de estrategias con las

Jefaturas de División y Jefaturas de Servicio, tal como se hizo con la especialidad de Angiología Vasculat.

## **Proyecto 5 “Implantación del Expediente Clínico Electrónico”.**

### **I.- Objetivo**

De acuerdo al planteamiento inicial, el objetivo del proyecto era implementar expedientes Clínicos Electrónicos apegados a la NOM 024, automatizar procesos y/o procedimientos, aplicar herramientas tecnológicas de acuerdo a la definición de criterios de acuerdo el tipo de la unidad médica.

El objetivo que definió el Hospital Juárez de México fue optimizar la apertura, el control y resguardo del expediente clínico documental, que redunde en beneficio al usuario gracias a la reducción de tiempos y a la salvaguarda de la información médica que contiene el expediente.

### **II.- Situación previa**

Es importante señalar que inicialmente se estableció que este proyecto no representaría ningún costo para el Hospital, debido a que la Secretaría de Salud proporcionaría los recursos a través de la CCINSHAE. Posteriormente, la instrucción fue que cada institución utilizara sus propios recursos para operar el expediente clínico electrónico, lo cual fue imposible para el Hospital considerando la presión de gasto que ha prevalecido en los últimos ejercicios.

Por ello, el principal problema que se presentó fue la falta de recursos financieros, ya que de acuerdo al diagnóstico efectuado se necesitan más de 16 millones de pesos operar el expediente clínico electrónico. Los requerimientos para "soportar" la operación del ECE son:

- 1) Cantidad de equipo (terminales de consulta y puntos de impresión).
- 2) Capacidad de la red de datos.
- 3) Capacidad de la red eléctrica.
- 4) Integración con otros sistemas (interfaces).

Bajo estas circunstancias y considerando que el proyecto no podría implantarse dentro del plazo programado, se tomó la decisión de trabajar con más ahínco en la apertura, control y resguardo del expediente clínico documental, incluso el tema se incorporó en el Comité de Control y Desempeño Institucional y el Órgano Interno de Control le dio seguimiento.

A continuación se detalla la problemática identificada en el manejo y control del expediente clínico, en los distintos procesos o modalidades en los que se utiliza:

#### **Modalidad Consulta Externa:**

- En el Archivo Clínico sólo había una ventanilla para abrir expedientes y no se respetaban los horarios para dar el servicio; esto generaba largas filas y en promedio el trámite tardaba dos horas.

- De los 4,197 expedientes clínicos solicitados semanalmente por los Servicios de Consulta Externa, el Archivo Clínico entregaba con retraso un total de 500, cifra que representaba el 11%. Durante el mismo periodo se extraviaban 15 expedientes.

#### Modalidad Urgencias:

- El área de Admisión de los Servicios de Urgencias no contaba con criterios definidos para abrir expedientes.
- El tiempo promedio para abrir expedientes era de 30 minutos.

#### Modalidad Hospitalización:

- En la programación de cirugías los médicos solicitaban al Archivo Clínico los expedientes.
- El Área de Archivo Clínico no entregaba a tiempo los expedientes a fin de ingresar a los pacientes programados para hospitalización.
- No se resguardan los expedientes en los anaqueles instalados para tal efecto.
- Además, se detectaron las siguientes irregularidades en el Archivo Clínico.
- El “Reglamento para el manejo del Expediente Clínico” estaba obsoleto y no incluía las medidas disciplinarias aplicables al personal y a los médicos residentes en caso de inobservancia.
- Falta de supervisión para la permanencia del personal.
- Desconocimiento del Reglamento, el llenado del vale y falta de capacitación del personal para la búsqueda de expedientes clínicos.
- No se daba prioridad a las actividades del personal de acuerdo a la principal problemática del archivo que se presentaba en el surtido de listas y correcto llenado de vales y listas.
- Vales de préstamo de expedientes clínicos con rezago mayor a seis meses, siendo que el plazo de préstamo es de dos días.
- Préstamo de expedientes clínicos a personal que no labora en la institución.
- Personal identificado por la Jefa del Archivo Clínico como rendimiento bajo, asimismo tiene reportes de ausencia laboral continua, sin que se hayan tomado medidas al respecto.
- Expedientes solicitados por los servicios de Consulta Externa “fuera de relación”.
- Falta de personal en ventanilla de atención al público.
- Personal que en forma reiterada excede el tiempo destinado para la toma de alimentos o abandona el puesto de trabajo sin justificación.
- Falta de material de trabajo, sobre todo en el turno de fin de semana.
- Turnos vespertino, nocturno, fines de semana y días festivos sin responsable del área.
- Tareas inconclusas para la depuración de expedientes.

### III.-Acciones realizadas

No obstante de no contar con los recursos financieros necesarios, la institución se dio a la tarea de hacer un diagnóstico de las necesidades de infraestructura (red eléctrica e

informática) para la implementación del expediente clínico electrónico, tal como se mencionó anteriormente. Además, se trabaja con los siguientes servicios sistematizados:

- Apertura de expediente clínico para los pacientes de consulta externa y urgencias.
- Reporte de estado de salud de los pacientes hospitalizados.
- Entrega de resultados de estudios de laboratorio clínico.
- Digitalización de estudios de radiodiagnóstico e imagen.

En cuanto al expediente clínico documental, las acciones realizadas son:

#### Modalidad Consulta Externa:

- Se trabajó con las asistentes que de manera obligatoria deben entregar los vales de los expedientes que no se reintegran al Archivo Clínico.
- Se mejoró el control en la devolución de expedientes con el correcto llenado de la lista de expedientes.
- Se asignó otra persona al Archivo Clínico, a fin de apoyar en la apertura de expedientes para pacientes de consulta externa.
- A fin de identificar al médico que solicita los expedientes que se registran “fuera de relación”, los asistentes de los Servicios de Consulta Externa elaboran los vales correspondientes, actividad que anteriormente no se hacía.

#### Modalidad Urgencias:

Con el fin de controlar la apertura de expedientes, el Jefe de Servicio de Urgencias Adultos integró el catálogo de médicos adscritos y residentes autorizados para solicitar este trámite, que contiene el nombre, firma y sello y corresponde a los turnos matutino, vespertino, nocturno “A”, nocturno “B”, sábados, domingos y días festivos.

- a) El citado catálogo se proporcionó a los servidores públicos del Área de Admisión para que lo observen sin excepción. Asimismo, la Jefa de Admisión Hospitalaria les ha reiterado cuales son los casos en los que está justificada la apertura de expedientes:
- b) Casos médicos legales.
- c) Pacientes que requieren hospitalización, fuera del área de observación en urgencias.
- d) Pacientes que requieren tomografía y/o resonancia magnética.
- e) Pacientes que llegan sin signos vitales o fallecen en urgencias.

#### Modalidad Hospitalización:

- El personal de la Dirección Médica y del Órgano Interno de Control realiza supervisiones a las áreas a fin de revisar que los expedientes se encuentren debidamente acomodados.
- También se revisa que los pacientes hospitalizados cuenten con su expediente.

- El área de Trabajo Social instrumentó un control para dar seguimiento a los expedientes de los pacientes que egresan de hospitalización, hasta que sean devueltos al Archivo Clínico para su control y resguardo.

