

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
1 PROGRAMA DE TRABAJO.....	1
1.1 Acciones relativas a la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria	2
1.2 Avances y logros por Estrategia y Línea de acción	14
1.3 Aspectos Cualitativos	27
INVESTIGACIÓN	27
1. Número de artículos	27
2. Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII)	27
3. Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII	28
4. Artículos de los grupos (III-IV-V-VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII	28
5. Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII	28
6. Sistema Nacional de Investigadores	28
7. Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII	29
8. Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI	29
9. Producción editorial	29
10. Número de tesis concluidas	29
11. Número de proyectos con financiamiento externo	29
12. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos	30
13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución	30
14. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa	31
Otros Aspectos.....	38
Estado de las Investigaciones.....	38
Impacto de los Proyectos de Investigación	38
Cursos de Investigación.....	38
Convenios de Colaboración.....	38
Informe del Programa de Trabajo 2014.....	39
Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2014. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2014 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”	40
ENSEÑANZA	44
1. Total de Médicos Residentes.....	44
Número de Residentes Extranjeros.....	44
Médicos Residentes por cama.....	44
2. Residencias de Especialidad.....	44
3. Cursos de Alta Especialidad.....	45

4. Cursos de Pregrado.....	46
5. Número de Estudiantes en Servicio Social.....	48
6. Número de Alumnos de Posgrado.....	48
7. Cursos de Posgrado.....	48
8. Número de Autopsias.....	49
9. Participación Extramuros.....	49
10. % Eficiencia Terminal.....	50
11. Enseñanza en Enfermería.....	50
12. Cursos de Actualización (Educación Médica Continua).....	52
13. Cursos de Capacitación.....	56
14. Sesiones Interinstitucionales.....	58
15. Sesiones por Teleconferencia.....	58
16. Congresos Organizados.....	59
17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.....	59
Otros Aspectos.....	59
Convenios.....	59
Videoconferencias.....	61
Unidad de Investigación Quirúrgica.....	61
Informe del Programa de Trabajo 2014.....	63
Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2014. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2014 del Programa Presupuestal E010 “Formación de recursos humanos especializados para la salud”	64
ASISTENCIA.....	68
1. Número de Consultas Otorgadas.....	68
2. Número de Urgencias	70
3. Número de Casos Nuevos Atendidos.....	71
4. Total de Médicos Adscritos.....	71
5. Número de Ingresos Hospitalarios.....	72
6. Total de Egresos.....	73
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría.....	73
7. Número de Cirugías.....	74
8. Número de cirugías / Número de cirujanos.....	78
Diferimiento Quirúrgico	79
9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.....	79
10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.....	79
11. Tasa de Infecciones Nosocomiales.....	82
12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.....	86
Promedio de Días de Estancia en Hospitalización	87
13. Porcentaje de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.....	88
14. Porcentaje de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.....	88
15. Total de Personal de Enfermería.....	89
16. Trabajo Social.....	90
17. Farmacia.....	90
18. Número de Estudios de Imagen (TAC, RM y PET).....	91
19. Número de Estudios de Laboratorio.....	91

20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.....	92
21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.....	93
22. Grupos de apoyo a pacientes constituidos (Denominación del grupo).....	93
23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.....	94
Otros Aspectos.....	94
Resolución de Embarazos.....	96
Tasa de Cesáreas.....	97
Mortalidad Materna.....	97
Nacimientos.....	98
Terapia Intensiva.....	99
Medicina Física y Rehabilitación.....	101
Estudios de Radiodiagnóstico.....	101
Estudios de Medicina Nuclear.....	102
Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínicos.....	103
Estudios realizados en Anatomía Patológica.....	104
Departamento de Toxicología.....	105
Convenios.....	106
Programa de Salud Pública.....	106
Clínicas Multidisciplinarias.....	107
Cuidados Paliativos	107
Eventos Adversos.....	108
Informe del Programa de Trabajo 2014.....	109
Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2014. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2014 del Programa Presupuestal E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud”	127
ADMINISTRACIÓN.....	131
Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos)	131
Comportamiento presupuestal.....	131
Estados Financieros comparativos.....	134
Balance General.....	134
Estado de resultados	134
Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.....	135
Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.....	137
Cumplimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.....	138
Programa Nacional de Transparencia y Rendición de Cuentas y Combate a la Corrupción.....	138
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).....	140
Cadenas Productivas.....	143
Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto (Programa de Ahorro).....	143
Programa Nacional de Reducción del Gasto Público.....	145
Programa de Mejora de la Gestión.....	145
Informe sobre Sesiones de Comités Internos.....	147
Comité Interno para el Uso Eficiente de Energía.....	148



Control Interno Institucional.....	149
Avance físico y financiero de los proyectos de inversión, en su caso.....	155
Otros Aspectos.....	156
Recursos Humanos.....	156
Informe del Programa de Trabajo 2014.....	157
Presupuesto Basado en Resultados, cumplimiento de metas institucionales 2014, del Programa	163
Presupuestal E020 “Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud”.	
Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).....	165



PRESENTACIÓN

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 2014.

Las actividades del Hospital Juárez de México, están alineadas con el Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud, Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (2013-2018), al Programa Quinquenal del Director General y al Modelo de Gestión Hospitalaria, contribuyendo al logro de las metas nacionales de “México Incluyente y México con Educación de Calidad”; para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, asegurar el acceso a los servicios de salud, favorecer la protección, promoción y prevención como eje prioritario; garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y contribuir a la formación y fortalecimiento del capital humano de alto nivel, a la generación y transferencia del conocimiento y a mejorar la infraestructura científica y tecnológica en salud.

En este sentido, el Hospital otorga atención médica, para solucionar problemas de salud orientados a la alta especialidad, contemplados en su cartera de servicios médico-quirúrgicos, dirigida principalmente a la población sin seguridad social o con afiliación al Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

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

1. PROGRAMA DE TRABAJO

Por lo antes expuesto, en el presente documento se informa en primer lugar, las acciones realizadas en la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria como cumplimiento al acuerdo adoptado por el Órgano de Gobierno del Hospital Juárez de México en la Cuarta Sesión Ordinaria de 2013; en segundo lugar, se presentan los avances del Programa de Trabajo Quinquenal 2010-2015, informando las acciones y logros por cada estrategia y línea de acción; en tercer lugar, se presentan los aspectos cuantitativos y cualitativos de los avances y logros obtenidos en investigación, enseñanza, atención médica, y aspectos administrativos, así como el cumplimiento del informe del Programa de Trabajo 2014 por cada Dirección de área.

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

	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
1	Hospital eficiente, autosustentable y autosuficiente.	Se continúa trabajando en la actualización del tabulador de cuotas de recuperación, actualmente se está a la espera de la autorización por parte de la SHCP.	Dirección de Administración.	
2	Modernización de equipo.	Se continúa registrando proyectos de inversión sobre sustitución de equipo médico.	Dirección de Administración.	
3	Planeación estratégica.	La Dirección de Planeación Estratégica tiene entre sus principales funciones la de estructurar anualmente el Programa Anual de Trabajo del Hospital, revisar la actualización y trámite del Estatuto Orgánico y, Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos, conducir los procesos de planeación, programación, y la evaluación y seguimiento de metas estratégicas, para alcanzar el cumplimiento de objetivos institucionales.	Dirección de Planeación Estratégica.	
4	Sistema de Costos.	Se continúa trabajando en la actualización de los procedimientos quirúrgicos por el área de costos y se está a la espera de un HRP que permita identificar a detalle los centros de costos del Hospital.	Dirección de Administración	
5	Manuales de Organización.	Conforme a las nuevas Guías Técnicas para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos de la Secretaría de Salud, emitidas el 22 de octubre de 2013; la Dirección de Planeación Estratégica, actualizó los Manuales Generales del Hospital Juárez de México, mismos que fueron autorizados por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).	Dirección de Planeación Estratégica.	

6	Efectiva selección de personal.	Se continúa incorporando personal de acuerdo al profesiograma emitido por la SHCP.	Dirección de Administración.																																																					
7	Distribución de los RRHH.	Se tomó como política interna la contratación de personal de acuerdo a los perfiles establecidos, ubicando las plazas en el área a fin.	Dirección de Administración.																																																					
8	Capacitación continua.	<p>Se contó con el diagnóstico de necesidades de educación médica continua, para el área médica y de enfermería, así como con el diagnóstico de necesidades de capacitación de personal, para las áreas técnico administrativas.</p> <p>Se brindaron 89 cursos de educación médica continua con 5,210 asistentes y 44 cursos de capacitación con 1,346 asistentes.</p> <p>Durante el periodo de enero a diciembre se realizaron 6 cursos sobre sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario con 747 participantes.</p> <p>Con el compromiso de mejorar la capacitación en el Hospital Juárez de México, el 27 de octubre de 2014, el Dr. Martín Antonio Manrique, Director General del Hospital, inauguró una nueva aula de cómputo en el edificio de Enseñanza.</p>	Unidad de Enseñanza.																																																					
9	Reconocimiento al desempeño.	<p>Este programa contó con tres etapas:</p> <p>En la primera, se realizó la inscripción de los participantes.</p> <p>En la segunda, se evaluaron los expedientes de los candidatos y se clasificaron por categorías.</p> <p>En la tercera, se verificó que el participante cumpliera con los requisitos solicitados por el programa.</p>	Unidad de Enseñanza.	<p>Los resultados finales se muestran en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="1127 1476 1534 1814"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Disciplina</th> <th colspan="4">Categoría</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médicos</td> <td>10</td> <td>16</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>Enfermeras</td> <td>1</td> <td>21</td> <td>29</td> <td>35</td> <td>86</td> </tr> <tr> <td>Odontólogos</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Química</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Otras disciplinas</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>20</td> <td>46</td> <td>49</td> <td>47</td> <td>162</td> </tr> </tbody> </table>	Disciplina	Categoría				Total	A	B	C	D	Médicos	10	16	8	0	34	Enfermeras	1	21	29	35	86	Odontólogos	0	0	0	0	0	Química	3	5	8	7	23	Trabajo Social	1	2	3	4	10	Otras disciplinas	5	2	1	1	9	Total	20	46	49	47	162
Disciplina	Categoría					Total																																																		
	A	B	C	D																																																				
Médicos	10	16	8	0	34																																																			
Enfermeras	1	21	29	35	86																																																			
Odontólogos	0	0	0	0	0																																																			
Química	3	5	8	7	23																																																			
Trabajo Social	1	2	3	4	10																																																			
Otras disciplinas	5	2	1	1	9																																																			
Total	20	46	49	47	162																																																			

10	Preparación de futuros directivos.	Se implementaron e impartieron cursos sobre: Capacitación en el desarrollo de habilidades gerenciales, Administración de riesgos, Control interno y Optimización de procesos, logrando capacitar a personal administrativo, jefes de división y de servicio.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	
11	Nuevas modalidades de captación de recursos.	Se continuó promoviendo la celebración de convenios con Instituciones y Hospitales Privados para generar recursos adicionales.	Dirección de Administración.	
12	Consulta externa todo el día.	El servicio de Consulta Externa es proporcionado en el turno matutino en todas las especialidades y en el turno vespertino solo en los servicios que cuentan con médicos adscritos como: Ortopedia, Neumología, Hematología y Oncología.	Dirección Médica	La falta de disponibilidad de médicos especialistas en otras áreas, así como del personal de apoyo como enfermeras y personal de recepción, dificulta implementar la consulta vespertina en todas las especialidades.
13	Hospital vespertino.		Dirección Médica.	Actualmente, no es posible implementarla, debido a la falta de recursos humanos, principalmente médicos especialistas, enfermeras y personal de recepción.
14	Cirugía ambulatoria.	El Hospital estructuralmente no cuenta con una Unidad o área de Cirugía Ambulatoria como tal, no obstante, en el servicio de Oftalmología se efectúan cirugías en pacientes ambulatorios, principalmente de cataratas y problemas de refracción (excimer láser). Algunos otros servicios realizan procedimientos menores en la Consulta Externa.	Dirección Médica.	
15	Auditoría médica cruzada.	Se realizaron nueve auditorías a servicios clínicos; entre ellos, Almacén de Farmacia y Urgencias Adultos, evaluando la capacidad instalada, los procesos de atención al usuario, el cumplimiento de metas internacionales de seguridad para el paciente y, el manejo y	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	

		uso de medicamentos en lo referente a dispensación, preparación y administración de medicamentos.	
16	Aplicación de guías de práctica clínica.	<p>Se estandarizaron los procesos para mejorar la calidad de la atención médico-quirúrgica, mediante el apego de aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC).</p> <p>Se supervisó el trabajo por el Comité de Guías de Práctica Clínica en las actividades asistenciales de los servicios y de 11 mediciones realizadas se determinó un apego global del 90%.</p> <p>Se realizaron actividades para la revisión, modificación y elaboración de protocolos y GPC.</p> <p>Hasta el momento se han elaborado un protocolo y tres GPC, y se encuentran en revisión cinco GPC del servicio de Urología.</p>	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
17	Farmacia intrahospitalaria.	<p>En 2014, el Hospital contó con una central de mezclas externa, que proporcionó los medicamentos antimicrobianos y oncológicos, así como la alimentación parenteral.</p> <p>Para establecer el proyecto de "Farmacia Hospitalaria", se concluyó la licitación referente a medicamentos, material de curación e insumos médicos.</p>	Dirección Médica.
18	Comités intrahospitalarios.	<p>El Hospital cuenta con 16 Comités Institucionales, como parte fundamental de la infraestructura para la gestión de la calidad.</p> <p>Se realizaron 152 sesiones, de las cuales cinco fueron de intercomités.</p> <p>Se elaboró y distribuyó el formato para el informe anual de actividades de comités, con la finalidad de dar seguimiento a los acuerdos establecidos en los comités.</p>	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

19	Modelo de Trabajo de Enfermería.	<p>El Departamento de Enfermería continúa con los programas institucionales coordinados por la Comisión Permanente de Enfermería:</p> <p>Clínica de Catéteres, en el cual se atendió únicamente a pacientes ambulatorios.</p> <p>Clínica de heridas y estomas, la cual se hizo cargo del programa de Prevención de Úlceras por Presión.</p> <p>INDICAS II, se continuó implementado estrategias para mejorar la calidad en el servicio de Enfermería.</p> <p>Se sigue trabajando sobre el plan de alta y seguimiento de los eventos adversos y en el reforzamiento de las 6 metas internacionales de Seguridad del Paciente.</p> <p>En cuanto a cuidados paliativos, no se cuenta con personal; sin embargo, se encuentra en proceso de implementación.</p>	Jefatura de Enfermería.	de
20	Casos estrella.	Se contó con un caso, referente a la reconstrucción genital por cáncer de pene, completándose al 100%.	Dirección Médica.	
21	Enlace con la gente y la comunidad.	<p>La Unidad de Comunicación Social tiene como principal objetivo informar, difundir y orientar a pacientes y familiares, a través de estrategias de comunicación como: carteles, voceo, trípticos, señalamientos, Gaceta, entre otras.</p> <p>Además, se interactúa con los usuarios por medio de redes sociales y portal Web.</p> <p>En coordinación con la Secretaría de Salud, la imagen institucional se proyecta a través de medios masivos de comunicación como: radio, TV, medios impresos y electrónicos, así como entrevistas.</p>	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y Unidad de Comunicación Social.	
22	Banco de leches.	<p>Se impartió capacitación y orientación respecto a la extracción de leche materna, con apoyo de instructivos y trípticos informativos.</p> <p>Se orientó sobre la ablactación,</p>	Dirección Médica.	Debido a la carencia de plazas de enfermeras y médicos pediatras, no se cuenta con personal suficiente que requiere el modelo del Banco de leche.

		mediante pláticas y trípticos informativos.		
23	Modelo de intervención en periodos críticos del embarazo.	Se participó en reuniones del programa sectorial "Prevención de la Muerte Materna". Se aplicaron lineamientos obligatorios para el manejo de emergencias obstétricas. Se mantuvo una vigilancia permanente en los casos de mujeres embarazadas de alto riesgo, así como en las operaciones de cesárea. Se vigiló lo referente a la segunda opinión médica, con la finalidad de aplicar las indicaciones absolutas en la intervención. Se aplicó el Código Mater en las pacientes que presentaron una emergencia obstétrica.	Dirección Médica.	
24	Programa de vigilancia de la menopausia (PROVIME).	No existe el programa como tal, sin embargo, el servicio de Biología de la Reproducción Humana mantiene vigilancia en las pacientes que se encuentran en periodos de peri y menopausia, así como en sus consecuencias.	Dirección Médica.	
25	Referencia y contrarreferencia concertada	El Hospital debido a su ubicación geográfica en el norte de la Ciudad de México y colindante con municipios del estado de México, recibe la referencia de pacientes de diversas unidades conurbadas, debido a la falta de estructura y capacidad de respuesta en especialidades médico-quirúrgicas en las unidades de estas entidades. Las referencias se atendieron en los servicios de urgencias y de consulta externa. En relación a la contrarreferencia, ésta se dificulta por la carencia de especialistas en las unidades referentes. Asimismo, la referencia de pacientes a los Institutos Nacionales de Salud,	Dirección Médica.	Es difícil establecer un programa efectivo para la referencia y contrarreferencia, debido a la carencia de voluntad política para establecerlo, así como por la complejidad del sistema y la fragmentación en servicios de salud estatal y distrital.

		solamente se efectúa cuando se requieren estudios de diagnóstico especializado.		
26	Centro toxicológico.	El Hospital cuenta con un Centro Toxicológico, el cual proporciona atención médica a paciente intoxicados y proporciona asesorías telefónicas a nivel nacional las 24 horas del día. Además, tiene un banco de antídotos y antivenenos completo. Por otra parte, existe un convenio con el Estado de México para atender a pacientes de esa entidad, mismos que son trasladados en helicóptero.	Dirección Médica.	
27	Visita a domicilio.		Dirección Médica.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa por la falta de recursos humanos dirigidos al mencionado programa.
28	Médico de familia.		Dirección Médica.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa por la falta de recursos humanos dirigidos al mencionado programa.
29	Programa de cuidados paliativos	No hay un servicio de Cuidados Paliativos como tal; sin embargo, la Clínica del Dolor, así como una tanatóloga especialista en Cuidados Paliativos, atienden a pacientes seleccionados, principalmente del área de Oncología, con apoyo de personal de enfermería que se ha capacitado en esa área.	Dirección Médica.	

30	Comité permanente de certificación.	Se reinstaló el Comité de Certificación, formado por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud. Se implementó un modelo Direccional de Gestión de la Calidad, estructurado de acuerdo a los estándares de la cédula de certificación. Se integraron equipos de trabajo para documentar y capacitar al personal en el proceso de certificación. Se realizó el proceso de autoevaluación en los rubros de infraestructura, procesos y resultados, para determinar las áreas de oportunidad.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	
31	Fomentar el autocuidado y la medicina preventiva.	Como parte del Plan del alta del paciente hospitalizado, el Departamento de Enfermería capacitó a pacientes y familiares en lo referente al autocuidado. El servicio de Medicina Preventiva proporcionó vacunas en diferentes modalidades de acuerdo a las políticas institucionales. Algunos servicios como parte de la atención, proporcionan información preventiva de algunas enfermedades.	Dirección Médica.	
32	Programas enfocados hacia el empleado y su familia	En coordinación con la Comisión de Seguridad e Higiene, se realizaron visitas a los servicios de lavandería, almacén de reactivos y comedores para la identificación, ponderación y gestión de riesgos laborales, logrando mejorar el ambiente laboral y la seguridad para el trabajador.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	
33	Alianza médica para la salud		Dirección Médica.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa.

34	Hospital Seguro	Se reinstaló el Comité de Atención de Emergencias y Desastres. Se actualizaron los planes de atención de emergencias y desastres, y atención de emergencias bacteriológicas. Mediante una sesión general, se informó al personal la estructura del plan de atención de emergencias y desastres. Con la colaboración de la Unidad de Protección Civil, se actualizó el mapa de riesgos para la Institución.	Dirección de Administración, Dirección Médica y Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	
35	Hospital Verde	Se está a la espera de recibir lineamientos para su implementación.	Dirección de Administración.	
36	Simulacro de robo de infante	Como parte del manejo de riesgos institucionales y bajo la supervisión de la Unidad de Protección Civil, se realizaron dos simulacros de robo de infante (código rosa). Se capacitó a un grupo de brigadistas y, al personal de seguridad y vigilancia.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	
37	CECADET-UNAM	La Unidad de Enseñanza no realizó el convenio con el Centro de Ciencias Aplicadas y Desarrollo Tecnológico, debido a la distancia existente entre ambas partes, así como, al trayecto que hubieran realizado los estudiantes.	Unidad de Enseñanza y Dirección de Investigación.	
38	Promoción de la investigación científica	Se realizó el 2º Congreso de Investigación Biomédica, Clínica y Quirúrgica y, Jornadas de Médicos Residentes, del 9 al 11 de diciembre de 2014, premiando a los mejores trabajos presentados en las diferentes modalidades.	Dirección de Investigación.	Se proporcionó a los médicos residentes el Curso de metodología de la Investigación, impartido por los Investigadores en Ciencias Médicas del Hospital.
39	Protocolos y proyectos Interinstitucionales (incluye Universidades y Escuelas de Educación Superior)	Durante el 2014, se contó con 97 protocolos de investigación en proceso, de los cuales el 14.4% (14 protocolos) son proyectos de investigación vinculados con otras instituciones.	Dirección de Investigación.	Se firmó un convenio de colaboración interinstitucional con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), en materia de investigación.

40	Protocolos internacionales	Durante 2014, se inició un protocolo en colaboración con la Universidad de Londres, Inglaterra “Queen Mary University of London” para evaluar las complicaciones después de la cirugía electiva.	Dirección de Investigación.	
41	Aplicar la Ética Médica	El Hospital mantiene un compromiso permanente con la Ética y la Bioética, contando con tres comités al respecto: el Comité de Ética en Investigación, el Comité de Bioética Clínica y el Comité de Ética para los trabajadores dependiente de la Secretaría de la Función Pública.	Dirección de Investigación y Dirección Médica.	
42	Revista periódica	El Hospital no cuenta con una revista científica indexada; sin embargo, la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital cuenta con su revista que tiene más de un siglo de existencia, indexada en diversas plataformas (Grupo I).	Dirección de Investigación y Unidad de Comunicación Social	
43	Área de Comunicación Social	<p>Con la finalidad de impulsar el cumplimiento de los Valores, Misión y Visión institucionales, la Unidad de Comunicación Social generó estrategias, las cuales permitieron interactuar con todas las áreas del Hospital, logrando fortalecer la imagen pública e institucional.</p> <p>Comunidad interna: La Gaceta HJM y el Boletín de Calidad son medios de difusión interna y se imprime un número cada trimestre.</p> <p>Se realizaron campañas Integrales preventivas e institucionales, en el último trimestre se dio continuidad a cuatro de ellas y se generaron dos nuevas. Comunidad externa: Se realizaron 27 entrevistas en el último trimestre. Se gestionaron 4 apoyos y actividades entre grupos voluntarios y el Patronato, para el servicio de Pediatría y niños de</p>	Unidad de Comunicación Social	

		hospitalización 4to piso.	
44	Hospital 100% libre de humo de tabaco	Se elaboraron, distribuyeron y colocaron carteles con el lema "Hospital libre de humo de tabaco".	Dirección de Administración, Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y Unidad de Comunicación Social.
45	Página Web	En la Intranet se implementaron servicios como: Directorio telefónico interno, Mesa de servicios, Normateca y Correo electrónico. Se diseñaron, desarrollaron e implementaron aplicaciones en línea como: Buzón del Comité de Ética y Conducta, Observatorio del Evento Adverso, Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación, Formulario de Solicitud de Estudio Histopatológico, Cédula de Evaluación Docente, Calendario de Cursos y Eventos Académicos, Gaceta del HJM, Código de Ética y Conducta, Lavado de Manos, Modelo de Cultura Organizacional y un apartado relativo a la Firma Electrónica Avanzada (FIEL).	Comité de Información y Centro de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT).
46	Universidad del paciente	Se realizaron diversas actividades de planeación para la implementación del programa; sin embargo, la Dirección Médica informó a la Unidad de Enseñanza, que el citado programa no aplicaba para la institución.	Unidad de Enseñanza.
47	Aval ciudadano	Se realizaron verificaciones físicas y documentales sobre los compromisos establecidos en la primera y segunda carta compromiso, puntualizando los avances de cada uno de ellos. Se realizaron tres mediciones cuatrimestrales, alcanzándose la meta del 100%. Se incorporaron nuevos avales ciudadanos en la segunda sesión, los cuales fueron capacitados por la Unidad de Gestión de la Calidad.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)

48	Programa KARDIAS		Dirección Médica.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa.
49	Programa AIDE		Dirección Médica.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa.
50	Programa PREMIO			El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa.
51	Programa PROTÉGEME		Dirección Médica, Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y Unidad de Comunicación Social.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa.
52	Programa PROTÉGETE		Dirección Médica, Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y Unidad de Comunicación Social.	El Hospital no se encuentra aún incorporado a este programa.

1.2 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**, se realizaron diversas acciones entre las que se destacan las actividades de capacitación para el desarrollo y mejoramiento de competencias gerenciales de los jefes de servicio, se promueve y fortalece la participación y el sentido de pertenencia de los funcionarios con la Institución, en la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo satisfactorias, asimismo, se establecieron las condiciones necesarias para que el trabajador participe en la detección y solución de problemas relacionados con la planeación de objetivos, metas y obtención de resultados en los servicios, se fortaleció el valor de las relaciones humanas enfocadas al mejoramiento en la satisfacción de las necesidades del usuario.

Respecto a la Estrategia: **“Consolidar la Actualización Profesional del Personal de Salud”**, la Unidad de Enseñanza desarrolló un Programa de Actividades Académicas, que consta de cursos monográficos, cursos taller, congresos, sesiones generales, diplomados y eventos especiales en donde participan en su diseño y ejecución la Sociedad Médico Quirúrgica, la Asamblea de Enfermeras, la Escuela de Enfermería, la Jefatura de los Servicios de Enfermería y las Direcciones Médica y de Investigación.

Adema, los servicios de las diferentes divisiones realizan otras actividades académicas que contribuyen a la formación de médicos residentes, dentro de estas actividades se contemplan sesiones temáticas, sesiones clínicas y revisión de casos de particular interés o de mayor complejidad para su diagnóstico o tratamiento.

Por otra parte, se mantienen acciones permanentes como son: la Institución tiene como valor fundamental la profesionalización de todos los componentes del equipo de salud y en la manera de que se disponen recursos se apoya a las diferentes áreas, desde el punto de vista de preparación gerencial, los médicos jefes de servicio, han recibido por tercer año consecutivo, el curso-taller sobre habilidades gerenciales que ha impartido el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), cuya finalidad es mejorar las competencia en la gestión de los servicios sanitarios y dar herramientas administrativas a los mandos que tienen a su cargo personal operativo en el cual han participado durante el año que se informa un total de 30 jefes de los servicios clínicos.

Paralelamente a la acción anterior y con la finalidad de apuntalar la gestión de recursos sobre todo relacionados con la renovación del equipamiento médico de los servicios, algunos jefes de de servicio han desarrollado proyectos de inversión para ser inscritos en la cartera respectiva de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Con la finalidad de mantener la profesionalización, los servicios de las diferentes divisiones realizan múltiples actividades académicas, la periodicidad más común es la semanal y en ellas se incorpora una temática relacionada a la especialidad, casos clínicos, revisiones bibliográficas, o interdisciplinarias donde se revisan aspectos de la especialidad.

El Hospital en conjunto con el Unidad de Enseñanza y la Sociedad Médico-Quirúrgica organizan semanalmente la sesión general del Hospital, durante el 2014 se desarrollaron 47 sesiones, con la participación de 12,831 asistentes, en donde se tratan temas médicos y ocasionalmente de tipo cultural en fechas especiales; de la misma forma, se incorporan sesiones anatómo-patológicas de casos relevantes fundamentalmente con la presentación de los resultados obtenidos de las autopsias. Esta actividad tiene como finalidad, mantener la actualización médica continua de los médicos de base y becarios, así como de enfermeras y de personal paramédico.

Los servicios hospitalarios participan en la presentación de ponencias, en cursos institucionales y en actividades de capacitación y docencia con Asociaciones, Consejos,, Colegios y Sociedades Nacionales de las diferentes especialidades; además de que varios especialistas asisten y ocasionalmente participan con trabajos libres en los Congresos Nacionales e internacionales en los Estados Unidos y en Europa. Todas estas actividades les permiten a los médicos especialistas mantenerse actualizados en los avances médico-quirúrgicos.

Durante el 2014, la Unidad de Salud Mental Comunitaria, ha contribuido con la capacitación del personal de consulta externa, en cursos de “Trato digno” y “Atención al usuario”, así como en la formación de pasantes de la Facultad de Psicología de la UNAM y en la Maestría sobre Psicología Conductual. También apoyó tres cursos sobre seguridad del paciente y el IV Diplomado sobre Cultura de Seguridad del Paciente.

Con todas estas acciones se favorece la profesionalización de la rama médica del Hospital, para el caso de la profesionalización del personal de enfermería siendo un objetivo prioritario de esta gestión, sobre todo a nivel licenciatura y grado de maestría, el Departamento de Enfermería ha establecido un enfoque en especial a la consolidación de los Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES) de los cuales se han integrado a los servicios hospitalarios un total de 32; además, se ha trabajado intensamente en el fortalecimiento de la Clínica de Catéteres para ampliarla y cubrir todos los catéteres del Hospital, en particular un programa específico de los colocados en posición central pero por una vía periférica, los denominados PICCs.

Durante el 2014, en cuanto a la profesionalización del personal de enfermería, mostró un incremento en un 9.4% de nivel de licenciatura, en comparación con el periodo de 2013.

Año	Licenciatura	Maestría
2013	235	36
2014	257	36

En la Estrategia: “**Sistematización de la Investigación Científica de Excelencia**”, se realizaron las siguientes acciones: dentro de la línea de acción “Estrategias que orienten y optimicen el desarrollo de la investigación”, se actualizó el Manual de Procedimientos y Organización del Comité de Investigación, para asegurar la calidad, originalidad y relevancia de la investigación que se realiza en el Hospital y acortar los tiempos de

respuesta a un protocolo sometido. Además, se continuo con las sesiones semanales de investigación, con la presentación de los avances preliminares de los protocolos de investigación por parte de los investigadores en Ciencias Médicas y con Investigadores invitados externos, para propiciar la discusión científica y la vinculación en el desarrollo de nuevos proyectos de investigación.

En la línea de acción “Fortalecimiento de la comunicación interinstitucional”, se firmó un convenio de colaboración interinstitucional con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (IMEGEN), en materia de investigación, para poder aprovechar las tecnologías con las que cuenta el Instituto.

Con relación a la línea de acción “Oportunidades y financiamiento”, se lograron tres financiamientos por parte de CONACyT: en la convocatoria de Proyectos de Desarrollo Científico para Atender Problemas Nacionales, para la búsqueda de marcadores moleculares para la identificación rápida y específica de algunos hongos; en la Convocatoria de Investigación Básica SEP-CONACYT para el estudio de la oncoproteína E6 del Virus del Papiloma Humano y en la convocatoria FOSSIS-CONACyT, para el estudio de algunos polimorfismos presentes en Lupus Eritematoso generalizado.

En cuanto a la Estrategia: **“Enseñanza con Alto Perfil de Vocación Científica y Humana”**, El Programa de Actividades Académicas, ha tenido un énfasis a la contribución de la actualización permanente en aspectos fundamentales como son: la preparación de los planes de cuidados enfermeros (PLACES), y la vinculación de la taxonomía NANDA NIC NOC y protocolización de los cuidados de enfermería que sirve de base para los citados Planes, además de sesionar semanalmente en temas actuales de enfermería hospitalaria.

Otro aspecto, ha sido el enfoque de una proporción importante de los cursos a brindar conceptos y herramientas de calidad y seguridad hospitalaria en procesos de atención, de manera particular la atención del personal de enfermería en actividades académicas relacionadas con calidad y seguridad, capacitándose en este rubro a 2,108 enfermeras, que representa el 40.5% del total de los asistentes a cursos de educación médica continua.

En la Estrategia: **“Administración Financiera Bajo Esquema de Transparencia y Rendición de Cuentas”**, se realizaron las siguientes acciones: en la línea de acción *“Sistematización para la administración de los recursos humanos”*, en el área de Control de Asistencia, se realizó el cambio de relojes biométricos, permitiendo hacer más eficientes los movimientos del personal, en el Departamento de Nóminas se realizó la implementación y validación del Comprobante Fiscal Digital por internet de nómina 2014 (CFDI's), de conformidad con la Resolución Miscelánea para 2014 y los artículos 27 fracción V y 99, fracción III de la Ley del Impuesto Sobre la Renta; 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, que señalan que el único esquema vigente para 2014 será el Comprobante Fiscal Digital por pago de sueldos y salarios. Asimismo, se incorporaron a través de la Tesorería de la Federación los pagos de impuestos, seguridad social, FOVISSSTE y FONAC.

Por otra parte, se celebraron 39 sesiones de las Comisiones de: Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Central Mixta de Capacitación, Central Mixta de Escalafón, Central de Vestuario y Equipo y la Comisión de Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo.

En la línea de acción “*Monitorización de la transparencia y suficiencia financiera*” se llevó a cabo la fiscalización de los recursos recibidos, por parte de instancias internas como el Órgano Interno de Control y de instancias externas como el Auditor Externo, permitiendo fortalecer los procesos administrativos del Hospital, asimismo, se dio atención a todas las observaciones en materia financiera.

Los recursos asignados al Hospital y los apoyos recibidos adicionales para gasto de operación, se ejercieron al 100% sin generar subejercicios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y haciendo más eficientes los recursos destinados en su mayoría para insumos médicos y servicios del Hospital. De igual manera, se gestionó oportunamente la captación de ingresos por casos médicos atendidos del Seguro Popular, lo que generó que se incrementara la captación en un 9% respecto al ejercicio anterior; y se obtuvo el 99% de los ingresos propios estimados.

Se cumplieron con las obligaciones fiscales en los plazos y formas establecidos evitando pagos extemporáneos, recargos y actualizaciones.

Se llevaron a cabo las acciones que dieron cumplimiento al Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción (PTRC), a las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y a las acciones de disciplina presupuestal en el ejercicio del gasto, así como para la modernización de la Administración Pública Federal para el ejercicio 2014.

Cabe mencionar que el Hospital participó en el *Estudio General de la Situación que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional en el Sector Público Federal* que realizó la Auditoría Superior de la Federación, con un alcance de 290 instituciones de los Poderes de la Unión y Órganos Constitucionales Autónomos, dentro de los cuales se encuentra la Secretaría de Salud, el cual tuvo como objetivo diagnosticar el estado que guarda el marco de control interno y evaluar el establecimiento y funcionamiento de sus componentes, identificar posibles áreas de oportunidad, sugerir acciones que lo fortalezcan e incidir en su eficacia. Cabe destacar, que el Hospital obtuvo en la primera etapa un puntaje de 43, ubicándose en un estatus medio, algo que sólo lograron tres instituciones del Sector Salud. No obstante, el Hospital continuó dando seguimiento a las acciones pendientes, a través de reuniones de trabajo entre las áreas involucradas y presentando el soporte documental correspondiente a las acciones realizadas para su revisión y validación. Por lo que, la Auditoría Superior de la Federación reevaluó el puntaje inicial con base en la información complementaria presentada, obteniendo un puntaje de 83, lo que ubica al Hospital en un estatus alto.

Lo anterior, refleja que el Hospital dio cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables, a la rendición de cuentas, la administración de riesgos y en la transparencia. Sin embargo,

implica un mayor grado de compromiso para continuar implementando acciones de mejora que permitan hacer más eficientes los procesos para el logro de los objetivos y metas institucionales.