Otras acciones:

- En febrero de 2012 la alta dirección actualizó el Reglamento para el manejo del Expediente Clínico.
- La Jefatura de la División de Servicios de Apoyo a la Atención Médica llevó a cabo la campaña denominada “Rescatemos al Expediente Clínico” a través de voceo; asimismo, se realizaron reuniones y pláticas con el personal de los servicios con mayor problemática en cuanto a extravío y/o retraso en la entrega de expedientes (Oncología, Oftalmología, Maxilofacial, Urología y Ginecología), a fin de difundir la importancia del expediente clínico.
- Se redistribuyó al personal del Archivo Clínico en actividades prioritarias como:
- Surtido de listas de expedientes para consulta externa.
- Atención a los usuarios en ventanilla.
- Reincorporar los expedientes en los estantes y depurar oportunamente tanto de vales como de expedientes fuera de uso o baja.
- En el Archivo Clínico se designó a un responsable del turno fin de semana y días festivos, quienes dan seguimiento a las tareas asignadas, controlan el material de trabajo y supervisan la asistencia y permanencia del personal.
- Se llenan correctamente los vales de préstamo de expedientes, medida que permite localizarlos con prontitud al tener registrados los datos del solicitante (nombre, extensión y área de adscripción).
- Los vales de préstamo se revisan permanentemente para identificar los rezagados (con antigüedad mayor a 48 horas) y, en este caso, se informa al Jefe de la División de Servicios de Apoyo a la Atención Médica para que genere los comunicados y/o las sanciones correspondientes a los responsables.
- Durante los meses de junio y julio del año en curso, la Unidad de Enseñanza aplicó extrañamientos a 15 médicos residentes por la retención indebida de expedientes; el Órgano Interno de Control verificó que los oficios correspondientes se encuentran en los expedientes del personal infractor, toda vez que su recurrencia es causal de baja definitiva de los médicos residentes.
- El día 5 de octubre de 2012 se llevó a cabo una reunión de trabajo con los jefes de división y jefes de servicio de la Dirección Médica, en la que el Jefe de la División de Servicios de Apoyo a la Atención Médica expuso las medidas de control que se han adoptado en el Archivo Clínico y les solicitó que supervisen a su personal observe el Reglamento para el manejo del Expediente Clínico.
- Durante los meses de septiembre y octubre de 2012 el Jefe de la División de Servicios de Apoyo a la Atención Médica realizó seis supervisiones a los diferentes turnos del Archivo Clínico, dejando la evidencia correspondiente.
- A la fecha se han depurado 62,244 expedientes clínicos de un universo de 400,000.

- Se integraron carteles con información para el usuario respecto al trámite de apertura del expediente, con los siguientes datos:
  - En qué consiste el trámite.
  - Requisitos.
  - Horarios de atención al público.
  - Tiempo aproximado del trámite.
  - Responsable del trámite y teléfono de contacto.
- Dichos carteles se encuentran en el área de Archivo Clínico a la vista de los usuarios.

## **VI. Conclusiones**

Aunque son evidentes los beneficios de contar con expedientes electrónicos, sin recursos económicos es imposible la implantación de este instrumento de trabajo.

Siendo el expediente clínico un tema por demás complejo debido al número de áreas y personas que participan en cada uno de los subprocesos donde se utiliza (apertura, solicitud, entrega, resguardo, préstamo, etc.), sin duda preocupa a la alta dirección el mejorar su control y por ello se deben redoblar esfuerzos para asegurar la continuidad de las acciones emprendidas y sobre todo trabajar en el factor humano, a fin de que el personal se apegue a las nuevas políticas implantadas.

## **Proyecto 6 “Mejora del proceso de referencia y contrarreferencia”**

### **I.- Objetivo**

El objetivo del proyecto fue fortalecer la operación de un sistema de referencia-contrarreferencia de pacientes, a través de un modelo que permita mejorar el proceso con base en la administración de solicitudes para referir o contra referir entre las entidades coordinadas por la CCINSHAE, a fin de proporcionar un servicio eficiente al usuario.

Para el caso del Hospital Juárez de México, el propósito fue mejorar el proceso para brindar atención médica a los pacientes referidos de otras instituciones de salud.

### **II.-Situación previa**

De acuerdo con el “Diagnóstico de los procesos de referencia y contra referencia de pacientes, incluyendo la atención médica de urgencia, en Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad”, que se elaboró en 2010 a 22 unidades médicas coordinadas por la CCINSHAE, la situación del proceso era la siguiente:

Referencia:

- De los pacientes referidos sólo el 50% contaba con convenios. Asimismo, se identificó que se recibieron 24,335 pacientes provenientes de diferentes niveles de atención sin convenio y 25,124 con convenio con un gran total de 49,459 pacientes.

Respecto a la contra referencia de pacientes, representaba el 23.1% de la referencia:

- Institutos Nacionales de Salud (INS) el 40.4%.
- Hospitales Federales de Referencia (HFR) el 37.9%.
- Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE's) el 15.2%.
- Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) el 6.5%.
  
- Procedimiento para la referencia y contrarreferencia
- Aunque la mayoría de las unidades médicas (17 que representan el 77%,) cuenta con un procedimiento para la recepción de pacientes referidos existen (cinco equivalentes al 23%) que no lo tienen, situación que debía ser estandarizada, ya que a través de esto se eliminarían rechazos de pacientes.
- Mecanismos de comunicación.
- El 31% de las unidades médicas no contaban con criterios definidos para la referencia. Por ejemplo, se disponía de un formato ex profeso para la referencia de pacientes en un 90.9% de las unidades, sin embargo, este formato no es estandarizado en un 59.1%; el 27% no utilizaba papel membretado y existían variaciones respecto a los requisitos en un 36% de las unidades.

Por otra parte, la situación del proceso para el Hospital Juárez de México era la siguiente:

- Uno de los principales problemas en este proceso eran los tiempos prolongados de espera:
  - ❖ El tiempo de diferimiento de consulta con especialista era hasta de 33 días.
  - ❖ El tiempo de espera para recibir la consulta era en promedio de tres horas después de la hora programada.
  - ❖ Deficiencias en la información proporcionada al usuario con respecto al proceso:
  - ❖ La calificación inicial (línea basal) en este rubro fue de ocho.
  - ❖ También, se identificó que no había algún medio escrito para difundir el proceso al usuario.

### **III.-Acciones realizadas**

#### **1.- Con la CCINSHAE**

- Elaboración del modelo general del proceso de RyCR.
- Elaboración del modelo específico del proceso de RyCR de cada unidad médica.
- Reuniones con la DGTI para definir adecuaciones a la herramienta informática de RyCR.
- Generación del modelo de convenio de RyCR de pacientes entre las instituciones hospitalarias.

#### **2.-En el Hospital.**

- Se identificó que los pacientes tenían el primer contacto con un médico hasta 33 días después de acudir al Hospital a entregar sus papeles y solicitar su cita.



- Se gestionó con las autoridades de la Institución la aprobación para operar el Modelo Único de Atención a este grupo de usuarios.
- Se reorganizó tanto al personal del Servicio de preconsulta y se "adaptó" un área física en dicho Servicio (Consultorio 29).
- Se gestionó la adquisición del material y equipo necesario para otorgar consulta a los pacientes referenciados.
- La Jefa del Servicio de Pre Consulta elaboró un rol de actividades para los médicos adscritos, designando que cada uno atendería a los pacientes referenciados durante una semana en el Consultorio 29.
- Se elaboró un cartel informativo donde se indica al usuario el proceso para recibir consulta, los requisitos y el tiempo aproximado del trámite.
- Se capacitó a las recepcionistas del Módulo de Consulta Externa para atender a los pacientes referenciados; ellas también están encargadas de programar las citas médicas.

## **VI. Conclusiones**

De acuerdo con lo que informó el Director de Desarrollo de Modelos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad mediante correo electrónico de fecha 29 de noviembre, no fue posible concluir el proyecto en la fecha reprogramada (30 de noviembre) debido a que la Dirección General de Tecnologías de la Información no concluyó la herramienta informática.

Por lo anterior, la CCINSHAE solicitó a la SFP la reprogramación para cerrar el proyecto al 30 de junio de 2013, moción que fue aceptada por la globalizadora.

## **Proyecto 7 “Solicitud de trámite de hospitalización”**

### **I.- Objetivo**

Los principales objetivos del proyecto fueron eficientar la operación del servicio de solicitud de hospitalización, a través de mejoras en la organización y en el proceso de solicitudes de hospitalización, a fin de proporcionar un servicio de mayor calidad al usuario, mayor satisfacción del paciente, mayor satisfacción de los familiares, agilizar el protocolo de estudio del paciente, así como su tratamiento, reducir los tiempos de espera para la hospitalización del paciente, apoyar el ingreso oportuno del paciente a una adecuada atención e incrementar la calidad en el servicio.