En la línea de acción “Operatividad de los procesos administrativos, inventario y racionalización de los recursos”, se dio preferencia a los procesos licitatorios logrando garantizar las mejores condiciones de compra en precio, calidad y oportunidad para el Hospital, así como una mayor competitividad entre proveedores nacionales y extranjeros.

Durante el ejercicio 2014, se llevaron a cabo los procesos de adquisición, almacenes y abasto racional de insumos que permitieron abastecer en forma oportuna la demanda de los servicios de atención médico-quirúrgica, a través de los siguientes procedimientos de contrataciones: 15 Licitaciones Públicas Nacionales con un importe de \$154,198 miles de pesos, 7 Licitaciones Públicas Internacionales bajo la cobertura de tratados con un importe de \$159,247 miles de pesos; 1 Licitación Pública Internacional Abierta con un importe de \$26,109 miles de pesos; 17 Contrataciones dictaminadas procedentes por el Comité (Fracciones I, II, VIII, IX, segundo párrafo X, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII y XIX del artículo 41 de la LAASSP con un importe de \$53,820 miles de pesos; 33 Contrataciones correspondientes a los casos de las Fracciones: II, IV, V, VI, VII, IX primer párrafo, X, XII y XX del artículo 41 de la Ley con un importe de \$29,283 miles de pesos, 2 Invitaciones a cuando menos tres personas (artículo 42 y 43 de la LAASSP) con un importe de \$1,869 miles de pesos; 1,186 Adjudicaciones Directas (artículo 42 de la LAASSP) con un importe de \$86,588 miles de pesos y 3 Adjudicaciones Directas por monto realizadas por las unidades administrativas (artículo 42 de la LAASSP) con un importe de \$1,703 miles de pesos.

Estos procedimientos fueron autorizados y supervisados por los comités de apoyo, tales como: el Comité de Adquisiciones de Bienes y Servicios y el Subcomité Revisor de Bases del Hospital, los cuales sesionan en forma ordinaria, mensualmente y extraordinaria, según las necesidades del Hospital.

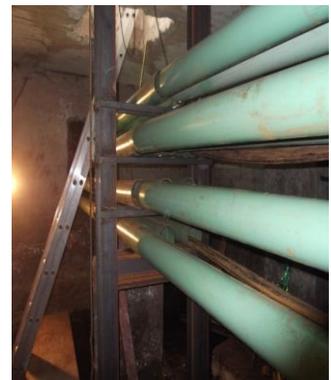
Asimismo, se realizaron los procedimientos de contratación electrónicos logrando disminuir los tiempos de abastecimiento de medicamentos, insumos, materiales y equipo, así como transparencia en el proceso de abastecimiento mediante el acceso en tiempo real al Sistema de Compras Gubernamental (COMPRANET) para su seguimiento

Por otra parte, se implementaron acciones de mejora en los almacenes como: mantener la supervisión y verificación de la captura de los movimientos de los almacenes en el sistema Kuazar con un día hábil máximo de desfase. Se elaboró el catálogo de firmas autorizadas para la solicitud y recepción de insumos en los diversos almacenes, se mantiene una supervisión constante por parte del personal responsable en la entrega-recepción de los mismos, se determinaron formatos de indicadores de rotación de inventarios, confiabilidad de inventarios, determinación óptima de existencias por productos y confiabilidad en el registro de movimientos de inventarios, lo que permite la determinación de fechas y volúmenes de compra, se realizó la conciliación de los bienes de consumo entre el Departamento de Contabilidad y el Departamento de Almacenes e Inventarios, se

realizaron los inventarios físicos de los bienes muebles e instrumentales del Hospital. Asimismo, se elaboró un instructivo para el desarrollo del inventario, un cronograma anual y un programa mensual para dar un seguimiento oportuno, se actualizó el formato de resguardo de bienes, se continuó con la medida de elaborar un reporte semanal de insumos que presentan desabasto y de lento y nulo movimiento, los cuales se notifican al Departamento de Abastecimiento, a fin de evitar su adquisición, generando ahorros y evitando compras innecesarias mediante la identificación de existencias disponibles.

En la línea de acción “Conservación”, se realizaron al periodo que se informa las siguientes actividades de mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones e infraestructura física del Hospital:

- Ampliación de la cámara fría, cambio de tablero eléctrico de emergencia y puerta de emergencia, en el Almacén de reactivos.
- Trabajos de albañilería y electricidad en el servicio de Radiodiagnóstico para el ortopantomógrafo.
- Trabajos de pintura en puertas de elevadores en los pisos de consulta externa y hospitalización.
- Restauración de sillas de ruedas de los servicios de Cirugía General y Servicios Generales y de camillas en diversos servicios.
- Mantenimiento mayor en el cuarto piso Neonatos Alto Riesgo.
- Trabajos de mantenimiento correctivo a casa de máquinas del Helipuerto, área de Gobierno, Rayos X y Quirófanos.
- Cambio de empaques a hidratantes en diversas áreas del Hospital.
- Restauración de muros y pinturas en la planta baja donde se encuentran los elevadores de hospitalización y consulta externa.
- Colocación de refrigerante a unidades condensadoras en la casa de máquinas 4, manejadoras de aire.
- Identificación y reparación de fugas de aguas en distintas áreas del Hospital.
- Reparación del 50% de las tuberías del Hospital.
- Fabricación de muebles para los checadores electrónicos
- Reparación de plafón y rehabilitación de gabinetes en el área de la Farmacia.
- Reparación de equipo de aire acondicionado y trabajos de limpieza a la caldera No.2 en la casa de máquinas.
- Cambio de lámparas T-8 a T-5 en diversas áreas del Hospital.
- Cambio de centros de control de motores de aire acondicionado por tableros eléctricos nuevos.



- Instalación de cableado de datos, contactos y trabajos de pintura en la Aula B del CECAD.
- Remodelación de oficinas del servicio de Oncología planta baja y Medicina Nuclear.
- Limpieza y desazolve de las celdas de cimentación.
- Reparación de puertas y ventanas de aluminio, colocación de cancelería en diversas áreas del Hospital.
- Reparación de tuberías de desagüe pluviales.
- Remodelación del aula 1 de la Escuela de Enfermería
- Reparación del tanque terapéutico del servicio de Rehabilitación.
- Adecuación del área para la Resonancia Magnética.
- Remodelación de aislados del servicio de Urgencias Adultos.
- Remodelación del Laboratorio Clínico.



Por otra parte, el Departamento de Mantenimiento Biomédico, realizó un total de 432 mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos médicos del Hospital, destacando máquinas de anestesia, equipos de monitorización, mesas quirúrgicas, lámparas quirúrgicas, equipos de endoscopia, ventiladores, microscopios, equipos de rehabilitación, autoclaves, vaporizadores, equipos de imagenología, congeladores y ultracongeladores, equipos de audiología, compresor de aire médico, equipos de oftalmología, equipo de braquiterapia, equipo de teleterapia, incubadoras y cunas de calor radiante. Cabe señalar, que se adquirió una fuente de cobalto 60 para tratamientos oncológicos.



Derivado de proyectos de inversión, se logró la adquisición de un tomógrafo de 64 cortes con reconstrucción virtual a 128 cortes por un monto de \$17,227 (miles de pesos) e instrumental quirúrgico por un valor de \$3,300 (miles de pesos).

Se llevaron a cabo cursos de capacitación para el personal del Hospital en el manejo de los siguientes equipos: bombas de infusión, centrífugas, máquinas de anestesia y monitores de signos vitales.

Por último, se desarrolló, instaló e implementó el programa ADBIO, el cual genera las órdenes recibidas, atendiendo y registrando más de 1,100 órdenes de mantenimiento preventivo y/o correctivo a equipo del Hospital, brindando un seguimiento en la atención de los reportes realizados, así como un mejor control de los recursos.

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 de reporte: La seguridad de los pacientes representa siempre una exigencia para un hospital certificado ante el Consejo de Salubridad General, como una obligación de hacer menos riesgosa la atención médica, debido a que las deficiencias en la seguridad impactan en los resultados tanto de tipo médico como en la evolución de los pacientes, al punto que los incidentes de seguridad pueden causar mayor número de estudios y estancias más prolongadas hasta la muerte del paciente. Esta administración tiene como prioridad la seguridad del paciente, mediante la prevención de diversos incidentes relacionados a la atención a la salud (IRAS); desde las denominadas *cuasi-fallas*, que no originan daño a los pacientes dado que son detectadas a tiempo, hasta los llamados eventos *centinelas* o graves, siendo los más comunes los errores de medicación, las infecciones nosocomiales y las caídas de pacientes.

En lo referente al seguimiento de las 6 metas internacionales de seguridad de la OMS, se realizaron las siguientes acciones:

En la Meta 1; Mantener la identificación correcta con base en dos identificadores que son el nombre del paciente y su fecha de nacimiento; y para garantizar mayor seguridad se cuenta con un sistema de elaboración de pulseras de identificación durables y con datos personales completos.

Con respecto a la Meta 2; La mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud, en particular, con la prohibición de las órdenes verbales y telefónicas.

Referente a la Meta 3; En el caso del uso de fármacos de alto riesgo en los pacientes hospitalizados, se mantienen las supervisiones directas de seguridad por enfermeras y supervisoras con la aplicación de los llamados *“7 correctos”*, así como con la ubicación idónea de los medicamentos de este tipo en áreas aisladas y habiendo adoptado en el año de reporte la nueva identificación cromática, en alineación a la NOM respectiva, con lo cual se ha contribuido a la reducción parcial de los errores de medicación.

En la meta 4 y 5: las medidas para realizar cirugías seguras y disminuir las infecciones intrahospitalarias, se cuenta con programas institucionales y estrategias de supervisión de estas dos metas, para lo cual se han actualizado los formatos de la programación de la cirugía, que abarcan supervisiones en 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 cirugías y la posibilidad de extravío transoperatorio de instrumental o textiles en el organismo del paciente operado.

Dentro de la meta 5 en la prevención de las infecciones nosocomiales, dada la trascendencia en salud tanto económica y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, se tiene especial vigilancia de las bacteriemias secundarias y las neumonías hospitalarias; se continúa fortaleciendo el programa de lavado de manos del personal en contacto directo con los pacientes con la técnica propuesta por la OMS y se realizó la semana de promoción del lavado de manos con compromisos de las autoridades de

impulsarlo, así como la implementación de los médicos residentes líderes en el lavado de manos y la prevención de las infecciones nosocomiales. Se ha mejorado la utilización de alcohol-gel, en las áreas comunes de hospitalización y de alcohol-clorhexidina, un antiséptico potente para las áreas críticas, en donde las infecciones son severas y pueden ser letales. Además, se inició la aplicación en forma de pilotaje del paquete de medidas preventivas (*care bundle*) para la prevención de las neumonías adquiridas dentro del Hospital, en particular las asociadas al uso de ventiladores mecánicos, así como también la primera fase del uso de derivados del peróxido de hidrógeno y plata para la “sanitización” de áreas críticas y quirófanos.

El Proyecto de Farmacia Hospitalaria se encuentra terminado, habiéndose elaborado los catálogos respectivos de medicamentos, excepto los que se incorporaron a compras consolidadas con el sector salud, así como el catálogo de materiales de curación. Se preparó toda documental de las bases de la licitación multianual (2015-2018) que fue aprobada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la presencia del OIC del Hospital, se publicó la convocatoria y se dará seguimiento en el año 2015 al proceso con la finalidad, de que en el segundo trimestre de 2015 esté en funcionamiento.

El Centro de Mezclas externo proporciona los medicamentos oncológicos y antibióticos, así como la nutrición parenteral que impacta, favoreciendo la seguridad de los pacientes al garantizar dosificaciones y condiciones de estabilidad farmacológica adecuadas y dentro de la normatividad vigente.

La última meta internacional de seguridad, la número 6 “La prevención de las caídas”, se ha abordado mediante la utilización global de los esquemas de identificación de riesgos individualizados que se realiza al ingreso al Hospital con la escala de *Crichton*, que identifica los grados de riesgo, sobre todo de caídas de cama. Además se vigila estrechamente a los pacientes que deambulan y se bañan con apoyo de sus familiares, así como la prevención de caídas durante el traslado en camilla o en sillas de ruedas.

En cuanto a la capacitación en seguridad de los pacientes, se realizaron durante el 2014, tres cursos básicos con 30 horas de duración, con la asistencia de 69 trabajadores de diversas áreas y se concluyó el IV Diplomado “*Creando una cultura de Seguridad del Paciente*”, con el aval de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud, con 37 alumnos egresados. En ambas actividades, durante el año 2015 se revisarán y actualizarán sus programas operativos.

Para apuntalar la capacitación en seguridad del paciente se tuvo como una estrategia prioritaria la edición de un libro sobre seguridad del paciente que está diseñado con 41 capítulos sobre la temática más actualizada en la materia, con la participación como autores de los alumnos de los 4 diplomados realizados en los años anteriores y el actual. La revisión del manuscrito se ha terminado y el proceso de edición se encuentra en un avance del 70%, se espera tenerlo concluido a finales del mes de marzo de 2015.

La Institución abordó la seguridad del paciente mediante un modelo que incluye las siguientes líneas de acción; 1). Administración de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente estableciendo un catálogo conformado con un total de 22 riesgos determinan los factores y las causas relacionadas con cada uno de ellos, así como las alternativas para su gestión, las áreas involucradas, establecimiento de los controles y el seguimiento. 2). El análisis reactivo del evento adverso, aprendiendo de los errores, se determinaron las definiciones operacionales, para su reporte y análisis por un grupo multidisciplinario capacitado en seguridad para el paciente establecido en una área de la Unidad de Gestión de la Calidad identificada como observatorio del evento adverso, con la finalidad de establecer las alertas, planes o programas para prevenir la presentación del evento adverso y mejorar la seguridad del paciente, se diseñó un sistema automatizado para el reporte del EA, en el Intranet Institucional, 3). Capacitación continua en seguridad para el paciente. 4). Se elaboraron y se implantaron un total de 42 planes de mejora relacionado con la seguridad del paciente

Como apoyo al cumplimiento de las estrategias y líneas de acción del Programa Quinquenal del Director General, se realizaron las siguientes actividades:

Se atendieron diversas auditorías y supervisiones internas y externas (Auditoría Superior de la Federación, Despacho Externo "Vincourt y Compañía, S.C. Contadores Públicos", Órgano Interno de Control, Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Coordinación de Hospitales Federales de Referencia).

Se realizaron reuniones para el mejoramiento de los procesos: se sesionó en 13 ocasiones con el Consejo Técnico Consultivo del Hospital, se efectuaron 152 sesiones de Comités y se llevaron a cabo 221 entregas de guardia con el Cuerpo Directivo del Hospital.

En cuanto al fortalecimiento de la imagen institucional, la Unidad de Comunicación Social, a través de estrategias de comunicación y campañas institucionales integrales, dirigidas a las personas tanto internas como externas, realizó las siguientes actividades:

Se publicaron tres números de la "Gaceta HJM" y tres números del "Boletín COCASEP" (semestrales).

En cuanto a la difusión y salida a medios de comunicación, se efectuaron 94 entrevistas: 30 de televisión, 26 de radio, 26 para medios impresos y 12 para portales Web, a diferentes medios de comunicación y electrónicos como: (Noticieros Televisa, TV Azteca, CB Televisión, México al Día, TV Milenio, Canal 11, Canal 22, Grupo Radio Mil, Grupo Radio Centro, Grupo ACIR, Encuentro Vital Radio 620, Radio IMER, Radio Capital, La Hora Nacional, Radio Fórmula, México Médico, Periódicos, Revistas, Boletín Informativo y Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud).

Con respecto a campañas institucionales, se realizaron 13; cuatro fueron de identidad y pertenencia de carácter permanente (Derechos de los Pacientes, Misión y Visión, Expediente Clínico, Cita Telefónica de Primera Vez) y nueve sobre eventos y servicios

específicos (Día Mundial del Riñón, Día Mundial contra el VIH, Día del Niño Paciente, Día del Médico, Día Mundial del Lavado de Manos, Día de la Secretaria, X Congreso de Trabajo Social).

Asimismo, durante la celebración del XXV Aniversario del Hospital Juárez de México, se presentó el Coro del HJM, se realizaron conferencias académicas y culturales, además de una exposición de esculturas del artista Sebastian y la participación de la Orquesta Sinfónica del Conservatorio Nacional de Música. Y durante el cierre de actividades 2014, se llevó a cabo la presentación de la edición del libro conmemorativo “Los primeros 25 años del HJM”.



En cuanto a relaciones públicas, mediante la gestión con la fundación “Con Ganas de Vivir”, el grupo voluntario “Regalando Sonrisas”, el Patronato del Hospital Juárez de México y personal del Hospital (Recursos Financieros), se realizaron los eventos del “Día del niño” y “Navidad de los Niños Paciente”.

Con relación a la difusión interna, se apoyo a las áreas y servicios en el diseño e impresión de gráficos, así como, en la gestión del voceo para la difusión de sus actividades. Además se orientó a los pacientes a través de módulos de información y se cubrieron mediante fotografía y video 22 sesiones médicas del Hospital.

En lo referente al “Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas” de la CCINSHAE, para el apoyo a pacientes que no hablan español, en coordinación con Trabajo Social, se atendieron a 50 pacientes que hablaban las lenguas Otomí, Náhuatl, Totonaca, Zapoteco, Mazahua, Mixteco, Mixe, Tarasco, Mazahua, Huichol, entre otras.

Durante el 2014, el Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT), coadyuvó en la mejora de la gestión, realizando las siguientes acciones:

Se implementó el monitoreo del equipo de cómputo activo de la Red de datos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con la finalidad de detectar el aumento en el consumo del ancho de banda.

Se inicio el monitoreo del tráfico de la red de datos, diseñando e implementando políticas de seguridad de información, las cuales permite el correcto funcionamiento de la misma.

Se desarrolló el proceso de digitalización de trámites y servicios en el área de Trabajo Social y Banco de Sangre.

En lo referente al Portal Institucional, se actualizó en 181 ocasiones, con información de diferentes áreas del Hospital (Administración, Médica, Investigación, Enseñanza, Calidad, Unidad de Enlace y Almacenes), así como de dos dependencias (IFAI y SFP).

Se implementó la administración de la Intranet del Hospital, como herramienta de comunicación interna del personal. Se realizaron 45 cambios de información con documentos e imágenes de las áreas: Médica, Administración, Investigación, Enseñanza, Trabajo Social, Calidad y Unidad de Enlace.

Se desarrolló e implementó el servicios de administración (directorio telefónico interno, Mesa de servicios, normateca y correo electrónico), así como aplicaciones en línea (Buzón del Comité de Ética y Conducta, Observatorio del Evento Adverso, Encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación, Formulario de Solicitud de Estudio Histopatológico, Cédula de Evaluación Docente, Calendario de Cursos y Eventos Académicos, Gaceta del HJM, Lavado de Manos, Modelo de Cultura Organizacional y un apartado relativo a la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)).

Con la finalidad de que el personal indicara los temas requeridos para su capacitación, se implementó en línea el “Sistema de Detección de Necesidades para Capacitación” para la Escuela de Enfermería, Jefatura de Enfermería, Dirección de Investigación y Unidad de Enseñanza.

Se diseño y desarrollo la base de datos para digitalizar los expedientes de médicos residentes y de pregrado.



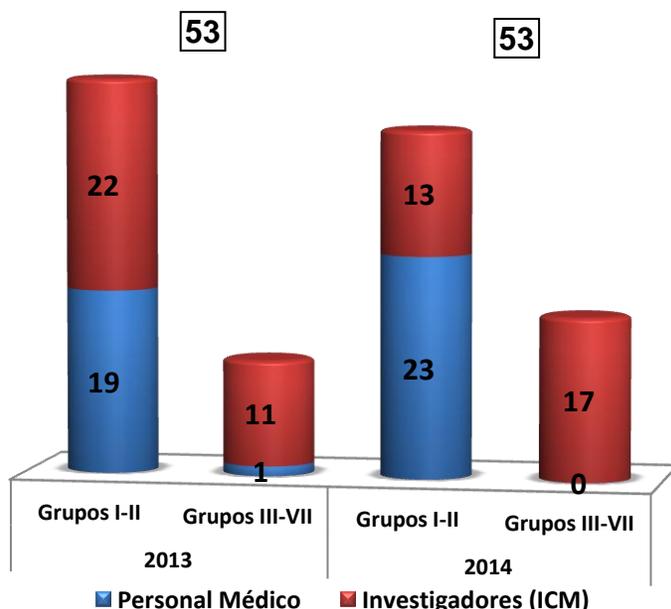
ASPECTOS CUALITATIVOS



1.3 ASPECTOS CUALITATIVOS

INVESTIGACIÓN

1. Número de artículos



La gráfica muestra los artículos científicos, por parte de los Investigadores con nombramiento vigente en Ciencias Médicas en el Sistema Institucional de Investigadores, y del personal médico del Hospital de 2013 y 2014.

Durante el 2014, el número de publicaciones totales (Grupos I a VII) realizadas por Investigadores en Ciencias Médicas fue de 30 y por personal médico fueron 23, manteniendo el número de publicaciones con relación al 2013.

De las 30 publicaciones por parte de los investigadores, 17 corresponden a los grupos III a VII, y 13 al grupo I-II,

logrando un incremento del 54.5% de publicaciones de alto impacto (grupos III a VII) con respecto al 2013, año en el que se obtuvieron 11 publicaciones (grupos III a VII).

Por otra parte, durante el periodo de reporte, 62 médicos participaron con 23 publicaciones totales del grupo I-II, logrando un incremento del 21.1%, con respecto al 2013, en el que se obtuvieron 19 publicaciones (grupos I-II).

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

Categoría	Número de plazas	
	2013	2014
ICM A	3	2
ICM B	6	5
ICM C	6	6
ICM D	2	3
ICM E	0	0
ICM F	0	1
Emérito	0	0
Total	17	17

El número de investigadores con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas en el Sistema Institucional de Investigadores, se mantuvo en 17 investigadores en el 2014; con los siguientes cambios tres investigadores fueron promovidos uno de ICM "A" a "C", otro de "B" a "C" y otro de "C" a "D". Además del cambio de Director de Investigación, reflejado

como la salida de un investigador “C” y el ingreso de un investigador “F”.

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

La productividad de artículos del grupo I-II por investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas, fue de 0.8 artículos por investigador, mostrando un decremento en un 38.5% con relación a 2013, que fue de 1.3 artículos por investigador; ésto se debió primordialmente al impulso de publicar en revistas de alto impacto (grupo III-VII) y que los resultados alcanzados en las investigaciones fueron de gran calidad y relevancia, lo que permitió que fueran publicados en revistas de alto impacto.

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

La productividad de artículos de los grupos III-IV-V-VI-VII por investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas, fue de 1.0, mayor en un 66.6% con relación a la alcanzada en el 2013 que fue de 0.6.

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

Durante 2014, el número de artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII entre el número de artículos de los grupos I-VII, fue de 0.6 publicaciones, lo que representa un incremento en el nivel de las publicaciones en un 100%, con respecto a 2013, que fue de 0.3 publicaciones, ésto se debió primordialmente al impulso de publicar en revistas de alto impacto (grupo III-VII) y que los resultados alcanzados en las investigaciones fueron de gran calidad y relevancia.

6. Sistema Nacional de Investigadores.

Número de Investigadores SNI		
Nivel	2013	2014
Candidato	5	5
SNI I	5	5
SNI II	0	1
SNI III	0	0
Total	10	11

El número de investigadores con reconocimiento vigente por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), fue de 11: cinco "Candidatos", cinco con "Nivel I", y uno con nivel II, logrando un incremento del 10% con respecto al 2013, donde se tenían 10 investigadores incorporados al SNI.

El incremento en el número de investigadores en el SNI, se debió a la llegada del Director de Investigación que cuenta con nombramiento vigente del SNI II.

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

En 2014, el número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas entre el número total de investigadores con nombramiento en ciencias médicas fue de 0.6, igual a la alcanzada en 2013.

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

En el periodo que se informa, el número de publicaciones totales producidas (artículos, libros editados y capítulos en libro) en el Hospital entre el número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas fue de 3.1 que equivale a 53 publicaciones totales producidas en el Hospital durante 2014. Sin embargo, hubo un decremento en un 11.4%, con respecto a 2013 que fue de 3.5. Esta variación se debió a que en el periodo que se informa no se publicaron libros ni capítulos en libro, debido a que los logros fueron en las publicaciones científicas de alto impacto (grupos III-VII).

9. Producción editorial

En el periodo de reporte no se contó con ningún libro editado o capítulo en libros.

10. Número de tesis concluidas

Durante 2014, se concluyeron 82 tesis, lo que representó una disminución del 18.8% con respecto al 2013 que fueron 101. Del total de las tesis, 80 son de especialidad, gracias al Programa de Titulación Oportuna y dos de Maestría, dentro del programa de Maestría en Ciencias del Hospital. Los temas abordados se relacionaron con las patologías de mayor frecuencia en las diferentes especialidades dentro de la Institución.

11. Número de proyectos con financiamiento externo

Número de proyectos con financiamiento externo			
Año	2012	2013	2014
Industria farmacéutica	7	7	5
Agencias no lucrativas	1	1	2
Total	8	8	7

En 2014, el número de proyectos en proceso con patrocinio externo fue de siete, lo cual representó una disminución en un 12.5% con respecto al 2013, año en el cual se contó con ocho protocolos en proceso; sin embargo, durante el periodo que se informa se registraron dos nuevos protocolos con la industria farmacéutica y se contó con un nuevo protocolo financiado por CONACyT (PDCPN-216112), lo anterior representa un avance considerable con respecto a 2013, periodo en el cual no se inició ningún nuevo protocolo financiado con patrocinio externo.

12. Premios, reconocimientos y distinciones recibidos

Durante 2014 se obtuvieron seis premios en trabajos presentados en el 2° Congreso Internacional de Investigación Biomédica, Clínica y Quirúrgica-Jornadas de Médicos Residentes celebrado del 9 al 12 de diciembre en el Hospital Juárez de México.

13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución

Las 10 líneas de investigación sobresalientes en 2014, se listan a continuación:

1. **Obesidad y síndrome metabólico.** En esta línea de investigación, se estudian aspectos de la genética molecular de la obesidad, en búsqueda de marcadores de susceptibilidad para identificar tempranamente a la población con riesgos de desarrollar complicaciones como síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2.
2. **Cáncer de mama.** El cáncer de mama es la principal causa de muerte de mujeres por tumores malignos en el país y en el mundo, lo cual no ha generado un problema de salud pública. Existen varios factores de riesgo que intervienen en este proceso, entre ellos, los epigenéticos, que podrían ser un evento inicial en la transformación de células normales a malignas y al desarrollo del cáncer. En esta línea de investigación se buscan cambios epigenéticos en el genoma humano, que pudieran ser útiles como biomarcadores para el diagnóstico temprano de cáncer de mama.
3. **Cáncer cervicouterino.** La infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo (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 celular que participan durante el desarrollo de CaCu.
4. **Enfermedades infecciosas e inflamación.** En esta línea de investigación, se estudian los mecanismos de infección de diferentes microorganismos. Una sublínea se dedica a identificar los hongos oportunistas que afectan al ser humano, mientras que la otra sublínea se dedica a identificar las células que participan en el proceso inflamatorio en diversas patologías y sus características funcionales.
5. **Cáncer de próstata.** El cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial que se origina principalmente por el efecto que tiene el ambiente hormonal sobre la carga genética. La presencia de polimorfismos genéticos puede afectar la expresión de genes que participan en la regulación de la carcinogénesis. En esta línea de investigación, se buscan los polimorfismos que permitan identificar a aquellas personas que tengan un mayor riesgo a desarrollar cáncer.
6. **Diabetes mellitus.** La diabetes mellitus tipo 2 (DT2) es uno de los padecimientos más frecuentes y con mayor morbilidad en nuestro país. En esta línea de investigación, se estudia la genética molecular de la DT2 para la identificación de marcadores de susceptibilidad presentes en diferentes grupos etarios y étnicos para

conocer los mecanismos de susceptibilidad a la DT2 en mexicanos e identificar tempranamente a la población con riesgo.

7. **Retinopatía diabética.** La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera en edad productiva. El tratamiento estándar de la alteración más común de deficiencia visual (edema macular) es la fotocoagulación, cuyo objetivo principal es detener la progresión del daño, pero en pocos casos mejora la visión. Esta línea de investigación determina, mediante tomografía de coherencia óptica, el efecto de la fotocoagulación sobre el área de mejor visión, además de evaluar intervenciones farmacológicas que complementen el tratamiento estándar y permitan mejorar la función visual.
8. **Accidentes y trauma ocular.** El traumatismo ocular es la causa más frecuente de ceguera monocular en el mundo y tiene la mayor prevalencia de secuelas en pacientes traumatizados manejados en el servicio de oftalmología. La línea de investigación identifica las características recurrentes en esta entidad para mejorar los resultados visuales después del manejo integral.
9. **Fitofarmacología.** En esta línea de investigación, se estudia la genética toxicológica, específicamente la aplicación del método de Ames para la evaluación mutagénica y anti-mutagénica de fármacos y extractos de plantas medicinales.
10. **Enfermedades autoinmunes.** Esta línea tiene como objetivo identificar variantes genéticas, en especial polimorfismos de un solo nucleótido, que se relacionan con la susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes. Inicialmente aquellas que se asocian con susceptibilidad y gravedad de la artritis reumatoide (AR). Se han identificado diversos genes asociados a AR, que codifican proteínas relacionadas con inflamación y autoinmunidad.

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

Durante el 2014, los artículos publicados por Investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores:

Grupo I

1. Ordaz Pichardo C, Clemente Garcés R, López Villafranco ME, de la Garza M, **Arriaga Alba M.** Estudio de mutagencidad y actividad antibacteriana de Erythrina herbácea, Zanthoxylum caribaeum y Dendropanax arboreus. Rev Mex Cienc Farm 2014. 45(1):78-85.

Grupo II

2. Lima-Gómez V, **Razo-Blanco Hernández DM,** García-Rubio YZ. Comparison of macular volume change after photocoagulation, in eyes with diabetic macular edema, with and without visual improvement. Gac Med Mex 2014. 150(1):18-23.

3. **Toscano-Garibay JD**, Quiroz-Mercado H, Espitia-Pinzón C, Gil-Carrasco F, **Flores-Estrada JJ**. Effect of cryotherapy over the expression of vascular endothelial growth factor and pigment epithelium-derived factor. *Cir Cir* 2014. 82(1):3-10.
4. Jiménez-Villanueva X, Hernández-Rubio A, García-Rodríguez FM, Gil-García R, **Moreno-Eutimio MA**, Herrera-Torres A. Medullary carcinoma experience in breast oncology unit of Hospital Juárez Mexico. *Cir Cir* 2014. 82(1):20-27.
5. **Tovar-Rodríguez JM**, Chávez-Zúñiga I, Bañuelos-Ávila L, Vargas- Hernández VM, **Acosta-Altamirano G**. Serum hormones that regulate the reproductive axis in men with testicular germ cell cancer and its impact on fertility. *Cir Cir* 2014. 82(1):38-47.
6. Rentería-Ruíz NP, Wit-Carter G, Villaseñor-Diez J, **Flores-Estrada JJ**, Rodríguez-Reyes AA. Mesectodermal leiomyoma. Unusual tumor of the ciliary body. *Cir Cir* 2014. 82(1):70-75.
7. Mora-Ríos LE, Valles-Valles DR, **Flores-Estrada JJ**, Rodríguez-Reyes AA. Infraorbital schwannoma. Case report. *Cir Cir* 2014. 82(1):76-80.
8. Vargas-Hernández VM, **Tovar-Rodríguez JM**, **Moreno-Eutimio MA**, **Acosta-Altamirano G**. Giant cystic lymphangioma breast. Report of a case with 20-year follow-up and review of the literature. *Cir Cir* 2014. 82(1):81-86.
9. **Frías-de León MG**, **Acosta-Altamirano G**, Duarte-Escalante E, Martínez-Hernández E, Martínez-Rivera MA, Reyes- Montes MR. Molecular markers: an important tool in the diagnosis, treatment and epidemiology of invasive aspergillosis. *Cir Cir* 2014. 82(1):109-118.
10. Granados-Silvestre MA, **Ortíz-López MG**, Montúfar-Robles I, Menjívar-Iraheta M. Micronutrients and diabetes, the case of minerals. *Cir Cir* 2014. 82(1):119-123.
11. **Razo Blanco-Hernández DM**, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Eficacia del ketorolaco tópico para mejorar la función visual después de la fotocoagulación, en diabéticos con edema macular focal. *Cir Cir* 2014;82:477-488.
12. **Moreno-Eutimio MA**, **Acosta-Altamirano G**. The inmunometabolism of exercise and sedentary lifestyle. *Cir Cir* 2014.82(3):344-351.
13. **Lima-Gomez V**, Garcia-Rubio YZ, **Razo-Blanco-Hernandez DM**. Sensibilidad retiniana en el edema macular diabético con y sin disminución de la agudeza visual. *Gac Med Mex*. 2014.150(suppl1):114-119.

Grupo III

14. Duarte-Escalante E, **Frías-De-León MG**, Zúñiga G, Martínez-Herrera E, **Acosta-Altamirano G**, Reyes-Montes M del R. Molecular markers in the epidemiology and diagnosis of coccidioidomycosis. *Rev Iberoam Micol* 2014. 31(1):49-53.
15. **Moreno-Eutimio MA**, **Nieto-Velázquez NG**, **Espinosa-Monroy L**, Torres-Ramos Y, Montoya-Estrada A, Cueto J, Hicks JJ, **Acosta-Altamirano G**. Potent anti-inflammatory activity of carbohydrate polymer with oxide of zinc. *Biomed Res Int*. 2014. 2014:712312.
16. Vargas-Alarcón G, Posadas-Romero C, Villarreal-Molina T, Álvarez-León E, Angeles-Martinez J, Soto ME, Monroy-Muñoz I, Juárez JG, Sánchez-Ramírez CJ, **Ramírez-Bello J**, Ramírez-Fuentes S, Fragoso JM, Rodríguez-Pérez JM. The (G>A) rs11573191 polymorphism of PLA2G5 gene is associated with premature coronary artery disease in the mexican mestizo population: The genetics of atherosclerotic disease mexican study. *Biomed Res Int* 2014. 2014:931361.
17. Del Toro-Sánchez CL, Bautista-Bautista N, Blasco-Cabal JL, Gonzalez-Ávila M, Gutiérrez-Lomelí M, **Arriaga-Alba M**. Antimutagenicity of methanolic extracts from *Anemopsis californica* in relation to their antioxidant activity. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:273878.
18. Leija-Montoya AG, Benítez-Hess ML, **Toscano-Garibay JD**, Alvarez-Salas LM. Characterization of an RNA aptamer against HPV-16 L1Virus-Like particles. *Nucleic Acid Ther*. 2014. 24(5):344-55.
19. Villegas-Bastida A, Torres-Rosas R, Arriaga-Pizano LA, **Flores-Estrada J**, Acosta-Altamirano G, and **Moreno-Eutimio MA**. Electrical stimulation at the ST36 acupoint protects against sepsis lethality and reduces serum TNF levels through vagus nerve- and catecholamine-Dependent mechanisms. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:451674.
20. Vargas-Alarcon G, **Ramirez-Bello J**, Angeles-Martinez J, Rodriguez-Perez JM, Perez-Hernandez N, Posadas-Romero C, Jorge-Galarza E, Ocampo-Arcos WA, Obil-Chavarria C, Fragoso JM. Association of the C-type lectin-like domain family-16A (CLEC16A) gene polymorphisms with acute coronary syndrome in Mexican patients. *Immunol Lett* 2014. 162(2 Pt B): 247-51.
21. Vargas-Alarcón G, **Ramírez-Bello J**, de la Peña A, Calderón-Cruz B, Peña-Duque MA, Martínez-Ríos MA, Ramírez-Fuentes S, Pérez-Méndez O, Fragoso JM. Distribution of ABCB1, CYP3A5, CYP2C19, and P2RY12 gene polymorphisms in a Mexican Mestizos population. *Mol Biol Rep* 2014. 41(10). 7023-7029.