### **II.- Situación previa**

Se realizó un análisis de todo el proceso de hospitalización y se detectaron áreas de oportunidad adicionales a las planeadas al inicio del proyecto. Así mismo, se conformó un equipo de trabajo multidisciplinario en el que participó activamente el personal de los Servicios de Enfermería, de las Jefaturas de División Médica, Admisión, Archivo Clínico, Módulo de Informes y Servicios Generales, con el asesoramiento del Órgano Interno de Control.

### III.-Acciones realizadas

- Se ha fomentado que los servicios trabajen con prealta.
- Mejora en el control y atención de pacientes hospitalizados en Servicios Médicos diferentes al que les corresponde.
- Redistribución de las camas censables con base en la ocupación.
- Se incrementó el nivel de satisfacción de los pacientes y/o de sus familiares respecto al proceso y al desempeño del personal que los atiende.
- Se redujo el tiempo de ingreso a hospitalización.
- Se ha mejorado la calidad de la atención.
- Se modificó el horario de ingreso al paciente; en el turno matutino era a las 8:00 horas y actualmente es a las 9:00 horas; en el turno vespertino era a las 14:00 y quedó a las 15:00, con estas acciones, la espera del paciente a su ingreso a piso que era de 3 horas en promedio disminuyó a 1 hora.
- Se implementó una bitácora de control en la que los médicos registran los informes del estado de salud que dan de viva voz al paciente y/o familiar durante la hora de visita. El familiar firma de enterado al haber escuchado y entendido el informe con respecto a la salud del paciente.
- Los servicios reportan el estado de salud de los pacientes en el Sistema de Admisión Hospitalaria antes de las 11:00 a.m. derivado de ello, el personal de los Módulos de Informes brinda la información actualizada a los familiares de los pacientes que así lo solicitan.
- Se implementó el nuevo pase de visita, que representa los siguientes cambios:
  - ❖ El familiar tenía que pasar a recogerlo en admisión, buscar al médico tratante y para su firma y autorización, volver a admisión para que fuese sellado; ahora se le entrega desde el ingreso del paciente sin necesidad de firma ni sello del médico.
  - ❖ El área de admisión generaba los pases de visita y los entregaba al módulo de informes, se identificaron casos donde los familiares iban de una área otra a recoger el pase y no se lo daban, actualmente el personal de admisión se lo entrega desde el ingreso del paciente.
  - ❖ Había pases de visita provisionales hasta por una semana, mismos que se debían renovar diariamente con la firma del Jefe del Servicio, lo cual implicaba pérdida de tiempo para el familiar y costo en la emisión de los pases. El nuevo pase contiene la opción de ser provisional y desde un principio se le entrega al familiar; asimismo, también puede ser firmado por los médicos adscritos y no necesariamente por el Jefe del Servicio.
  - ❖ Se amplió el plazo de vigencia de la clasificación socioeconómica de seis meses a un año, lo cual beneficia a los pacientes y sus familiares, toda vez que ya no deben realizar este trámite en el área de Trabajo Social para actualizar el nivel.
- Se realizó una redistribución de camas censables en los servicios de hospitalización; la reorganización se derivó de un análisis de las tendencias en los porcentajes de ocupación día/cama de cada servicio hospitalario, el cual fue valorado, modificado y

aprobado por los Jefes de División Médica y la Jefatura de Trabajo Social, aportando la logística médica de acuerdo a las necesidades de salud y de equipamiento. Lo anterior reduce la existencia de pacientes satélites (pacientes hospitalizados en un área que no les corresponde).

- Se diseñó e implementó el "Formato de Ropa de Cama", que requisitan las enfermeras del área de hospitalización y recibe el personal de lavandería; su objetivo es abatir el desabasto de ropa (sábanas y batas) eliminándolo como factor de retraso en el proceso de ingreso hospitalario.
- Se han impartido cursos de trato digno para los servicios que interactúan con los pacientes de Hospitalización, para brindar mayor calidad y calidez al usuario.
- Las medidas implementadas se hicieron de conocimiento de los pacientes y el personal, a través de una campaña de difusión e información que incluyó las siguientes actividades:
  - ❖ Elaboración de etiquetas de identificación en cada una de las camas en el área de hospitalización con su número y nuevo servicio médico asignado.
  - ❖ Posters informativos de los nuevos pases de visita que se colocaron, en cada uno de los pisos, en ambas alas (norte y sur).
  - ❖ Posters informativos de horarios de visita y tipo de pase de visita en ambas entradas del Hospital y en el servicio de Admisión.
  - ❖ Se actualizó y modificó el tríptico informativo sobre reglas, medidas de seguridad, consejos y requerimientos para la hospitalización de los pacientes y familiares del mismo.
- Mejoró el llenado de la Orden de hospitalización, con lo cual se asegura que los pacientes accedan al área que cuente con las especificaciones requeridas (oxígeno, uso de monitor, aislamiento, ingreso en área propia, caso médico legal, entre otros) para cada caso.
- Se mejoró el registro en el Sistema de Admisión Hospitalaria.

## **VI. Conclusiones**

De los seis indicadores cinco se cumplieron o se mejoraron. A pesar de las acciones instrumentadas para mejorar la información sobre el proceso, no se logró la meta comprometida en el indicador "Satisfacción del usuario con la información disponible para la realización de un trámite o la obtención de un servicio", puesto que se alcanzó una calificación de nueve y la meta era 10.

El número de áreas que participan y los controles inherentes hacen que sea complejo el proceso de hospitalización. Por esta situación, se solicitó a los usuarios encuestados que al calificar las preguntas señalaran a qué servicio se referían. Lo anterior a fin de identificar en qué áreas se deben focalizar los esfuerzos para mejorarlas.

## **Informe sobre sesiones de Comités Internos.**

Los Comités y Subcomités administrativos han sesionado de manera regular, generando acuerdos y dando los seguimientos respectivos.

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

Durante el periodo que se informa sesionó de manera extraordinaria en 21 ocasiones, en las que se presentaron temas como: el servicio de limpieza integral 2012, servicio de recolección y traslado de sitio de disposición final de residuos sólidos municipales no peligrosos y de manejo especial 2012, medicamentos y productos farmacéuticos de carácter nacional 2012, medicamentos y productos farmacéuticos de carácter internacional abierta 2012, materiales y suministros médicos de carácter nacional 2012, materiales y suministros médicos internacional 2012, productos químicos básicos, materiales, accesorios y suministros de laboratorio con equipo en demostración permanente de carácter internacional abierta 2012, servicio de jardinería 2012, servicio de tratamiento de residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI), suministro en dosis medida de medicamentos oncológicos y antimicrobianos 2012, adquisición de equipo médico para las unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica y adultos 2012, de carácter internacional bajo la cobertura de tratados, revisión y en su caso, aprobación de la convocatoria a la licitación 12121001-021-12 para la contratación de los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo de lavandería 2012, uniformes y ropa quirúrgica para el personal adscrito al Hospital de carácter nacional, adquisición de materiales y artículos de construcción, herramientas, refacciones y accesorios menores 2012, adquisición de materiales y útiles de oficina para el procesamiento en equipos y bienes informáticos 2012 y arrendamiento de un craneotomo neumático de alta velocidad para el año 2012, servicio de mejora mecánica y estética de los elevadores del Hospital 2012, asimismo, la aprobación de las siguientes licitaciones 2013: Servicio de alimentación para pacientes, médicos residentes y personal del Hospital, suministro de diesel centrifugado bajo en azufre, medicamentos, productos farmacéuticos, materiales y suministro médicos.

Cabe señalar que fueron aprobadas por los integrantes de dicho Comité, destacando la participación del Órgano Interno de Control en el Hospital.