22. **Moreno-Eutimio MA, Tovar-Rodríguez JM, Vargas-Avila K, Nieto-Velázquez NG, Frías-De-León MG, Sierra-Martínez M, Acosta-Altamirano G.** Increased Serum Levels of Inflammatory Mediators and Low Frequency of Regulatory T Cells in the Peripheral Blood of Preeclamptic Mexican Women. *Biomed Res Int* 2014. 2014: 413249.

Grupo IV

23. Rincón-Heredia R, Flores-Benítez D, Flores-Maldonado C, **Bonilla-Delgado J**, García-Hernández V, Verdejo-Torres O, Castillo AM, Larré I, Poot-Hernández AC, Franco M, Gariglio P, Reyes JL, Contreras RG. Ouabain induces endocytosis and degradation of tight junction proteins through ERK1/2-dependent pathways. *Exp Cell Res* 2014. 320(1):108-118.
24. Vargas-Alarcón GO, Posadas-Romero C, Villarreal-Molina T, Alvarez-León E, Angeles-Martínez J, Posadas-Sánchez R, Monroy-Muñoz I, Luna-Fuentes S, González-Salazar C, **Ramírez-Bello J**, Cardoso-Saldaña G, Medina-Urrutia A, Kimura-Hayama E. IL-24 Gene polymorphisms are associated with cardiometabolic parameters and cardiovascular risk factors but not with premature coronary artery disease: The genetics of atherosclerotic disease Mexican study. *J Interferon Cytokine Res*. 2014.
25. **Reyes-Hernández OD**, Vega L, Jiménez-Ríos MA, Martínez-Cervera PF, Lugo-García JA, Hernández-Cadena L, Ostrosky-Wegman P, Orozco L, Elizondo G. The PXR rs7643645 polymorphism is associated with the risk of higher prostate-specific antigen levels in prostate cancer patients. *PLoS One*. 2014. 9(6):e99974.
26. Gutiérrez-Zúñiga CG, **Arriaga-Alba M**, Ordaz-Pichardo C, Gutiérrez-Macías P, Barragán-Huerta BE. Stability in candy products of neocandénatone, a non-genotoxic purple pigment from *Dalbergia congestiflora* heartwood. *Food Research International*, 2014.
27. García-Hernández V, Flores-Maldonado C, Rincón-Heredia R, Verdejo-Torres O, **Bonilla-Delgado J**, Meneses-Morales I, Gariglio P and Contreras RG. EGF regulates Claudin-2 and -4 expression through Src and STAT3 in MDCK cells. *J Cell Physiol*. 2015. 230(1):105-115.
28. **Toscano-Garibay JD**, Aquino-Jarquín G. Transcriptional regulation mechanism mediated by miRNA-DNA-DNA triplex structure stabilized by Argonaute. *Biochim Biophys Acta* 2014.1839(11):1079-1083.
29. **Ruiz-Pérez NJ, Arriaga-Alba M, Sánchez-Navarrete J**, Camacho-Carranza R, Hernández-Ojeda S, Espinosa-Aguirre JJ. Mutagenic and antimutagenic effects of *Heterotheca inuloides*. *Sci Rep* 2014. 4:6743.

Grupo VII

30. Torres-Rosas R, Yehia G, Peña G, Mishra P, Thompson-Bonilla MR, **Moreno-Eutimio MA**, Arriaga-Pizano LA, Isibasi A, Ulloa L. Dopamine mediates vagal modulation of the immune system by electroacupuncture. Nat Med 2014. 20(3):291-295.

Artículos publicados por médicos adscritos al Hospital:

Grupo I

- 1 **Rocha-Rodríguez MG, Álvarez-Alfonso BY, Casián-Castellanos GA, Rodríguez-Blas AI.** Carcinoma papilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2): 126-130.
- 2 **Martínez-Tapia AL, Robles-Pérez E, Jiménez-Hernández A, Ramos-Cano VH.** Aneurisma disecante de aorta ascendente. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex 2014;81(1):60-67.
- 3 **Quero-Sandoval F, Núñez-Trenado LA, Mosiño-Montes R, Rodríguez-Wong U, Mendoza-Contreras JR.** Pancreatitis crónica agudizada por hipercalcemia como manifestación de un adenoma paratiroideo en un cáncer folicular de tiroides con actividad metastásica a hueso. Rev Hosp Jua Mex 2014;81(1):50-55.
- 4 **Casián-Castellanos GA, De-Alba-Quintanilla F.** La imagen, fetiche de la medicina actual. Rev Hosp Jua Mex 2014;81(1):68-71.
- 5 **Salazar-Vázquez JA, Lugo-García JA.** Finasteride para disminuir el sangrado en resección transuretral de próstata en pacientes con sonda Foley. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(1):14-26.
- 6 **Flores-Méndez VM, Aguilar-Roa PD.** Hipotiroidismo subclínico asociado a hipertestosteronemia en el desarrollo de preeclampsia. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(1):5-13.
- 7 **Hernández-López GD, Estrada-Carreón M, García-Román MTA, Gorordo-del Sol LA, Jiménez-Ruiz A, Tercero-Guevara BI.** Sepsis puerperal y reanimación guiada por metas. Experiencia en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de segundo nivel de atención. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2):86-91.
- 8 **Rojo-Gutiérrez MI, Herrera-Sánchez DA, Mellado-Abrego J, Castillo-Narváez G, Ramos-García JA.** Evaluación de errores diagnósticos de envío en alergia e inmunología. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2):141-146.
- 9 **Acosta-Reyes MR, López A, Álvarez O, González AM, Acosta Altamirano G.** Evaluación económica del uso de factor de crecimiento epidérmico recombinante humano (FCErh) en población mexicana con pie diabético en el Sector Salud. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2): 147-153.
- 10 **Flores Méndez VM, García Sánchez JA.** Uso de suturas de compresión uterina para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2):104-109.

- 11 **Vargas-Hernández VM.** Mastitis granulomatosa idiopática. Rev Hosp Jua Mex 2014;81(3):174-181.
- 12 **Mena de la Rosa M, Rodríguez-Mota E.** Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(3):193-198.
- 13 **Delgado-Guerrero F, Torres-Aguilar J, Martínez-Carillo G.** Hemangioma cavernoso testicular bilateral. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(3):199-201.
- 14 **Zaldívar-Reyna O, Parra-Soto I, Guerrero-Ruiz LI, Gil-Hernández G, Orozco-Cervantes CA, Díaz-Aguilar CY, Estrada-Chávez CM.** Tratamiento con propranolol en hemangioma facial de alto flujo. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2):118-122.
- 15 **Delgado-Guerrero F, Torres-Aguilar J, Martínez-Carrillo G.** Rabdomiosarcoma retroperitoneal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2):123-125.
- 16 **Martínez-Tapia AL, Robles-Pérez E, Jiménez-Hernández A, Ramos-Cano VH.** Aneurisma disecante de aorta ascendente. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(1):60-67.
- 17 **Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Tovar-Rodríguez JM.** ¿El tratamiento de la endometriosis previene el cáncer de ovario? Rev Hosp Jua Mex 2014; 81(2):114-117.

Grupo II

- 18 **Antonio-Manrique M.** Una mirada a la investigación del Hospital Juárez de México. Cir Cir 2014. 82(1):1-2.
- 19 **Herrera-Torres A, García-Rodríguez FM, Gil-García R, Jiménez-Villanueva X, Hernández-Rubio A, Aboharp-Hasan Z.** Frecuencia de cáncer en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Implicaciones para el desarrollo de métodos de detección oportuna. Cir Cir 2014. 82(1):28-37.
- 20 **García-Guzmán JG, Franco-Yáñez Y, Lima-Gómez V.** Desprendimiento bilateral de retina regmatógeno con resolución espontánea. Informe de un caso y diagnóstico diferencial con retinopatías pigmentarias. Cir Cir 2014. 82(1):63-69.
- 21 **Cruz-Mendoza I, Hernández-Jesús B, López-Pérez E, Flores-Cobos AE, García-Rodríguez F.** Tumor epidermoide moderadamente diferenciado asociado a quiste pilonidal. Cir Cir 2014. 82(1):87-92.

- 22 **Rodríguez-Wong U.** Hernia perineal posterior primaria. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Cir Cir 2014. 82(1):93-97.
- 23 **Pérez-Cruz E, Lizárraga-Sánchez DC, Martínez-Esteves MR.** Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014;29(4):901-906.

Otros Aspectos

Estado de las Investigaciones.

Estado del protocolo	Iniciado	En proceso	Terminados	Suspendidos	Cancelados
Cantidad	31	71	20	6	5

Impacto de los Proyectos de Investigación

El desarrollo de los protocolos de investigación, representa beneficios potenciales a mediano y largo plazo, debido a que se está trabajando en líneas prioritarias de salud del Hospital, lo que permitirá contribuir en el futuro a mejorar las condiciones de salud de la población, debido a que la generación de nuevo conocimiento propiciará un mejor diagnóstico y nuevos tratamientos.

Cursos de Investigación

Durante 2014, se impartieron dos cursos de Metodología de la Investigación para Médicos Residentes, con la participación de los Investigadores en Ciencias Médicas, y la asistencia de 90 alumnos.

Se realizó el 2º Congreso Internacional de Investigación Biomédica, Clínica y Quirúrgica-Jornadas de Residentes 2014, del 9 al 11 de diciembre de 2014, con la asistencia de 69 profesionales de la salud.

Convenios de Colaboración

Durante 2014, se realizó un Convenio con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), para la realización de Investigación Científica y aprovechar las tecnologías con las que cuenta el Instituto.

Informe del Programa de Trabajo 2014

Los avances logrados en 2014 de la Dirección de Investigación fueron los siguientes:

En lo referente a la línea de acción “Incrementar y fomentar la participación de organismos de financiamiento externo”, se lograron tres financiamientos en diferentes convocatorias de CONACyT en el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT, en la Convocatoria de Investigación Básica SEP-CONACYT y en la Convocatoria de Proyecto de Desarrollo Científico para atender Problemas Nacionales.

Con relación a la línea de acción “Promover la interacción de los médicos residentes con los Investigadores en Ciencias Médicas” se continuó con 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 y se realizaron sesiones semanales de investigación, con la participación de los Investigadores biomédicos y clínicos.

Se realizó el 2º Congreso de Investigación Biomédica, Clínica y Quirúrgica y Jornadas de Médicos Residentes con la participación de 69 profesionales de la salud de los diferentes servicios del Hospital y los Investigadores en Ciencias Médicas.

Finalmente, dentro de la línea de acción “Fomento de publicaciones en revistas nacionales e internacionales de alto impacto”, durante el 2014 se publicaron 17 artículos de alto impacto destacando siete de nivel IV y una de nivel VII.

Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2014. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2014 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”.

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

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD							
FIN (16)	Índice de investigadores de alto nivel (1)	56.3	56.3	64.7	14.9	ROJO	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 14.9% en el índice de investigadores de alto nivel con respecto a la meta programada de 56.3%, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del indicador con respecto a la programación original se debió al ingreso con fecha 1 de octubre de 2014 del Director de Investigación que pertenece al SNI (Nivel II) y cuenta con nombramiento institucional vigente (ICM "F"), además de la apelación exitosa de permanecer en el SNI (nivel I) de un investigador que cuenta con nombramiento institucional vigente.</p> <p>EFEECTO: Contar con un mayor número de investigadores con nombramiento en el Sistema Institucional y Nacional de Investigadores, dándole mayor prestigio a la Institución.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p> <p>IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con investigadores de calidad que contribuyan a generar nuevo conocimiento que mejore las condiciones de salud de la población.</p>
	V:1 Número total de investigadores vigentes en el Sistema Nacional de Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional	9	9	11			
	V:2 Total de investigadores en ciencias médicas X 100	16	16	17			
PROPÓSITO (17)	Tasa de variación de productividad científica de impacto alto respecto al año previo (2)	18.2	18.2	163.6	798.9	ROJO	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 798.9% en la tasa de variación de productividad científica de alto impacto, con respecto a la meta programada de 18.2, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que se publicaron dieciséis artículos más en revistas indexadas (nivel III), de los cuales cuatro estaban programados publicarse hasta 2015, y los doce restantes con la nueva clasificación de publicaciones se consideran de nivel II. Cabe mencionar que en la programación de artículos publicados en revistas indexadas se consideraron los nuevos criterios de clasificación de publicaciones.</p> <p>EFEECTO: Contar con mayor productividad científica que en un futuro sea proyectada para mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p> <p>IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con nuevo conocimiento científico que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de</p>
	V:1 Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	13	13	29			
	V:2 Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V) en el año previo	11	11	11			

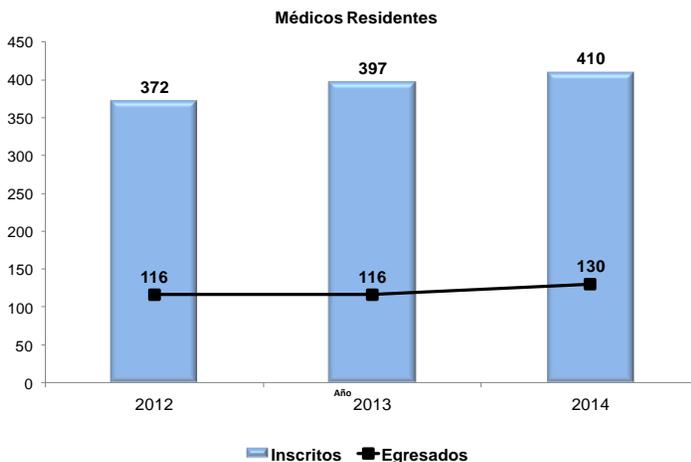
COMPONENTE E (19)	Tasa de incremento del presupuesto federal institucional destinado a investigación (4)	-85.8	-85.8	-84.1	2.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 2.0% en la tasa de incremento del presupuesto federal institucional destinado a investigación, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen al haberse ejercido en tiempo y forma el presupuesto asignado. EFECTO: Se logro concluir las investigaciones planteadas y generar investigación de alto impacto. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICOS: Uso del presupuesto federal Institucional para generar conocimiento que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.
	V:1 *Presupuesto Federal Institucional ejercido destinado en investigación en el periodo t * Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos	2,673,738	2,673,738	3,000,000			
	V:2 Presupuesto Federal Institucional ejercido en investigación en el periodo anterior	18,857,398	18,857,398	18,857,398			
COMPONENTE E (22)	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas (7)	59.1	59.1	96.7	63.6	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 63.7% en el porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas, con respecto a la meta programada de 59.1%, que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que se publicaron dieciséis artículos más en revistas indexadas (nivel III), de los cuales cuatro estaban programados publicarse en 2015, y los doce restantes con la nueva clasificación de publicaciones se consideran de nivel II. Cabe mencionar que en la programación de artículos publicados en revistas indexadas se consideraron los nuevos criterios de clasificación de publicaciones. EFECTO: Se logró una elevada productividad en los artículos publicados en revistas de los grupos I-V. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con investigación científica que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.
	V:1 Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	13	13	29			
	V:2 Artículos totales publicados en revistas de los niveles (I a V)	22	22	30			
COMPONENTE E (23)	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigador (8)	1.6	1.6	2.9	81.3	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 81.3% en el promedio de artículos de impacto alto publicados por investigador, con respecto a la meta programada de 1.6%, que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que se publicaron dieciséis artículos más en revistas indexadas (nivel III), de los cuales cuatro estaban programados publicarse en 2015, y los doce restantes con la nueva clasificación de publicaciones se consideran de nivel II. Cabe mencionar que en la programación de artículos publicados en revistas indexadas se consideraron los nuevos criterios de clasificación de publicaciones. Además, del ingreso del Director de Investigación partir del 1 de octubre de 2014, que cuenta con nombramiento "F" y la promoción de un investigador de "B" a "C". EFECTO: Se logró una elevada productividad en el promedio de artículos de impacto alto publicados por investigador. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con investigación científica que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.
	V:1 Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	13	13	29			
	V:2 Total de investigadores vigentes (C,D,E Y F)	8	8	10			

COMPONENTE E (24)	Porcentaje de presupuesto complementario obtenido para investigación (9)	0.5	0.5	5.6	1,020.0	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior de 1,020% en el porcentaje de presupuesto complementario obtenido para investigación, que lo sitúa en el semáforo de color rojo. La variación del indicador con respecto a la programación original se debió a que se logró contar con financiamiento en la convocatoria de Proyectos de Desarrollo Científico para Atender Problemas Nacionales. EFECTO: Obtener presupuesto para realizar investigación de alto impacto que atienda problemas nacionales. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICOS: Realizar mayor investigación científica que contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.
	V:1 Presupuesto complementario para investigación en el periodo	87,975	87,975	1,000,000			
	V:2 Presupuesto federal total para investigación en el periodo	19,194,355	19,194,355	17,967,986			
COMPONENTE E (25)	Promedio de productos por investigador del Sistema Institucional (10)	1.4	1.4	1.8	28.6	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 28.6% en el promedio de productos por investigador del Sistema Institucional, con relación a la meta programada de 1.4, que lo sitúa en semáforo de color rojo. La variación del indicador con respecto a la programación original se debió a que se realizaron ocho publicaciones más con respecto a la meta programada de 22 publicaciones totales, los cuales se esperaban que fueran publicadas en el 2015. EFECTO: Contar con mayor productividad científica que en un futuro sea proyectada en mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con investigación científica que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.
	V:1 Publicaciones totales producidas	22	22	30			
	V:2 Total de investigadores* *Considerar sólo a los miembros del Sistema Institucional de Investigadores	16	16	17			
ACTIVIDAD (26)	Proyectos de investigación vigentes en colaboración (11)	14.3	14.3	14.4	0.7	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 0.7% en los proyectos de investigación vinculados con otras instituciones en el periodo, con respecto a la meta programada de 14.3%, que los sitúa en semáforo de color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen a que el Hospital cuenta con protocolos en colaboración con otras instituciones, como UNAM, CINVESTAV y ESM-IPN. EFECTO: El fortalecimiento de la investigación vinculada con otras instituciones, lo que permite aprovechar mejor las tecnologías con que cuenta el país. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Mayor aprovechamiento de los equipos e infraestructuras con las que cuenta el país para realizar investigación científica.
	V:1 Proyectos de investigación vinculados con otras instituciones en el periodo	10	10	14			
	V:2 Proyectos de investigación vigentes* X100 * Proyectos en proceso + finalizados durante el periodo	70	70	97			

ACTIVIDAD (28)	Tasa de variación de publicaciones indexadas por proyectos vigentes (13)	0.0	0.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en la tasa de variación de publicaciones indexadas por proyectos vigentes, que lo sitúa en el semáforo de color verde.
	V:1 Promedio de publicaciones indexadas por proyectos del periodo actual	0.2	0.2	0.4			EFFECTOS: Se lograron las metas y los objetivos planteados al contar con una mayor productividad científica que en un futuro sea proyectada en mejorar la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de enfermedades en beneficio de los pacientes.
	V:2 Promedio de publicaciones indexadas por proyectos de los últimos 3 años x 100	0.2	0.2	0.2			OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con investigación científica que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.
ACTIVIDAD (29)	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador (14)	100.0	100.0	100.0			0.0
V:1 Plazas de investigador ocupadas	16	16	16				EFFECTOS: Contar con el máximo número de investigadores, para realizar investigación alineada a prioridades de salud.
V:2 Plazas de investigador autorizadas x 100	16	16	16				OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICOS: Contribuir con investigadores de calidad que realizan en investigación científica para mejorar las condiciones de la salud de la población.
ACTIVIDAD (30)	Tasa de variación de proyectos financiados por CONACYT (15)	0.0	0.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en la tasa de variación de proyectos financiados por CONACYT, que lo sitúa en el semáforo de color verde.
	V:1 Proyectos financiados por CONACYT en el periodo t	1	1	2			Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que en el periodo se logró financiamiento en la convocatoria de Proyectos de Desarrollo Científico para atender Problemas Nacionales.
	V:2 Proyectos financiados por CONACYT en el periodo anterior x 100	1	1	1			EFFECTO: Contar con presupuesto para realizar investigación de alto impacto alineada a atender problemas nacionales.
							OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Contar con investigación científica que en un futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población.

ENSEÑANZA

1. Total de Médicos Residentes.



Durante el 2014, el número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad fue de 410 médicos residentes, 13 más de los 397 registrados durante el mismo periodo de 2013, lo que representa un incremento de un 3.2%, debido al aumento en el número de médicos extranjeros, propiciado por la calidad y el prestigio de los cursos ofertados para el ciclo escolar 2014-2015.

Cabe destacar, que al cierre de 2014 egresaron 130 médicos residentes, número superior en un 12% con relación al ejercicio 2013, de los cuales 107 fueron de Especialidad y 23 de Alta Especialidad.

Del total de egresados, 74 médicos residentes lo hicieron a través del Programa de Titulación Oportuna, tres menos que en el ciclo 2013.

Número de Residentes Extranjeros.

Durante el 2014, se registró un total de 38 alumnos extranjeros provenientes de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay; 11 médicos residentes más con respecto al mismo periodo de 2013, esto representa un incremento en un 40.7%.

Médicos Residentes por Cama.

El número registrado continúa en uno, ya que, aunque hay un aumento en el número de ellos, no resulta significativo para modificar el número de médicos residentes por cama.

2. Residencias de Especialidad.

En cuanto a los Cursos Universitarios de Especialización, durante el ciclo académico 2014-2015 permaneció en 24 cursos de especialidad y subespecialidad, además de los nueve Cursos de Alta Especialidad, lo que suma un total de 33 cursos de posgrado. Cabe mencionar, que los cursos de subespecialidad en Cirugía Maxilofacial y Urgencias Médico-Quirúrgicas, no se incluyen en el Programa de Titulación Oportuna, debido a que no son avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM.

Los 24 cursos de especialidad y subespecialidad, son los siguientes:

Cursos Universitarios de Especialidad		Masculino	Femenino	Total
1	Anatomía Patológica	5	7	12
2	Anestesiología	11	18	29
3	Cirugía General	19	11	30
4	Cirugía Maxilofacial*	11	1	12
5	Ginecología y Obstetricia	13	21	34
6	Imagenología Diagnóstica y Terapéutica	12	8	20
7	Medicina Interna	20	15	35
8	Oftalmología	3	8	11
9	Ortopedia y Traumatología	11	4	15
10	Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	4	8	12
11	Pediatría	11	18	29
12	Urgencias Médico-quirúrgicas**	13	7	20
Cursos Universitarios de Subespecialidad		Masculino	Femenino	
13	Biología de la Reproducción Humana	4	7	11
14	Cardiología	9	5	14
15	Cirugía Oncológica	8	2	10
16	Gastroenterología	3	7	10
17	Ginecología Oncológica	3	3	6
18	Medicina Crítica	5	2	7
19	Nefrología	5	6	11
20	Neuroanestesiología	3	2	5
21	Neurocirugía	20	0	20
22	Neurología	1	6	7
23	Reumatología	6	1	7
24	Urología	11	3	14
Total		211	170	381

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

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

3. Cursos de Alta Especialidad.

Al periodo de reporte, se imparten en el Hospital, nueve cursos universitarios de alta especialidad, con un total de 29 alumnos, como se muestra a continuación:

Cursos Universitarios de Alta Especialidad		Masculino	Femenino	Total
1	Cardiología Intervencionista	2	0	2
2	Cirugía de Columna Vertebral	1	0	1
3	Córnea y Cirugía Refractiva	1	1	2
4	Ecocardiografía	1	0	1

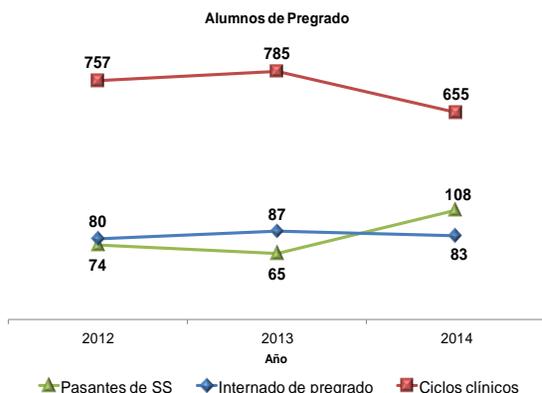
5	Endoscopia Gastrointestinal Diagnóstica y Terapéutica	6	4	10
6	Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos	2	2	4
7	Oncología Quirúrgica de Cabeza y Cuello	1	0	1
8	Toxicología aplicada a la Clínica	3	3	6
9	Trasplante Renal	2	0	2
Total		19	10	29

Además, se llevaron a cabo 11 juntas mensuales con los jefes de residentes de los Cursos Universitarios de Especialización y de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina, como actividades complementarias relacionadas con los residentes de posgrado:

4. Cursos de Pregrado.

Durante 2014, se impartieron 34 cursos de pregrado, siete menos a los reportados en el ejercicio 2013, que representa una disminución de 17%. A continuación se listan los cursos y las instituciones de procedencia.

Nombre Curso	Institución Procedencia	No. cursos
Internado de Pregrado generación completa (enero a diciembre 2014)	UNAM, UAM-X, J.S, WESTHILL	1
Internado de pregrado generación intermedia (julio 2013-junio 14)	IPN, Tominaga Nakamoto, BUAP, Universidad Autónoma de Tamaulipas	1
3er. Año medicina general I	Facultad de Medicina UNAM	2
4to Año medicina general II	Facultad de Medicina UNAM	2
Introducción clínica	Escuela Superior de Medicina IPN	3
Terapéutica médica	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Fisiopatología general	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del aparato Músculo Esquelético	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Alergología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del aparato respiratorio	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Urología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Infectología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del aparato digestivo	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Anatomía patológica especial	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Oftalmología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Ginecología y obstetricia	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del aparato cardiovascular	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Hematología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Nefrología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Sexto semestre	Justo Sierra	2
Octavo semestre	Justo Sierra	1
Octavo semestre	Tominaga Nakamoto	1
Hematología teórica-práctica	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	3
Oncología teórica-práctica	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	4
Total		34



La gráfica muestra la población de estudiantes de pregrado, en ciclos clínicos y pasantes en servicio social de los años 2012 a 2014.

Internado de Pregrado.

Durante el 2014, el número de médicos internos de pregrado fue de 83, mostrando una disminución de un 4.6% con relación al mismo periodo de 2013, que fue de 87; esta variación de debió a que cuatro campos clínicos asignados a la Universidad Westhill no fueron ocupados.

Las escuelas de procedencia son:

Institución Educativa	Médicos internos de pregrado 2013	Médicos internos de pregrado 2014
Facultad de Medicina de la UNAM	37	38
Escuela Superior de Medicina del IPN	20	20
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	8	10
Escuela de Medicina Justo Sierra	10	8
Escuela de Medicina Tominaga Nakamoto	3	4
Facultad de Medicina de la Universidad Westhill	4	0
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	1	1
Universidad Autónoma de Hidalgo	1	0
Universidad Autónoma de Tamaulipas	3	2
Total	87	83

Ciclos Clínicos de Pregrado.

En el rubro de ciclos clínicos, el número de alumnos fue de 655 alumnos, presentando un decremento en un 16.6% con respecto al mismo periodo de 2013, con 785 alumnos registrados.

Las escuelas de procedencia son:

Institución	No. de alumnos 2013	No. de alumnos 2014
Escuela Superior de Medicina IPN	226	232
Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	203	157
Facultad de Medicina UNAM	114	111
Facultad de Medicina de la Universidad La Salle	42	19
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM	36	40
Escuela de Medicina de la Universidad Westhill	48	0
Escuela de Medicina de la Universidad Justo Sierra	60	42
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	20	18
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac	36	36
Total	785	655

5. Número de Estudiantes en Servicio Social.

Durante el 2014, se tuvo una población de 108 estudiantes que realizaron su servicio social, que comparado con el 2013, reporta un incremento del 66.2%, que fue de 65. Debido al incremento en la aceptación en cada área de rotación de mayor número de pasantes en servicio social, sobre todo a nivel licenciatura.

Estudiantes	Institución educativa
	Licenciatura
5	Licenciatura en Nutrición Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Milpa Alta del IPN
3	Licenciatura en Nutrición Universidad Autónoma de Hidalgo
5	Licenciatura en Nutrición Universidad del Valle de México
6	Licenciatura en Medicina Física Universidad del Valle de México
2	Licenciatura en Odontología Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Santo Tomás IPN
1	Licenciatura en Odontología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
3	Licenciatura en Odontología UNITEC
3	Licenciatura en Trabajo Social Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM
13	Licenciatura en Enfermería Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
20	Licenciatura en Enfermería Escuela de Enfermería Secretaría de Salud Hospital Juárez de México
15	Licenciatura en Psicología Facultad de Psicología UNAM
	Técnico
13	Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos (Laboratorio)
9	Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Inhaloterapia)
10	Escuela de Técnicos Radiólogos (Radiología)
Total 108	

6. Número de Alumnos de Posgrado.

El número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad, durante el periodo que se reporta fue de 410, logrando un incremento en un 3.3%, con respecto al mismo periodo de 2013, que fue de 397.

7. Cursos de Posgrado.

En el periodo que se reporta, concluyó la maestría en Ciencias de la Salud, con una asistencia de 8 médicos de las áreas de Reumatología, Neurocirugía y de la Dirección de Investigación, impartida por docentes del IPN. Cabe señalar, que todos los alumnos cubren los costos, pues no se dispone de becas.

Además, la Maestría en Administración con Orientación en Dirección del Factor Humano, con la graduación de los 20 participantes, de las áreas de enfermería, de la Divisiones de Medicina, Cirugía y de Servicios de apoyo, Órgano Interno de Control, entre otros; impartida por docentes de la Universidad del Valle de México.

8. Número de Autopsias.

% Número de autopsias / Número de fallecimientos.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2014, se practicaron 26 autopsias de 773 defunciones, que representa el 3.4%, mostrando un incremento de 1% en relación a las 22 autopsias realizadas en 2013.

9. Participación Extramuros.

Rotaciones	2012	2013	2014
De otras instituciones	216	300	306
A otras instituciones	460	451	471

a) Rotaciones de otras instituciones:

Durante el 2014, acudieron al Hospital 306 médicos residentes provenientes de otras instituciones, presentando un incremento de 2%, con respecto al periodo anterior que fue de 300.

b) Rotaciones a otras instituciones:

El número de médicos residentes del Hospital que rotaron a otras instituciones fue de 471, mostrando un incremento de 4.4% en relación al periodo anterior que fue de 451.

Rotaciones de Médicos Residentes a Otras Instituciones	
Institución	2014
Instituto Mexicano del Seguro Social	81
Institutos Nacionales de Salud	69
ISSSTE	61
Hospitales Privados	60
Secretaría de Salud del Distrito Federal	50
Hospitales Federales de Referencia	43
Instituto de Salud del Estado de México	30
ISSEMYM	14
Hospital Militar	12
Argentina	3
España	3
Estados Unidos	1
Brasil	1
Rotación de campo Tlaxcala	19
Rotación de campo Chiapas	18
Rotación de campo Morelos	3
Rotación de campo Puebla	2
Rotación de campo Oaxaca	1
Total	471

10. Porcentaje de Eficiencia Terminal.

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

El número de médicos residentes aceptados para el último grado de los cursos de especialización fue 107, egresando el mismo número, por lo que la eficiencia terminal es de 100%, igual que en el mismo periodo de 2013.

11. Enseñanza en Enfermería.

Cursos de Pregrado.

Durante el periodo de 2014, se otorgaron un total de 17 cursos de Pregrado en Enfermería impartidos por la Escuela de Enfermería, mostrando un incremento en un 41.7% con respecto al 2013, en el cual se realizaron 12.

Por otra parte, la Asamblea de Enfermeras impartió 10 cursos y la Jefatura de Enfermería impartió 16.

El número de participantes fue de 2,175 asistentes, se observó un incremento en un 3.2% con respecto al mismo periodo de 2013, que fue de 2,108 asistentes.

Los cursos de educación médica continua impartidos por las diferentes instancias de enfermería fueron los siguientes:

No	Cursos impartidos por la Escuela de Enfermería	Asistentes
1	Competencias específicas del profesional de enfermería	9
2	Análisis de problemas y toma de decisiones	11
3	Planeación Estratégica	10
4	Proyecto de investigación en enfermería	3
5	Enfermería clínica	7
6	Seguridad del paciente	11
7	El proceso de enfermería en el primer nivel de atención	17
8	Interrelaciones de las taxonomías Nanda Nic, Noc	13
9	Integración de equipos de trabajo	5
10	Gestión del cuidado	11
11	Curso enfermería domiciliaria	11
12	Liderazgo en enfermería	5
13	Mapeo de procesos	28
14	Foro de investigación estudiantil	36

15	Capacitación para el Personal de Camillería	33
16	Aprendiendo a vivir y morir	21
17	Desarrollo de Habilidades Gerenciales	15
Total		246

No.	Cursos otorgados por la Asamblea de Enfermeras	Asistentes
1	Bioética y legislación en el profesional de enfermería	25
2	I Congreso Innovaciones en neonatología	86
3	II Curso Intervenciones de enfermería a paciente crítico	110
4	El profesional de enfermería en el cuidado de heridas y estomas	78
5	Seminario clima laboral en las organizaciones de salud	25
6	III Curso jornadas de enfermería, posología y farmacología	74
7	IV Curso tanatología y cuidados paliativos	56
8	Oncología en el profesional de enfermería	75
9	II Curso-taller Gestión e innovación en esterilización hospitalaria	60
10	Evento magno	169
Total		758

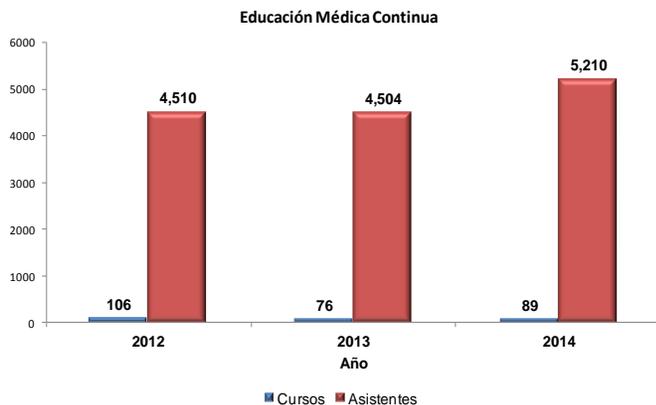
No.	Cursos impartidos por la Jefatura de Enfermería	Asistentes
1	Metodología de la investigación	28
2	Inducción al puesto de enfermería	4
3	Gestión administrativa aplicada a la calidad y seguridad hospitalaria	21
4	Manejo seguro de la diálisis peritoneal en el paciente con enfermedad crónica	23
5	Seguridad para la terapia de reemplazo renal "Prisma"	37
6	Desarrollo de planes estandarizados de cuidados de enfermería PLACES	20
7	Entrenamiento en esterilización y control de infecciones por la seguridad del paciente	32

8	Errores de Medicación	18
9	Intercambio interinstitucional "Avances en áreas críticas para la seguridad del paciente"	510
10	VI Curso de calidad y seguridad del paciente	279
11	Geronto-geriatria	34
12	Desarrollo de planes estandarizados de cuidados de enfermería PLACES	23
13	Errores de medicación	42
14	Inducción al puesto de enfermería	38
15	Seguridad para la terapia de reemplazo renal "Prisma"	32
16	Errores de medicación	30
Total		1,171

12. Cursos de Actualización (Educación Médica Continua).

Durante el 2014, se impartieron 89 cursos de educación médica continua, mostrando un incremento en un 17.1% respecto al período inmediato anterior que fueron 76 cursos.