### **Comité Interno para el Uso Eficiente de Energía.**

Como parte de las actividades establecidas en el Protocolo de Actividades para la implementación de acciones de eficiencia energética, durante el mes de abril del año en curso se reestructuró e instaló el Comité Interno para el Uso Eficiente de Energía del Hospital, el cual llevó a cabo una sesión ordinaria el día 17 de abril de 2012, en la que se entregó el acta de instalación, nombramientos y el Programa de Trabajo 2012.

### **Comité de Quejas y Asesoramiento en casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.**

Durante el mes de julio del año en curso se creó este Comité, el cual tiene como objetivo asesorar al personal del Hospital en contra de la violencia laboral. Se llevaron a cabo dos sesiones ordinarias al periodo que se informa, la primera se realizó el 16 de julio de 2012, se entregaron los nombramientos a los integrantes del comité y la segunda se realizó el 6 de agosto de 2012, en la cual se dio firma al acta constitutiva del mismo.

En el mes de noviembre se llevó a cabo un taller de prevención de violencia de género en el Hospital, dirigido al personal y público en general, con temas como el respeto, manera de

comportarse y dirigirse entre hombres y mujeres, entre otros; y se distribuyó entre el personal del Hospital trípticos sobre el Hostigamiento y Acoso Sexual y la forma de denunciarlo.

### Control Interno Institucional.

Como parte del seguimiento al “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 se modificó el 27 de julio de 2012, se informa que fueron aplicadas las Encuestas de Autoevaluación por Nivel de Control Interno a un total de 8 servidores públicos del Hospital, durante el mes de mayo 2012. Por lo anterior se elaboró el Programa de Trabajo de Control Interno Institucional (PTCI) 2012, el cual contiene un total de 39 elementos de control para su atención.

Se llevaron a cabo diversas reuniones de trabajo entre las áreas responsables de la atención de cada elemento de control, en las cuales se presentaron los avances correspondientes y se envió la documentación soporte al Órgano de Control Interno (OIC) para su validación.

Con fecha 13 de febrero de 2013, se realizó reunión entre las áreas involucradas y el OIC, para presentar el resultado del PTCI con corte al 31 de diciembre de 2012 (Se anexa archivo):

Elementos del PTCI 2012		
Comprometidos	Atendidos	En proceso
39	38	1
<b>Porcentaje de cumplimiento 97%</b>		

Asimismo, se describen los elementos en los que participó cada área responsable y su grado de cumplimiento:

ÁREA	Elementos en los que participó	Elementos atendidos	% de avance
Dirección de Administración	24	24	100
Dirección Médica	22	21	95
Dirección de Investigación y Enseñanza	15	14	93
Dirección de Planeación estratégica	13	13	100
Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica.	16	16	100
Comunicación social	8	8	100
Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria.	11	10	91

Resultados relevantes alcanzados en el Hospital, por la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el PTCI:

- Se cuenta con indicadores que miden los resultados del cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- La administración de riesgos es efectiva, logrando disminuir la probabilidad de ocurrencia y el grado de impacto de 7 riesgos.
- Se actualizaron el Manual de Organización y el Manual de Procedimientos del Hospital, con base en la Estructura Orgánica vigente a partir del 1 de enero de 2012 y con apego a la Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Organización y Procedimientos de la Secretaría de Salud. Asimismo, fueron difundidos entre el personal del Hospital.
- Se reestructuró la Misión y Visión, la cual fue difundida entre el personal.
- Se dio seguimiento a los resultados de la Encuesta de Clima Organizacional aplicada al personal del Hospital, con la finalidad de determinar áreas de oportunidad y acciones de mejora.
- Las quejas recibidas son atendidas en tiempo y forma.
- Se solventaron las observaciones de instancias fiscalizadoras correspondientes a ejercicios anteriores.
- Se realizó el levantamiento del inventario de activo fijo, actualización de los resguardos y conciliación entre los Departamentos de Inventarios y Contabilidad de dichos activos fijos.

En materia de TIC, se cuenta con censo de todos los sistemas que existen en el Hospital, catálogo de usuarios por sistema, homologación de algunos sistemas, inventario dinámico digital (equipo de cómputo) el cual permite tener un mejor control de la información relacionada a tipo de software y licencias

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

Los Programas y Proyectos de Inversión vigentes al cierre del ejercicio 2012 son los siguientes

Clave de la cartera de la SHCP	Nombre del programa o proyecto de inversión	Tipo de programa o proyecto	Costo total Original	Avance físico	Etapa en el periodo
1112NAW0001	Programa de Inversión para Adquisición de equipo médico.	Programa de Inversión de Adquisiciones	\$3,698,489.00	0%	En espera de la liberación del recurso.
1012NAW0001	Construcción y equipamiento del Centro Integral para el Paciente Oncológico (CIPO) del	Proyecto de Inversión de Infraestructura Social	\$488,439,435.00	0%	En espera de la liberación del recurso.

	Hospital Juárez de México, 2011-2012. Con recursos del fondo de previsión contra gastos catastróficos provenientes del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.				
0712NAW0001	Programa de Inversión para Adquisición de equipo para el área de Terapia Intensiva Neonatal.	Programa de Inversión de Adquisiciones	\$20,877,554.00	100%	Se adquirió el total de bienes a un costo menor, por lo que se tiene un remanente por ejercer de \$6,503,210.32
0712NAW0002	Programa de Inversión para Adquisición de equipo para el área de Terapia Intensiva Pediátrica.	Programa de Inversión de Adquisiciones	\$21,473,277.00	100%	Se adquirió el total de bienes a un costo menor, por lo que se tiene un remanente por ejercer de \$5,047,333.93
071NAW0003	Programa de Inversión para Adquisición de equipo para el área de Terapia Intensiva Adultos.	Programa de Inversión de Adquisiciones	\$20,835,632.00	100%	Se adquirió el total de bienes a un costo menor, por lo que se tiene un remanente por ejercer de \$5,207,984.10

**Indicadores de Matriz para Resultados.**

Se cumplió en tiempo y forma con el reporte trimestral, semestral y anual de los indicadores comprometidos en la MIR-2012, ante la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, se reportaron ocho indicadores del programa presupuestal E010 “Formación de recursos especializados para la salud”, 16 indicadores del E022 “ Investigación y desarrollo tecnológico en salud” y 16 indicadores del E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud”, también, se reportaron ocho indicadores del Presupuestal E019 “Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud” ante la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

## Otros Aspectos.

### Recursos Humanos.

Distribución de personal por grupo de plazas	Enero-diciembre 2012	% que representa el total de plantilla
Mandos medios y superiores	18	0.7
Médica	333	13.7
Investigación	16	0.7
Enfermería	894	36.8
Paramédica	400	16.4
Afín (apoyo médico)	131	5.4
Afín (apoyo administrativo)	243	10.0
Afín (apoyo a servicios)	397	16.3
<b>Total</b>	<b>2,432</b>	<b>100.0</b>

Como se puede observar, se ha cuidado el equilibrio de la fuerza de trabajo esencialmente en los grupos sustantivos (médica, paramédica y enfermería), por una parte, para apoyar la relevancia de los proyectos en el campo de especialidades médicas, a efecto de proveer los servicios médicos con niveles de oportunidad y calidad, por lo anterior se priorizó que el personal administrativo apoye al área sustantiva; es de destacar la necesidad de ampliar la plantilla con la finalidad de contribuir a un círculo virtuoso de mejoras en la calidad de la atención y en la productividad de los trabajadores.

Cabe señalar, que el total de plazas autorizadas del personal administrativo es de 517, sin embargo, el personal administrativo reportado en este cuadro es el que realiza únicamente funciones administrativas.

Asimismo, se informan los avances correspondientes a 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.