Es relevante mencionar, que 43 cursos de educación médica continua, fueron esencialmente dirigidos al personal de enfermería, en temas relacionados a la calidad y seguridad del paciente; 34 cursos estuvieron orientados a la actualización para profesionales médicos, y el resto encaminados a la mejora de las relaciones humanas y a herramientas gerenciales, entre otros.



El total de asistentes a cursos de educación médica continua fue de 5,210 participantes de los cuales 3,823 fueron mujeres, debido a que la mayor parte de los cursos y un congreso fueron organizados por la Asamblea de

Enfermería, la Escuela de Enfermería o la Jefatura de Enfermería, mostrando un incremento de 15.7% con relación al mismo periodo de 2013 que fue de 4,504 asistentes.

Los cursos de educación médica continua impartidos fueron los siguientes:

	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Metodología de la investigación	27-31 de enero	28
2	Microcirugía I	20-24 de enero	2
3	Ventilación mecánica avanzada	29-31 de enero	99
4	Inducción al puesto de enfermería	10-21 de febrero	4
5	Competencias específicas del profesional de enfermería	17-21 de febrero	9
6	Bioética y legislación en el profesional de enfermería	26-28 de febrero	25
7	Gestión administrativa aplicada a la calidad y Seguridad Hospitalaria	26-28 de febrero	21
8	Microcirugía laparoscópica	10-14 de febrero	3
9	Microcirugía I	17-21 de febrero	1
10	Microcirugía II	17-21 de febrero	1
11	ATLS	13-14 de febrero	16
12	TEAM	25 de febrero	26
13	Avances en coloproctología	3-05 de marzo	33
14	Manejo seguro de la diálisis peritoneal en el paciente con enfermedad crónica	19-21 de marzo	23
15	Simposio "Cáncer de Mama"	24-25 de marzo	43
16	Análisis de problemas y toma de decisiones	24-28 de marzo	11
17	XXV Curso taller de seguridad en el paciente hospitalizado	10-12 de marzo	32
18	Seguridad para la terapia de reemplazo renal "Prisma"	12-14 de marzo	37
19	Metodología de la atención individualizada en trabajo social	18-21 de marzo	41
20	Desarrollo de planes estandarizados de cuidados de enfermería PLACES	26-28 de marzo	20
21	I Congreso Innovaciones en neonatología	3-07 marzo	86
22	II Curso Intervenciones de enfermería a paciente crítico	7-11 de abril	110
23	Actualización en neonatología I	7-11 de abril	59
24	Planeación estratégica	7-11 de abril	10
25	III Curso diagnóstico y manejo del paciente en estado de coma. "Dr. Juan Martínez Mata"	21-25 de abril	120
26	Entrenamiento en esterilización y control de infecciones por la seguridad del paciente	29 de marzo, 5, 12 y 26 de abril	32
27	Errores de medicación	9-11 de abril	18
28	El profesional de enfermería en el cuidado de heridas y estomas	14-16 de abril	78

29	Proyecto de investigación en enfermería	21-25 de abril	3
30	Consejería familiar en contextos de salud	12-16 de mayo	26
31	Intercambio interinstitucional "Avances en áreas críticas para la seguridad del paciente"	12-16 de mayo	510
32	Seminario clima laboral en las organizaciones de salud	21-23 de mayo	25
33	Bioética y sociedad	21-23 de mayo	56
34	VI Curso de calidad y seguridad del paciente	28-30 de mayo	279
35	X Curso taller protocolo de investigación	19-23 de mayo	20
36	VI Curso taller de nutrición clínica y metabolismo	21-23 de mayo	74
37	XXVI Curso taller de seguridad en el paciente hospitalizado	26-28 de mayo	21
38	Enfermería clínica	2-06 de junio	7
39	Estudio clínico y terapéutico de las cefaleas	9-13 de junio	64
40	Geronto-geriatria	9-11 de junio	34
41	IX Curso de Radiología en medicina de primer nivel	18-20 de junio	273
42	IV Curso Interinstitucional urgencias trauma	23-27 de junio	309
43	III Curso jornadas de enfermería, posología y farmacología	25-27 de junio	74
44	XXVII Curso-Taller de disección con mastoidectomía, timpanoplastia, osculoplastia, estapedectomía y colocación de implante Coclear en el hueso temporal	9-13 de junio	27
45	Seguridad del paciente	9-13 de junio	11
46	El proceso de enfermería en el primer nivel de atención	16-20 de junio	17
47	Reciclaje emocional para profesionales del sistema de salud	23-27 de junio	14
48	Desarrollo de planes estandarizados de cuidados de enfermería PLACES	25-27 de junio	23
49	Microcirugía II	23-27 de junio	1
50	IV Curso de Genética y biología molecular	9-11 de julio	71
51	Errores de medicación	9-11 de julio	42
52	Interrelaciones de las taxonomías Nanda Nic, Noc	14-18 de julio	13
53	Taller de Genética y biología molecular practica	15-17 de julio	38
54	ATLS	11-12 de julio	16
55	Exploración neurológica	11-15 de agosto	120
56	Inducción al puesto de enfermería	11-22 de agosto	38
57	Cirugía bucal para el odontólogo de práctica general	13-15 de agosto	189

58	IV Curso tanatología y cuidados paliativos	18-22 de agosto	56
59	Integración de equipos de trabajo	4-07 de agosto	5
60	Gestión del cuidado	18-21 de agosto	11
61	Microcirugía I	25-29 de agosto	1
62	Seguridad para la terapia de reemplazo renal "Prisma"	27-29 de agosto	32
63	Ventilación mecánica nivel básico e intermedio	27-29 de agosto	163
64	Microcirugía I	8-12 de septiembre	2
65	Genómica estructural y funcional de las enfermedades multifactoriales	10-12 de septiembre	85
66	Oncología en el profesional de enfermería	22-26 de septiembre	75
67	Curso enfermería domiciliaria	1-04 de septiembre	11
68	Errores de medicación	3-05 de septiembre	30
69	Microcirugía II	8-12 de septiembre	1
70	Liderazgo en enfermería	8-11 de septiembre	5
71	Congreso trabajo social ante los cambios sociales y su impacto en la atención a la salud	10-12 de septiembre	157
72	Patología vascular para el médico general	15-17 de octubre	128
73	Ginecología oncológica	22-24 de octubre	50
74	IV Curso taller de oncología básica para el médico general	8-10 de octubre	124
75	VII Congreso de neurociencias	6-10 de octubre	274
76	Microcirugía I	13-17 de octubre	1
77	II Curso-taller gestión e innovación en esterilización hospitalaria	15-17 de octubre	60
78	XXVII Curso-taller de seguridad en el paciente hospitalizado	27-29 de octubre	14
79	Mapeo de procesos	27-31 de octubre	28
80	Foro de investigación estudiantil	19-21 de noviembre	36
81	Evento magno	10-14 de noviembre	169
82	Innovaciones en cardiología intervencionista	5-07 de noviembre	73
83	Capacitación para el personal de camillería	10-14 de noviembre	33
84	Empowerment en las instituciones de salud	24-27 de noviembre	11
85	Avances de ginecología y obstetricia	3-05 de diciembre	82
86	Microcirugía laparoscópica	1-05 de diciembre	5
87	Aprendiendo a vivir y morir	1-04 de diciembre	21
88	Desarrollo de habilidades gerenciales	8-11 de diciembre	15
89	2° Congreso internacional de investigación biomédica, clínica y quirúrgica. Jornadas de médicos residentes	9-11 de diciembre	69
Total			5,210

13. Cursos de Capacitación.

En cuanto a la capacitación en materia gerencial y técnica, durante el periodo de reporte se impartieron 44 cursos de capacitación, mostrando un incremento en un 15.8%, en relación al ejercicio 2013 que fue de 38 cursos. Teniendo una asistencia de 1,346 servidores públicos, 195 asistentes más con respecto a la meta alcanzada en el año anterior que fue de 1,151, lo que representa un incremento de 16.9%, contribuyendo al personal de salud a adquirir herramientas y elementos conceptuales que permitan una mejora en el desarrollo de sus funciones en beneficio de la población usuaria.

Los cursos fueron los siguientes:

No. Prog.	Cursos	Fecha	No. de participantes
1	Seguridad y protección radiológica en el servicio de hemodinamia	31 de enero	3
2	Principios y buenas prácticas en la atención del paciente	23 de enero	13
3	Fundamentos para la selección, instalación y mantenimiento del catéter central de inserción periférica PICC	5 al 7 de febrero	10
4	Calidad en el servicio y atención al paciente	17 al 26 de febrero	30
5	Sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario	18 de febrero	143
6	Trabajo en equipo	3 al 7 de marzo	14
7	Ley General de Contabilidad Gubernamental	22 de marzo al 26 de abril	1
8	Curso taller seguridad en terapia de infusión intravenosa	6 y 7 de marzo	26
9	Inducción de gestión de procesos para la transformación institucional	24 al 28 de marzo	14
10	Reanimación cardiopulmonar básico para adulto	7 de abril	14
11	Sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario	3 de abril	130
12	Trabajo en equipo	21 al 25 de abril	10
13	Relaciones humanas	19 al 23 de mayo	22
14	Reanimación cardiopulmonar básico para adulto	2 de junio	16
15	Curso taller seguridad en terapia de infusión intravenosa	5 y 6 de junio	19
16	Curso taller interrelación entre la química y el laboratorio para el diagnóstico de diabetes	4, 5 y 6 de junio	102
17	Sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario	17 de junio	142
18	Inducción de gestión de procesos para la transformación institucional	23 al 27 de junio	15
19	Excel básico	7 de abril al 30 de mayo	2
20	Ley General de Contabilidad Gubernamental	22 de marzo al 26 de	1

		abril	
21	Comunicación efectiva	21 al 25 de julio	10
22	Sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario	19 de agosto	99
23	Curso Taller R.C.P básico para adulto	1 de septiembre	19
24	Ortografía y redacción	8 al 19 de septiembre	24
25	XXX Encuentro nacional de auditores internos	7 y 8 de agosto	1
26	XXX Encuentro nacional de auditores internos	7 y 8 de agosto	1
27	XI Congreso nacional de Mastología y VIII Internacional	13 al 16 de agosto	1
28	Taller para uso adecuado de los instrumentos de archivistas	22 al 26 de septiembre	2
29	Función Pública y la administración de documentos de archivo.	22 al 26 de septiembre	2
30	Sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario	14 de octubre	120
31	Administración de proyectos	6 al 17 de octubre	1
32	Frequency determination of allelic variants, of xenobiotic and hormonal receptors ahr and era, in a mexican pre- and postmenopausal breast cancer group women	19 al 23 de octubre	1
33	Calidad en el Servicio	20 al 31 octubre	3
34	Negociación, toma de decisiones y manejo de conflictos	27 al 31 de octubre	2
35	Análisis de problemas	18 al 28 de noviembre	2
36	Visión estratégica	18 al 28 de noviembre	5
37	Inducción de gestión de procesos para la transformación	27 al 31 de octubre	50
38	Word básico	27 de octubre al 7 de noviembre	14
39	XXX Congreso nacional de bioquímica.	2 al 8 de noviembre	2
40	La interrelación entre la clínica y el laboratorio en el abordaje endocrino	10 al 12 de noviembre	62
41	Word intermedio	del 24 de noviembre al 5 de diciembre	11
42	Sensibilización y capacitación para el trato digno al usuario	18 de noviembre	113
43	Desarrollo de habilidades gerenciales	21 al 23 de octubre	13
44	Curso taller de seguridad en terapia de infusión intravenosa	8 al 9 de octubre	61
Total			1,346

14. Sesiones Interinstitucionales.

Durante el 2014, se llevaron a cabo cinco sesiones interinstitucionales a médicos internos, médicos residentes, médicos adscritos, jefes de servicio y de división, personal de enfermería y administrativo, observando un decremento del 54.5% con relación al mismo periodo de 2013, en el cual se efectuaron 11 sesiones.

Las sesiones interinstitucionales fueron las siguientes:

1. La sesión “Educación continua en cirugía de mínimo acceso. Experiencia nacional de Cuba”. Impartida por la Dra. Rosalba Roque González, Vicedirectora de docencia e investigación del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso; tuvo una asistencia de 291 participantes, el objetivo fue presentar el funcionamiento del Centro, el papel que juega como centro de referencia nacional y el desarrollo que ha tenido a lo largo del tiempo.
2. La sesión de “Educación en general y residencias médicas” a cargo del Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, miembro de la Academia Mexicana de Educación Médica y Secretario de Enseñanza Clínica e Internado Médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se llevó a cabo con la asistencia de 257 participantes; cuyo objetivo consistió en exponer la relación de las estrategias y métodos didácticos aplicados a la formación de médicos especialistas.
3. Para la sesión “Acto médico y sus implicaciones legales”, impartida por el Lic. Andoni Joseba Gutiérrez Zurita, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; tuvo una asistencia de 305 personas, el objetivo consistió en presentar la definición legal del acto médico, sus repercusiones legales y laborales, especialmente en el trato al paciente y el manejo del expediente clínico.
4. En la sesión de “Neurobiología del amor” impartida por el Dr. Eduardo Calixto González del Instituto Nacional de Psiquiatría, asistieron 297 participantes, cuyo objetivo fue el exponer la relación de la neurobiología y su relación con sentimientos como el amor y el enamoramiento.
5. En la sesión de “Manejo integral de las biopsias renales”, que fue presentada por la Dra. Virgilia Soto Abraham, médica patóloga del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” y del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, se presentó una audiencia de 232 personas; en la cual se mostró la importancia de la biopsia renal para el diagnóstico de las enfermedades glomerulares y tubulares.

Asistentes a Sesiones Interinstitucionales.

El número de asistentes a las sesiones interinstitucionales fue de 1,382, observando un decremento en un 50.5% con relación al periodo de 2013, en el cual asistieron 2,790 participantes.

15. Sesiones por Teleconferencia.

Durante el periodo de reporte, no se llevaron a cabo sesiones por teleconferencia.

16. Congresos Organizados.

En el periodo que se reporta, se realizaron cuatro Congresos, dos más con relación al ejercicio 2013. El “I Congreso de Innovaciones en neonatología”, con una participación de 86 asistentes, a quienes se les entregó constancia de participación; el “Congreso Trabajo Social ante los cambios sociales y su impacto en la atención a la salud”, con 157 asistentes; el “VII Congreso de Neurociencias”, con 274 asistentes; y el “2° Congreso internacional de investigación biomédica, clínica y quirúrgica. Jornadas de médicos residentes”, con 69 asistentes.

17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.

Al periodo de reporte, se recibieron dos reconocimientos. El primero, por parte de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, al Internado Médico. Y el segundo, se recibió por parte de la Universidad Anáhuac por la excelencia académica en ciclos clínicos.

Otros Aspectos.

Sesiones académicas.

Sesiones Generales del Hospital	47
Asistentes	12,831

Sesiones académicas por división	2013	2014	% Incremento
Medicina	1,946	2,554	31.2
Cirugía	1,431	1,349	-5.7
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	896	928	3.6
Medicina crítica	320	580	81.2
Pediatría	261	254	-2.7
Ginecología y obstetricia	146	203	39
Total	5,000	5,868	

Durante periodo de reporte, se realizaron 47 sesiones generales del Hospital, con una asistencia de 12,831 participantes y se efectuaron 5,868 sesiones académicas por división con la participación de los médicos residentes, cifra que refleja un incremento de 17.4% en las sesiones académicas a pesar de una ligera disminución en las Divisiones de Cirugía y Pediatría, en relación con el periodo anterior.

Convenios.

Con relación a los convenios, al periodo que se informa, se tienen un total de 22. En el siguiente cuadro, se muestran las instituciones y los convenios que están vigentes, así como los que se encuentran en trámite, los cuales están en revisión por parte de las instituciones.

No.	Institución	Nombre	Status	
			Actualizado	Trámite
1	Universidad Justo Sierra	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	X	
2	Universidad Justo Sierra	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	X	
3	UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Convenio de Colaboración para el desarrollo del Programa de Formación y Capacitación de Recursos Humanos de la Residencia de Medicina Conductual	X	
4	Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA) de la ciudad de la Habana Cuba	Convenio de colaboración en materia de proyectos de investigación y capacitación de recursos humanos del área quirúrgica	X	
5	Universidad del Valle de México	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Servicio Social y Estancias Profesionales (Fisioterapia, Nutrición y QFB.)	X	
6	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	Convenio de colaboración con el fin de que el IPN en su carácter de depositario secundario de cadáveres	X	
7	Hospital Materno Infantil "Vicente Guerrero Saldaña" Chimalhuacán	Convenio de colaboración en materia de rotación de residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia	X	
8	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Convenio de colaboración en materia de rotaciones de residentes de especialidades médicas y quirúrgicas	X	
9	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	X	
10	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	X	
11	Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz	Convenio de Colaboración en materia de Atención Médica y Enseñanza	X	
12	Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	Convenio de Colaboración en materia de capacitación al personal del HJM en el manejo del Sistema para Cirugía Asistida Robótica DA VINCI SI	X	
13	Universidad Tominaga Nakamoto. S. C.	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos		X
14	Universidad Tominaga Nakamoto. S. C.	Convenio Especifico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado		X
15	Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	Convenio Especifico de Colaboración para Prácticas de Posgrado en Psicología		X
16	UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	Convenio de colaboración en materia de servicio social, ciclos clínicos y cursos posttécnicos de la carrera de enfermería		X
17	TECMILENIO	Convenio de colaboración de prácticas clínicas de enfermería.		X
18	UNAM Facultad de Odontología	Convenio de colaboración en materia del curso de especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial		X

19	Universidad de las Américas	Convenio de Colaboración en Maestría de Psicología Clínica		X
20	Universidad la Salle	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado		X
21	Universidad del Tepeyac A.C.	Convenio Específico de Colaboración en Servicio Social y Prácticas Profesionales		X
22	Universidad Tecnológica de México S.C. (UNITEC)	Convenio de Colaboración Académica en materia de Servicio Social y Prácticas Profesionales de la Licenciatura en Nutrición		X

Videoconferencias.