- **Reducir el porcentaje de errores u omisiones por incidencias en nómina:** Durante el 2012, se verificó la operación de las incidencias reportadas teniendo un promedio de 10 incidencias mensuales, siendo el 0.01% de inconsistencias en el proceso, así mismo se aplicaron los descuentos principalmente por faltas, omisiones de entrada y/o salida, retardo mayor que no fueron justificados en tiempo y forma por el personal.
- **Certeza del personal pagado a través de nómina:** Al periodo que se informa no se reportan inconsistencias, cabe mencionar que se implementaron acciones en el área de Control de Asistencia que permiten mejorar los controles para aplicar descuentos, así mismo la dispersión de la nómina se realiza a través de la Tesorería de la Federación.



- **Incrementar la satisfacción del personal:** En su carácter de administración del recurso humano se ha fomentado la competitividad del personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos, lo que permite mejorar la atención brindada.

### **Abasto.**

Durante el 2012, el porcentaje de abasto de medicamentos fue del 97.5% y de insumos fue el 92.3% mostrando un nivel óptimo en relación al 97% establecido como parámetro.

### **Avances del Programa de Trabajo 2012.**

Al periodo que se informa se presentan las acciones realizadas de las líneas de acción del Programa de Trabajo 2012 de la Dirección de Administración:

### **Líneas de Acción de Insuficiencia de Recursos Financieros para la Renovación de Equipo.**

- **Levantamiento de inventario de equipo:** Se determinó que durante el 2012 se realizaría un inventario permanente al total de bienes de las instalaciones del Hospital con vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012, con la finalidad de regularizar y actualizar el registro de los bienes y resguardos de manera constante, con fecha 31 de octubre de 2012, se concluyó el inventario de bienes muebles y la generación de los resguardos de los mismos, cuyo recabo de firmas se concluyó el 31 de diciembre del mismo año asimismo, se elaboró un instructivo con actividades que implican la revisión minuciosa de los datos y bienes que conforman el documento final de resguardo.

Actualmente, se encuentra realizando la conciliación del activo fijo entre los departamentos de Almacenes y Contabilidad a fin de realizar los ajustes y/o reclasificaciones correspondientes que se verán reflejadas en los Estados Financieros que dictamine el Auditor Externo, de la misma manera servirá para atender diversa observaciones de los organismos fiscalizadores.

- **Elaborar listado con los equipos que son prioritarios en su renovación, así como un programa de mantenimiento preventivo de equipo:** Al periodo que se informa se instalaron un total de 114 equipos médicos, también se elaboró el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo 2012 en relación al equipo prioritario del Hospital. Al 31 de diciembre de 2012, se realizó mantenimiento preventivo a 313 equipos y mantenimiento correctivo a 59 equipos.
- **Gestionar recursos para la adquisición de equipo nuevo y/o sustitución correspondiente:** El Hospital se encuentra realizando las gestiones correspondientes ante el Seguro Popular (Fondo del Tabaco) para ejercer en su totalidad los recursos que le fueron asignados para la adquisición de equipo en las áreas de Terapia Intensiva Adultos, Pedriátrica y Neonatal, estando al periodo que se informa un total de \$18,875 (miles de pesos).

## Líneas de Acción de Inercias Laborales no Favorables a la Operación.

- Identificación de los principales factores de evaluación de acuerdo al tipo de personal para la reestructuración del Sistema de Evaluación del Desempeño: Se llevó a cabo la actualización de la plantilla del personal del Hospital, la cual fue validada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y registrada en el sistema SAREO, de igual manera fueron identificados los principales factores de evaluación de acuerdo al tipo de personal, se realizó el análisis de los mismos y se implementaron mejoras en los procesos correspondientes a la evaluación del desempeño del personal.

## 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 2012

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO (7) = (4) / (2)
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	PROGRAMADO (3)	EJERCIDO (4)	ABSOLUTA (5) = (4) - (3)	RELATIVA (6) = (5) / (3)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	<b>1,092.9</b>	<b>1,230.4</b>	<b>1,201.5</b>	<b>1,201.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>97.6</b>
SERVICIOS PERSONALES	689.9	704.5	704.5	704.5	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	231.9	332.0	328.8	328.8	0.0	0.0			99.0
SERVICIOS GENERALES	171.0	193.8	168.0	168.0	0.0	0.0			86.7
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>44.3</b>	<b>44.3</b>	<b>44.3</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
<b>INVERSIÓN FÍSICA</b>	<b>0.0</b>	<b>44.3</b>	<b>44.3</b>	<b>44.3</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
BIENES MUEBLES E INMUEBLES		44.3	44.3	44.3	0.0	0.0			100.0
OBRAS PUBLICAS					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>INVERSIÓN FINANCIERA</b>					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	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>1,092.9</b>	<b>1,274.7</b>	<b>1,245.8</b>	<b>1,245.8</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>97.7</b>

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

Crterios 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

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

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL			VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	EJERCIDO (3)	ABSOLUTA (4) = (3) - (2)	RELATIVA (5) = (4) / (2)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	(6) = (3) / (2)
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	<b>1,092.9</b>	<b>1,230.4</b>	<b>1,201.5</b>	<b>-29.0</b>	<b>-2.4</b>			<b>97.6</b>
SERVICIOS PERSONALES	689.9	704.5	704.5	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	231.9	332.0	328.8	-3.2	-1.0			99.0
SERVICIOS GENERALES	171.0	193.8	168.0	-25.8	-13.3			86.7
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>44.3</b>	<b>44.3</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
<b>INVERSIÓN FÍSICA</b>	<b>0.0</b>	<b>44.3</b>	<b>44.3</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			<b>100.0</b>
BIENES MUEBLES E INMUEBLES		44.3	44.3	0.0	0.0			100.0
OBRA PÚBLICAS				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES				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	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>1,092.9</b>	<b>1,274.7</b>	<b>1,245.8</b>	<b>-29.0</b>	<b>-2.3</b>			<b>97.7</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%



**CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW**

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México**  
**INDICADORES DE DESEMPEÑO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO**

**ANEXO III**

PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) Y CLAVE 1/	INDICADOR			UNIDAD DE MEDIDA	META				SEMÁFORO
	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2012		PORCENTAJE DE AVANCE	
						PLANEADA	REALIZADA		
<b>Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL</b>									
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Eficacia en la inscripción a cursos de educación continua	Porcentaje de eficacia en la inscripción a cursos de educación continua.	Porcentaje	Trimestral	90.7	77.5	85.4%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficiencia	Eficiencia terminal de especialistas médicos	Porcentaje de eficiencia terminal de médicos especialistas formados por las entidades de la CCINSHAE.	Porcentaje	Anual	100	100	100.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud egresados respecto a la calidad percibida de su formación.	Promedio	Anual	7.0	7.0	100.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Eficacia en la impartición de educación continua	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución.	Porcentaje	Trimestral	97.2	98.6	101.4%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	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 de educación continua que concluyen en el período recibidos.	Promedio	Trimestral	8.0	8.6	107.5%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Porcentaje de profesores de especialidades médicas capacitados en habilidades docentes	Porcentaje de profesores capacitados en el año en curso en habilidades docentes respecto al total que participan en formación de especialistas médicos.	Porcentaje	Anual	79.6	42.6	53.5%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de formación de posgrado	Porcentaje de cursos de formación de posgrado médico (residencias médicas) realizados respecto a los programados.	Porcentaje	Semestral	100	100	100.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados 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 período.	Porcentaje	Trimestral	87.2	135.9	155.8%	

E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de profesionalización de los recursos humanos a través de la capacitación gerencial y técnica	Contribuir a fortalecer de los servicios de salud para la población, mediante la capacitación técnica y gerencial en materia administrativa y de salud	Porcentaje	Anual	90.0	111.7	124.1%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados en materia gerencial y técnica en los dos últimos ejercicios.	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados con sus	Porcentaje	Semestral	91.7	115.5	126.0%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de personal a capacitar en materia gerencial y técnica	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados con sus	Porcentaje	Semestral	84.6	106.6	126.0%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de cumplimiento en la impartición de cursos en materia gerencial y técnica	Cursos proporcionados en materia gerencial, técnica y administrativa a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	91.4	94.3	103.2%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Calidad	Porcentaje de cursos que cumplen con los objetivos establecidos.	Cursos proporcionados en materia gerencial, técnica y administrativa a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	93.8	90.6	96.6%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de Participación en la Detección de Necesidades de Capacitación	Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Anual	9.0	9.0	100.0%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de identificación de temas de capacitación enfocados a la mejora de las	Elaboración del Programa Anual de Capacitación.	Porcentaje	Anual	100	118	118.0%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de avance en la contratación de proveedores de capacitación	Contratación de proveedores de capacitación y desarrollo de cursos.	Porcentaje	Trimestral	33	33	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Índice de investigadores en el SNI	Proporción de investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores respecto al total de investigadores.	Porcentaje	Anual	42.9	62.5	145.7%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Productividad científica de alto impacto	Proporción de artículos científicos de alto impacto.	Porcentaje	Anual	110	220	200.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Productividad de investigaciones	Proporción en el porcentaje de proyectos de investigación concluidos en el año actual respecto al promedio de proyectos	Porcentaje	Anual	200.0	221.4	110.7%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Proporción del presupuesto institucional destinado a investigación	Proporción del gasto institucional que se destina a investigación.	Porcentaje	Anual	0.5	0.5	100.0%	

E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Inversión promedio por investigación	Recursos presupuestales federales promedio que se destina por proyecto de investigación vigente.	Promedio	Anual	12839.3	12903.2	100.5%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Economía	Asignación presupuestal anual para investigación	Porcentaje de asignación presupuestal anual para investigación respecto al presupuesto ejercido en el periodo anterior.	Porcentaje	Anual	100	100	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Economía	Participación en el financiamiento complementario gestionado para investigación	Proporción del financiamiento complementario destinado a investigación.	Porcentaje	Anual	4.2	65.2	1552.4%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Proyectos de investigación en colaboración	Porcentaje de proyectos de investigación en colaboración.	Porcentaje	Semestral	8.5	8.6	101.2%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas	Productividad científica de artículos publicados en revistas de alto impacto.	Porcentaje	Semestral	37.9	44	116.1%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Índice de publicaciones por investigador	Promedio de productos de investigación por investigador.	Promedio	Anual	2.4	5.4	225.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Participación de investigaciones en áreas temáticas institucionales	Porcentaje de proyectos de investigación que pertenecen a áreas temáticas institucionales específicas.	Porcentaje	Semestral	82.9	86	103.7%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Investigaciones interdisciplinarias	Porcentaje de proyectos de investigación interdisciplinarios en desarrollo.	Porcentaje	Semestral	3.7	5.4	145.9%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Incremento de productividad de proyectos por investigador	Porcentaje de la productividad promedio de los investigadores institucionales.	Porcentaje	Anual	75	75	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Índice de proyectos finalizados	Porcentaje de proyectos finalizados respecto a los que se encuentran en proceso.	Porcentaje	Semestral	34.1	33.3	97.7%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Ocupación objetiva de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas.	Porcentaje	Semestral	86.7	100.0	115.3%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Índice de productividad de artículos de alto nivel por investigador.	Promedio de artículos científicos publicados en revistas de impacto por investigador.	Promedio	Semestral	0.8	1.4	175.0%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Egresos hospitalarios por mejoría.	Porcentaje de egresos institucionales por mejoría.	Porcentaje	Trimestral	91.2	94.5	103.6%	

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>: E023 "Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud"

(Millones de Pesos con un decimal)

AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCIDO 2011	PRESUPUESTO ANUAL 2012 MODIFICADO	DE ENERO A DICIEMBRE 2012		VARIACIÓN		SEMÁFORO	
					PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	ABS.	REL.	Menor Gasto	Mayor Gasto
	E023	Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	1,033.5	1,206.1	1,206.1	1,206.1	0.0	0.0		

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

NIVEL DE OBJETIVO	TIPO	INDICADORES DE DESEMPEÑO		UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	PERIODO Y VALOR DE LA LINEA BASE	META		DIFERENCIA ABSOLUTA	SEMÁFORO
		NOMBRE	DEFINICIÓN				ENERO - JUNIO 2012			
							PLANEADA	REALIZADA		
Propósito	Eficacia	Eficacia en la inscripción a cursos de educación continua	Porcentaje de eficacia en la inscripción a cursos de educación continua.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	90.7	77.5	-13.2	
Componente	Eficiencia	Eficiencia terminal de especialistas médicos	Porcentaje de eficiencia terminal de médicos especialistas formados por las entidades de la CCINSHAE.	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0	
Componente	Eficacia	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud egresados respecto a la calidad percibida de su formación.	Promedio	Anual	diciembre	7.0	7.0	0.0	
Componente	Eficacia	Eficacia en la impartición de educación continua	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	97.2	98.6	1.4	
Componente	Eficacia	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 de educación continua que concluyen en el periodo recibido.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	8.0	8.6	0.6	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de profesores de especialidades médicas capacitados en habilidades docentes	Porcentaje de profesores capacitados en el año en curso en habilidades docentes respecto al total que participan en formación de especialistas médicos.	Porcentaje	Anual	diciembre	79.6	42.6	-37.0	
Actividad	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de formación de posgrado	Porcentaje de cursos de formación de posgrado médico (residencias médicas) realizados respecto a los programados.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	100.0	100.0	0.0	



E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta.	Porcentaje de pacientes aceptados en la institución del total valorado en preconsulta.	Porcentaje	Trimestral	80.8	70.9	87.7%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios)	Expresa el riesgo de los pacientes hospitalizados que presentaron infecciones nosocomiales por causa imputable a la unidad médica dentro de las primeras 48 horas posteriores a su ingreso.	Tasa por cien Egresos	Trimestral	5.1	3.4	66.7%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados	Porcentaje de expedientes clínicos revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional que cumplen la NOM 168.	Porcentaje	Trimestral	66.2	86.5	130.7%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Índice de consultas subsecuentes especializadas	Expresa el promedio de consultas subsecuentes de especialidad que se otorgan por cada una de primera vez especializada.	Promedio	Trimestral	3	2.8	93.3%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a programadas	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas.	Porcentaje	Trimestral	92.2	92	99.8%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Proporción de cirugías de corta estancia	Proporción de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas con respecto al total de cirugías.	Porcentaje	Trimestral	18.7	21.4	114.4%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Ocupación hospitalaria	Ocupación de las camas censables de la Institución.	Porcentaje	Trimestral	77.5	77.2	99.6%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Ocupación de cuidados intensivos	Ocupación de las camas de terapia intensiva de la Institución.	Porcentaje	Trimestral	97.1	97.4	100.3%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa a pacientes hospitalizados.	Porcentaje	Trimestral	79.5	97.5	122.6%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa	Promedio de consultas externas por médico adscrito.	Promedio	Trimestral	1070.9	1076.4	100.5%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Promedio de estudios de laboratorio por consulta externa	Promedio de estudios de laboratorio realizados en el período respecto a las consultas externas otorgadas.	Promedio	Trimestral	1.7	1.5	88.2%	

E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Promedio de estudios de imagenología por consulta externa	Estudios de imagenología realizados a pacientes ambulatorios con respecto al total de consultas externas.	Promedio	Trimestral	0.1	0.1	100.0%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Ingresos hospitalarios programados	Expresa la proporción de ingresos hospitalarios que fueron programados en consulta externa respecto a los ingresos hospitalarios totales.	Porcentaje	Trimestral	42.9	50.3	117.2%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Promedio de estudios de laboratorio por egreso hospitalario	Promedio de estudios de laboratorio realizados a pacientes por egreso hospitalario.	Promedio	Trimestral	30.7	25.7	83.7%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario	Estudios de imagenología realizados a pacientes egresados con respecto al total de egresos.	Promedio	Trimestral	0.9	0.8	88.9%	
<b>NO SELECCIONADOS EN EL PEF <sup>2/</sup></b>									
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	

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

<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 estratégicos de la institución.

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

Actividad	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	87.2	135.9	48.7	
Fin	Eficacia	Porcentaje de profesionalización de los recursos humanos a través de la capacitación gerencial y técnica en la Secretaría de Salud	Contribuir a fortalecer de los servicios de salud para la población, mediante la capacitación técnica y gerencial en materia administrativa y de salud	Porcentaje	Anual	diciembre	90.0	111.7	21.7	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados en materia gerencial y técnica en los dos últimos ejercicios.	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados con sus funciones.	Porcentaje	Semestral	enero-junio julio-diciembre	91.7	115.5	23.8	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de personal a capacitar en materia gerencial y técnica	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados con sus funciones.	Porcentaje	Semestral	enero-junio julio-diciembre	84.6	106.6	22.0	
Componente	Eficacia	Porcentaje de cumplimiento en la impartición de cursos en materia gerencial y técnica.	Cursos proporcionados en materia gerencial, técnica y administrativa a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	enero-junio julio-diciembre	91.4	94.3	2.9	
Componente	Calidad	Porcentaje de cursos que cumplen con los objetivos establecidos.	Cursos proporcionados en materia gerencial, técnica y administrativa a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	enero-junio julio-diciembre	93.8	90.6	-3.2	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de Participación en la Detección de Necesidades de Capacitación	Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Anual	enero-diciembre	9.0	9.0	0.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de identificación de temas de capacitación enfocados a la mejora de las funciones.	Elaboración del Programa Anual de Capacitación.	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	118.0	18.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de avance en la contratación de proveedores de capacitación	Contratación de proveedores de capacitación y desarrollo de cursos.	Porcentaje	Trimestral	marzo-junio-septiembre-diciembre	33.0	33.0	0.0	
Fin	Eficacia	Índice de investigadores en el SNI	Proporción de investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores respecto al total de investigadores.	Porcentaje	Anual	mayo-diciembre	42.9	62.5	19.6	

Propósito	Calidad	Productividad científica de alto impacto	Proporción de artículos científicos de alto impacto.	Porcentaje	Anual	diciembre	110.0	220.0	110.0	
Propósito	Eficacia	Productividad de investigaciones	Proporción en el porcentaje de proyectos de investigación concluidos en el año	Porcentaje	Anual	diciembre	200.0	221.4	21.4	
Propósito	Eficiencia	Proporción del presupuesto institucional destinado a investigación	Proporción del gasto institucional que se destina a investigación.	Porcentaje	Anual	diciembre	0.5	0.5	0.0	
Propósito	Eficiencia	Inversión promedio por investigación	Recursos presupuestales federales promedio que se destina por proyecto de investigación vigente.	Promedio	Anual	diciembre	12839.3	12903.2	63.9	
Componente	Economía	Asignación presupuestal anual para investigación	Porcentaje de asignación presupuestal anual para investigación respecto al presupuesto ejercido en el	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0	
Componente	Economía	Participación en el financiamiento complementario gestionado para	Proporción del financiamiento complementario destinado a investigación.	Porcentaje	Anual	diciembre	4.2	65.2	61.0	
Componente	Eficacia	Proyectos de investigación en colaboración	Porcentaje de proyectos de investigación en colaboración.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	8.5	8.6	0.1	
Componente	Eficacia	Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas.	Productividad científica de artículos publicados en revistas de alto impacto.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	37.9	44.0	6.1	
Componente	Eficiencia	Índice de publicaciones por investigador	Promedio de productos de investigación por investigador.	Promedio	Anual	mayo-diciembre	2.4	5.4	3.0	
Actividad	Eficiencia	Participación de investigaciones en áreas temáticas institucionales.	Porcentaje de proyectos de investigación que pertenecen a áreas temáticas institucionales específicas.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	82.9	86.0	3.1	
Actividad	Eficiencia	Investigaciones interdisciplinarias.	Porcentaje de proyectos de investigación interdisciplinarios en desarrollo.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	3.7	5.4	1.7	
Actividad	Eficiencia	Incremento de productividad de proyectos por investigador	Porcentaje de la productividad promedio de los investigadores institucionales.	Porcentaje	Anual	diciembre	75.0	75.0	0.0	
Actividad	Eficiencia	Índice de proyectos finalizados.	Porcentaje de proyectos finalizados respecto a los que se encuentran en proceso.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	34.1	33.3	-0.8	
Actividad	Eficiencia	Ocupación objetiva de plazas de investigador.	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	86.7	100.0	13.3	
Actividad	Eficiencia	Índice de productividad de artículos de alto nivel por investigador.	Promedio de artículos científicos publicados en revistas de impacto por investigador.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.8	1.4	0.6	
Propósito	Eficacia	Egresos hospitalarios por mejoría.	Porcentaje de egresos institucionales por mejoría.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	91.2	94.5	3.3	
Propósito	Eficiencia	Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta.	Porcentaje de pacientes aceptados en la institución del total valorado en preconsulta.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	80.8	70.9	-9.9	

Propósito	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios) .	Expresa el riesgo de los pacientes hospitalizados que presentaron infecciones nosocomiales por causa imputable a la unidad médica dentro de las primeras 48 horas posteriores a su ingreso.	Tasa por cien Egresos	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	5.1	3.4	-1.7	
Componente	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	Porcentaje de expedientes clínicos revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional que cumplen la NOM 168.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	66.2	86.5	20.3	
Componente	Eficiencia	Índice de consultas subsecuentes especializadas.	Expresa el promedio de consultas subsecuentes de especialidad que se otorgan por cada una de primera vez especializada.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	3.0	2.8	-0.2	
Componente	Eficacia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a programadas.	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	92.2	92.0	-0.2	
Componente	Eficiencia	Proporción de cirugías de corta estancia.	Proporción de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas con respecto al total de cirugías.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	18.7	21.4	2.7	
Componente	Eficiencia	Ocupación hospitalaria.	Ocupación de las camas censables de la Institución.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	77.5	77.2	-0.3	
Componente	Eficiencia	Ocupación de cuidados intensivos.	Ocupación de las camas de terapia intensiva de la Institución.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	97.1	97.4	0.3	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa.	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa a pacientes hospitalizados.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	79.5	97.5	18.0	
Actividad	Eficacia	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa.	Promedio de consultas externas por médico adscrito.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	1070.9	1076.4	5.5	
Actividad	Eficiencia	Promedio de estudios de laboratorio por consulta externa.	Promedio de estudios de laboratorio realizados en el periodo respecto a las consultas externas otorgadas.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	1.7	1.5	-0.2	

Actividad	Eficiencia	Promedio de estudios de imagenología por consulta externa.	Estudios de imagenología realizados a pacientes ambulatorios con respecto al total de consultas externas.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	0.1	0.1	0.0	
Actividad	Eficiencia	Ingresos hospitalarios programados.	Expresa la proporción de ingresos hospitalarios que fueron programados en consulta externa respecto a los ingresos hospitalarios totales.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	42.9	50.3	7.4	
Actividad	Eficiencia	Promedio de estudios de laboratorio por egreso hospitalario.	Promedio de estudios de laboratorio realizados por egreso hospitalario.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	30.7	25.7	-5.0	
Actividad	Eficiencia	Promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario.	Estudios de imagenología realizados a pacientes egresados con respecto al total de egresos.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	0.9	0.8	-0.1	

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 2011.

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 principalmente aquellos que estén obligados a tener MIR registrada en el PASH.

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

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 2012, el Hospital comprometió 48 indicadores para resultados en cuatro Programas Presupuestales:

Programa Presupuestal	Total de Indicador
E010 "Formación de recursos especializados para la salud"	8
E019 "Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud"	8
E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	16
E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"	16
<b>Total</b>	<b>48</b>

Al cierre de 2012, se muestran los avances y resultados obtenidos del monitoreo del cumplimiento de las metas dando observancia a lo comprometido en el Programa de Trabajo del Director General, reportándolos en tiempo y forma en el Sistema de Indicadores de Gestión 2012 (SIG), con diversos grados de desempeño de acuerdo a la

meta programada.

**En relación al Programa Presupuestal E010 "Formación de recursos especializados para la salud":**

Los indicadores "Eficacia en la inscripción a cursos de educación continua" y "Porcentaje de profesores de especialidades médicas capacitados en habilidades docentes", presentan una semaforización correctiva; estos resultados se debieron en el caso del primer indicador, a que hubo suspensión de algunos cursos en los que regularmente el número total de inscritos y asistentes es alto, debido a que se dio prioridad a la impartición de cursos de capacitación con temas relevantes para cubrir requisitos de la certificación y por consiguiente con pocos asistentes, no obstante se considera que la capacitación fue la idónea en cuanto a cantidad y contenido de los cursos realizados a pesar de que la inscripción de los profesionales de salud no fuera la planeada.

Con respecto al segundo indicador, no se logró cumplir con la meta programada en el número de profesores capacitados en habilidades docentes, debido a que los profesores se encontraban participando activamente en el proceso de certificación del Hospital y no pudieron asistir a los cursos de capacitación.

Los siguientes seis indicadores: "Eficacia terminal de especialistas médicos", "Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos", "Eficacia en la impartición de educación continua", "Percepción sobre la calidad de la educación continua", "Eficacia en la impartición de cursos de formación de posgrado" y "Eficacia en la impartición de cursos de educación continua", muestran una semaforización razonable, alcanzándose las metas propuestas y los objetivos planteados en estos indicadores. Para este programa el presupuesto ejercido fue de 13.1 mdp

**Con relación al Programa Presupuestal E019 "Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud", se reportaron 8 indicadores de los cuales:**

El indicador "Porcentaje de cursos que cumplen con los objetivos establecidos" presenta una semaforización preventiva, esto debido a la realización de 29 cursos de 32 programados, no obstante se logró satisfacción de los participantes y la mejora en las funciones que desarrollan se ha visto reflejada en mejor trato a los usuarios y en la disminución de quejas.

Los siete indicadores restantes "Porcentaje de profesionalización de los recursos humanos a través de la capacitación gerencial y técnica en la Secretaría de Salud", "Porcentaje de servidores públicos capacitados en materia gerencial y técnica en los dos últimos ejercicios", "Porcentaje de personal a capacitar en materia gerencial y técnica", "Porcentaje de cumplimiento en la impartición de cursos en materia gerencial y técnica", "Porcentaje de participación en la detección de necesidades de capacitación", "Porcentaje de identificación de temas de capacitación enfocados a la mejora de las funciones", y "Porcentaje de avance en la contratación de proveedores de capacitación", obtuvieron una semaforización razonable, alcanzándose las metas propuestas y los objetivos planteados en estos

indicadores. Para este programa el presupuesto ejercido fue de 0.1 mdp.

**En cuanto a los indicadores del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”, se reportaron 16 indicadores de los cuales:**

El indicador “Índice de proyectos finalizados” se encuentra en una semaforización preventiva, debido a que se concluyeron 31 proyectos de investigación con respecto a los 28 programados, sin embargo, los proyectos de investigación vigentes aumentaron a 93 de los 83 programados.

Los siguientes 15 indicadores “Índice de investigadores en el SIN”, “Productividad científica de alto impacto”, “Productividad de investigaciones”, “Proporción del presupuesto institucional destinado a investigación”, “Inversión promedio por investigación”, “Asignación presupuestal anual para investigación”, “Participación en el financiamiento complementario gestionado para investigación”, “Proyectos de investigación en colaboración”, “Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas”, “Índice de publicaciones por investigador”, “Participación de investigaciones en áreas temáticas institucionales”, “Investigaciones interdisciplinarias”, “Incremento de productividad de proyectos por investigador”, “Ocupación objetiva de plazas de investigador”, e “Índice de productividad de artículos de alto nivel por investigador”, se encuentran en una semaforización razonable, alcanzándose las metas propuestas y los objetivos planteados en estos indicadores. Para este programa el presupuesto ejercido fue de 17.9 mdp.

**En cuanto al Programa Presupuestal E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud", se reportaron 16 indicadores de los cuales:**

Los siguientes ocho indicadores: “Egresos hospitalarios por mejoría”, “Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados”, “Proporción de cirugías de corta estancia”, “Ocupación de cuidados intensivos”, “Porcentaje de recetas surtidas en forma completa”, “Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa”, “Promedio de estudios de imagenología por consulta externa”, “Ingresos hospitalarios programados”, mostraron un desempeño favorable que los sitúa en una semaforización razonable.

Tres indicadores: “Índice de consultas subsecuentes especializadas”, “Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a programadas” y “Ocupación hospitalaria”, presentaron un desempeño preventivo debido a una mínima diferencia de cumplimiento con respecto a la meta programada, sin embargo, los resultados de cada uno de estos indicadores son favorables para el Hospital como se observa en el apartado correspondiente de este informe (Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales del E023).

Los siguientes cinco indicadores muestran una semaforización correctiva:

“Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta”, la variación en el cumplimiento de este indicador obedeció a la falta de personal, por otra parte se recibieron menos fichas de solicitud de consulta de primera vez, también influyeron en este menor número, los costos



directos del paciente como son el pasaje para el traslado y los medicamentos. Las acciones implementadas para mejorar los resultados de este indicador son; contratación de personal, se continuará con una mayor difusión de la cita telefónica de primera vez en preconsulta y no se pondrán límites a las solicitudes presenciales que solicitan ficha y se les atiende en el mismo día.

En el indicador “Tasa de infección nosocomial”, se observa que el indicador al final del periodo del reporte muestra un 33.3% de disminución en la tasa de infecciones nosocomiales, con respecto a la meta programada que fue de 5.1% que indebidamente lo situó en una semaforización correctiva, ya que lo ideal es que las infecciones estén situadas en una cifra baja, este logro se debió a que hay mayor apego al lavado de manos y al uso correcto de las precauciones por vías de trasmisión, también a la modificación de la prescripción de los antibióticos sobre todo en servicios críticos, impacta en la reducción de días de estancia y por ende en los costos directos e indirectos para el Hospital. Todo esto favoreciendo la disminución de infecciones.

En el indicador “Promedio de estudios de laboratorio por consulta externa”, se observa que al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 11.8% en el promedio de estudios de laboratorio realizados por paciente visto en consulta externa, con relación a la meta programada de 1.7, este resultado se debió a la cuidadosa solicitud de estudios por los médicos, además de haber menor demanda en las solicitudes de estudios de laboratorio por parte de los pacientes, que muchas veces y en forma espontánea deciden realizarse en forma externa con menores costos.

En el indicador “Promedio de estudios de laboratorio por egreso hospitalario”, al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 11.8% en el promedio de estudios de laboratorio realizados por paciente visto en consulta externa, con relación a la meta programada de 1.7, esta mínima variación se debió a varios factores, el más importante de ellos es el tabulador de cuotas de recuperación y al cobro de los estudios que con mayor proporción se realiza en hospitalización, así como a las acciones que se están implementando como: requisitar mejor las solicitudes de laboratorio en hospitalización con la finalidad de evitar que se dupliquen los estudios, lo cual indirectamente impacta en las cuotas de recuperación de los pacientes, pero también en los ingresos económicos de la Institución.

En el indicador “Promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario”, al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento menor en un 11.1% en promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario con relación a la meta programada de 0.9 esta variación se debió a la disminución de solicitudes y estudios de imagenología, misma que se explica por mayores costos en imagenología que al ser solicitados por los médicos clínicos son rechazados en ocasiones por los pacientes, a pesar de las explicaciones de la importancia de efectuarlos. Además de que el tomógrafo y la resonancia magnética, equipos con varios años de funcionamiento, presentaron durante el año periodos de inactividad por fallas y descomposturas. En este programa, el gasto total

ejercido fue de 1,206.1 mdp.