Durante el 2014, se llevaron a cabo un total de 59 transmisiones por videoconferencia en streaming, las cuales se realizaron durante los diplomados de Cuidados Intensivos Neurológicos y, de Gerencia para la Certificación de Establecimientos Médicos; incrementándose en un 64%, con relación a las 36 videoconferencias realizadas en 2013.

Con relación a los Trabajos presentados en congresos por médicos residentes de los cursos universitarios, se muestra el número de ellos.

Especialidad	No de trabajos presentados en congreso
Cardiología	12
Cirugía	8
Ginecología y Obstetricia	4
Medicina Crítica	4
Pediatría	4
Total	32

Unidad de Investigación Quirúrgica

Durante 2014, la Unidad de Investigación Quirúrgica realizó las siguientes actividades:

Sesiones, cursos, prácticas y protocolos	Número de sesiones
Sesiones de diplomado de laparoscopia ginecológica	4
Sesiones para diplomado de laparoscopia oncológica	53
Sesiones de fresado de hueso temporal	5
Sesiones para diplomado de cuidados intensivos neurológicos	8
Cursos de microcirugía en sus tres niveles	11
Curso de ventilación mecánica avanzada	1
Curso de microcirugía laparoscópica	2
Curso de mínima invasiva para pediatría	1
Curso de fresado de hueso temporal	1
A.T.L.S.	1
Práctica de cirugía de córnea	1

Protocolo de anestesia	3
Protocolo de córnea	12
Total	103

En el rubro de Prácticas en Cadáver, se realizaron las siguientes:

No.	Residentes de la especialidad	No. de asistentes	Región explorada
1	Neurocirugía	97	Cara, cráneo y columna vertebral, miembro torácico, miembro pélvico y plexo braquial.
2	Cirugía general	75	Pared abdominal, región inguinal, vías biliares, retroperitoneo, acceso venoso, duodeno y páncreas.
3	Otorrinolaringología	9	Cuello, nariz, tráquea.
4	Ortopedia	8	Hombro, miembro torácico y cadera.
5	Maxilofacial	4	Submaxilar.
	Total	193	

Adicionalmente la Escuela de Enfermería realizó tres prácticas en la sala de disecciones con 96 asistentes, con los temas de identificación de estructuras placentarias y manejo de suturas.

Informe del Programa de Trabajo 2014.

Los avances logrados en 2014 de la Unidad de Enseñanza fueron los siguientes:

Se realizó un diagnóstico de necesidades en Educación Médica Continua, con la participación de los jefes de servicio de las divisiones de medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia y cuidados críticos. Se observa que 113 temas solicitados son específicos de las especialidades de sus servicios y 26 tienen una utilidad transversal para más de un servicio.

Se llevó a cabo el curso de Introducción a la Didáctica por Competencia y su Evaluación. Este curso fue impartido por la Universidad Anáhuac el 25 de abril 2014. Con la asistencia de 25 profesores de tercero, cuarto y quinto año, así como la asistencia de 5 profesores de sedes externas a esta institución.

Por otra parte, el cuestionario de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), se requisó en línea través de la intranet del hospital, con el apoyo del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica.

Se llevaron a cabo los cursos de formación pedagógica para profesores de especializaciones médicas por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM, los días 24 y 28 de noviembre y 5 de diciembre.

Se asistió a reuniones en la CCINSHAE para diseñar, organizar y realizar el Segundo Congreso de Bibliotecas de Ciencias de la Salud, en dicho evento, se difundieron las nuevas técnicas para el aprovechamiento de las plataformas que permitan la optimización de los servicios que prestan los centros de documentación informática y bibliotecas de ciencias de la salud. Contando con la participación de todos los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales de Alta Especialidad coordinados por el Dr. Simon Kawa Karasdik, Director General de la Coordinación de los INS Salud y el Dr. Manuel de la Lata Romero, Director General de Coordinación de los HRAE's.

Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2014. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2014 del Programa Presupuestal E010 “Formación de recursos humanos especializados para la salud”.

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

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA SALUD							
	Porcentaje de aprobación de médicos especialistas en formación clínica	98.2	98.2	96.7	1.5	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 1.5% en el porcentaje de aprobación de médicos especialistas en formación clínica, con respecto a la meta programada de 98.2%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que solamente 14 médicos no concluyeron su formación clínica. Sin embargo, se logró cubrir las plazas en los cursos de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Oftalmología y Endoscopia al inscribirse 424 médicos especialistas de los 397 inscritos programados en el ciclo académico actual.
PROPÓSITO (2)	V1: Número de médicos especialistas en formación que acreditan el ciclo académico anual (especialidades, subespecialidades y alta especialidad)	390	390	410			EFECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, lo cual no representa un factor que altere los programas académicos y operativos de los cursos en los cuales se presentaron las bajas. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Al haber mayor número de médicos residentes en formación clínica, el Hospital se beneficia en efficientar la atención médica a la población usuaria.
	V2: Total de médicos especialistas en formación inscritos en el ciclo académico anual (especialidad, subespecialidad y alta especialidad) X 100	397	397	424			
	Eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua	98.5	98.5	94.6	4.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento menor en 4.0% de eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 98.5%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió a que en algunos cursos hubo menos inscripciones de las que se había proyectado.
PROPÓSITO (4)	V1: Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la Institución durante el periodo reportado	5,603	5,603	5,380			EFECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, ya que se capacitaron y actualizaron profesionales del Hospital y de otras instituciones prácticamente en el número proyectado, lo que beneficia a la población atendida. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: La actualización de los profesionales de la salud permite la utilización de prácticas más seguras, que impactaría favorablemente en la estadía, mejor utilización de los recursos existentes y menos eventos adversos, todas ellas con impacto de beneficio económico para las instituciones de donde provienen.
	V2: Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100	5,690	5,690	5,690			

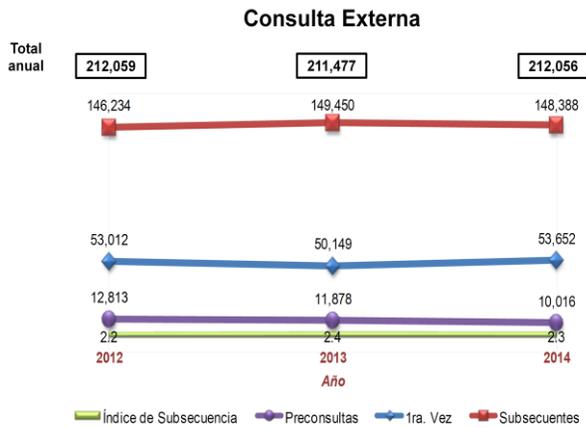
COMPONENTE (5)	Eficiencia terminal de médicos especialistas	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p>CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% de eficiencia terminal de médicos especialistas, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que en el último año de cada curso universitario de especialización y de alta especialidad no se presentaron bajas.</p> <p>EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, con el resultado de una eficiencia terminal satisfactoria.</p> <p>OTROS MOTIVOS:</p> <p>IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Un mayor número de médicos especialistas que egresan, indica una mejora en la calidad de la enseñanza, lo que se refleja en una oportuna y eficaz atención médica a la población mexicana.</p>
	FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100						
	V1: Número de médicos que obtienen constancia de conclusión de estudios de especialidad, subespecialidad y alta especialidad emitida por la DGCE (1+2+3+4)	116	116	130			
	- Originados en becas DGCE	102	102	109			
	- Originados en becas propia institución	0	0	0			
	(1) Subtotal de becas DGCE e institución	102	102	109			
	(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e internacionales.	0	0	0			
	(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.	14	14	21			
	(4) Otros (escriba en este espacio)	0	0	0			
	V2: Total de médicos inscritos en la misma cohorte (1+2+3+4)	116	116	130			
	- Originados en becas DGCE	102	102	109			
	- Originados en becas propia institución	0	0	0			
	(1) Subtotal de becas DGCE e institución	102	102	109			
	(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e internacionales.	0	0	0			
	(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.	14	14	21			
(4) Otros (escriba en este espacio)	0	0	0				

COMPONENTE (6)	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	8.0	8.0	8.0	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en la percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	V1: Sumatoria de la calificación manifestada por los médicos en formación que terminan sus créditos de especialidad médica encuestados respecto a la calidad percibida de su formación	928	928	1,038			Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a la buena calidad en la formación de médicos residentes, lo que indica que la formación como especialistas sigue en ascenso, no sólo científica sino también humanística.
	V2: Total de médicos encuestados de la misma cohorte generacional que termina sus créditos de especialidad	116	116	130			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, al obtener una mejor formación, lo que se traduce en mayor calidad de la atención por parte de los médicos residentes. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Al brindar una mejor formación profesional de médicos residentes, se obtendrán mejoras en la calidad de la atención médica en la población y un beneficio en la reducción de costos para el hospital.
COMPONENTE (9)	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua	98.0	98.0	96.8	1.2	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en 1.2% de porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua, con relación a la meta programada de 98%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	V1: Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución	5,490	5,490	5,210			Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen al énfasis que los organizadores de los cursos hacen al inicio de ellos, sobre la importancia de cumplir con la asistencia para la obtención de la constancia.
	V2: Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado X 100	5,603	5,603	5,380			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado debido al incremento del nivel de conocimientos de los profesionales de la salud, lo que beneficia a los usuarios que reciben atención. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: La eficiencia terminal de la educación continua tiene un impacto benéfico en las instituciones y en los profesionales de la salud al ver concretada la inversión que se realiza a través de las becas otorgadas, el pago de la inscripción y el tiempo que se deja de laborar.
COMPONENTE (10)	Percepción sobre la calidad de la educación continua	8.8	8.8	9.0	2.3	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en 2.3% de percepción sobre la calidad de la educación continua, con respecto a la meta programada de 8.8, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	V1: Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	49,315	49,315	40,252			Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a la organización de los cursos y al buen nivel de los ponentes y profesores.
	V2: Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	5,604	5,604	4,464			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, cumpliendo las expectativas de los asistentes a los cursos, entre otras, las relacionadas con la relevancia de los temas y su utilidad en su práctica profesional. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: La buena percepción de la calidad de los cursos de educación continua, genera mejores condiciones para que los profesionales de la salud apliquen los conocimientos adquiridos en su práctica profesional y se traduzca en tiempos más cortos de estancia hospitalaria, mejor utilización de herramientas diagnósticas y terapéuticas.

ACTIVIDAD (11)	Porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitados en habilidades docentes	76.6	76.6	76.6	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitados en habilidades docentes, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	V1: Profesores que desarrollan actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitadas en habilidades docentes en el año	49	49	49			Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a la capacitación de 49 profesores de los cursos universitarios de especialización y alta especialidad a través de dos cursos de "Evaluación del médico residente por portafolios", impartidos por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.
	V2: Total de profesores que desarrollan actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad en el mismo año X 100	64	64	64			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, debido a una mejor supervisión y evaluación de los médicos residentes de cada curso por parte de sus profesores. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICOS: Al obtener una mejor preparación de los médicos residentes, redundan en una atención médica con mayor calidad y preparación científica y por ende, un hospital que atiende a sus pacientes con calidad.
ACTIVIDAD (12)	Eficacia en la impartición de programas de formación de posgrado clínico	100.0	100.0	94.3	5.7	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 5.7% de eficacia en la impartición de programas de formación de posgrado clínico, con respecto a la meta programada del 100%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.
	V1: Número de programas de formación de posgrado clínico realizados (especialidad, subespecialidad y alta especialidad)	35	35	33			La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que en los programas de especialidad en Hematología y Nutrición Clínica autorizados por la Facultad de Medicina de la UNAM, la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud no autorizó las becas respectivas.
	V2: Número de programas de formación de posgrado clínico programados (especialidad, subespecialidad y alta especialidad) X 100	35	35	35			EFEECTO: El principal efecto que se produce por la variación registrada es: Se pierde la oportunidad de formar especialistas en esos dos campos. OTROS MOTIVOS:
ACTIVIDAD (15)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	98.8	98.8	111.3	12.7	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en 12.7% de la eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con respecto a la meta programada del 98.8%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.
	V1: Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	79	79	89			La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que se autorizó la impartición de 10 cursos adicionales por tratarse de temas relevantes solicitados por las áreas organizadoras.
	V2: Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	80	80	80			EFEECTO: El principal efecto que se produce por la variación registrada es: Al efectuar mayor cantidad de cursos se pudieron capacitar y actualizar más profesionales en beneficio de la población atendida en el hospital. OTROS MOTIVOS: IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Una mayor oferta de cursos de educación continua permite a la institución y los profesionales de la salud mejores condiciones para la práctica clínica con técnicas innovadoras, más seguras y eficientes. Lo que se refleja en menos días estancia, menor número de eventos adversos y atención más segura.

ATENCIÓN MÉDICA

1. Número de Consultas Otorgadas.



Durante el periodo de 2014, se otorgaron un total de 212,056 consultas, cifra superior en un 2.7%, con relación a la registrada en el 2013, este resultado se debió a la demanda que tiene el Hospital en alta especialidad a causa de la excelente imagen institucional basada en la calidad de la atención y el prestigio del personal médico.

Por otra parte, se otorgaron un total de 148,388 consultas subsecuentes, en este rubro se aprecia una mínima disminución de siete décimas porcentuales en comparación con las

registradas en el mismo periodo de 2013, en el cual se otorgaron 149,450 consultas. Igualmente, se brindaron un total de 53,652 consultas de primera vez, mostrando un incremento en un 7% con relación al periodo anterior. Además, se otorgaron 10,016 preconsultas, estos resultados están relacionados a la necesidad de atención de alta especialidad que tienen los pacientes con padecimientos crónico-degenerativos que son referenciados por unidades del primer nivel y que no obtienen una respuesta satisfactoria de atención.

El índice de subsecuencia reportado en 2.3 se mantuvo similar que en 2013. Es importante destacar que a pesar de promover la contrarreferencia de pacientes hacia los otros niveles de atención, ya solucionada la necesidad de atención de medicina especializada, los pacientes permanecen en la Institución o regresan, dado que en el Hospital son atendidos integralmente y aunque algunos de sus problemas podrían resolverse en el otro nivel, no quieren abandonar la atención por la confianza en los médicos de este Hospital lo que no ocurre en las unidades referenciadoras por la carencia de especialidades en el primer nivel.

Causas de Atención en Pacientes de Primera Vez

No.	2012	2013	2014
1	Obesidad	Obesidad	Embarazo
2	Diabetes mellitus tipo 2	Hipertensión arterial	Hiperplasia de la próstata
3	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus tipo 2	Hipertensión arterial
4	Cáncer de mama	Episodio depresivo	Diabetes mellitus
5	Enfermedad gástrica	Cáncer de mama	Obesidad
6	Cáncer cérvico uterino	Embarazo	Cáncer de mama

7	Enfermedades articulares	Hiperplasia de la próstata	Episodio depresivo
8	Hepatitis crónica	Cáncer cérvico uterino	Cálculo renal
9	Enfermedades relacionadas al virus del papiloma humano	Rinitis alérgica	Enfermedad isquémica crónica del corazón
10	Cirrosis Hepática por alcohol	Infección de vías urinarias	Asma

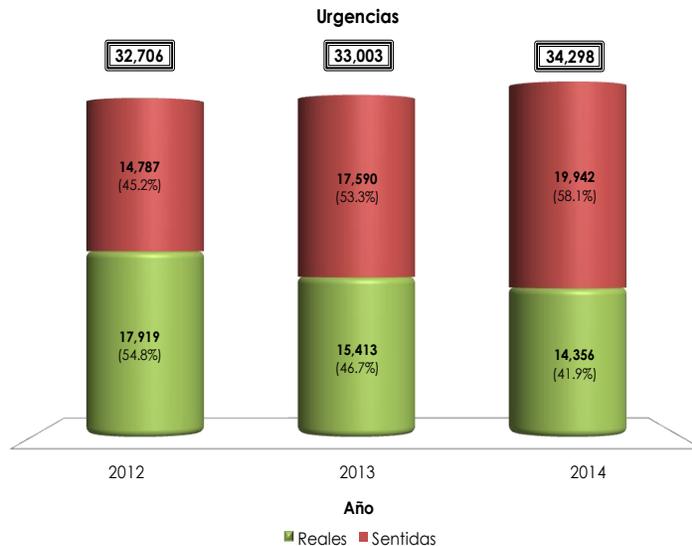
Los principales motivos de consulta se presentan en el cuadro previo, dividido en periodos anuales de 2012 a 2014, en el cual se puede observar una mayor atención a mujeres embarazadas sobre todo en el periodo de reporte. Continúa la persistencia de padecimientos crónicos que tienen relación con el síndrome metabólico como obesidad o hipertensión, que siguen siendo problemas de salud pública en nuestra población. Secundariamente, se encuentran los padecimientos de tipo oncológico, como el cáncer de mama y otros trastornos degenerativos como la cardiopatía isquémica.

A las causas de alta prevalencia como la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad se agregan las enfermedades respiratorias superiores, en especial alérgicas; y se puede detectar en este reporte que continúan atendiéndose los padecimientos relacionados con los trastornos del estado mental, encabezados por la depresión.

Parte de la mejora de la consulta externa, es mantener la supervisión del funcionamiento adecuado de los consultorios, verificando horarios de inicio y término de la consulta, el número de consultas otorgadas, la aplicación correcta y cumplimiento de la vigente NOM del expediente clínico, la verificación en el cobro de las cuotas de recuperación y el cumplimiento de las citas divididas en bloques de dos horas.

Dado que no es controlable para el Hospital la referencia de pacientes del primer nivel, quienes acuden porque no se atienden en sus lugares de origen, debido a la falta de especialidades en la Secretaría de Salud del Distrito Federal y del Instituto de Salud del Estado de México, además de la resistencia de los pacientes a su contrarreferencia son motivo de la sobresaturación de algunas de las especialidades.

2. Número de Urgencias.



En la atención de urgencias se otorgaron un total de 34,298 consultas, como se puede observar en la gráfica, el número total de urgencias atendidas en el periodo que se informa es mayor en 3.9 por ciento con respecto al año pasado que fue de 33,003 atenciones.

No obstante, la proporción de urgencias “reales” mantiene una tendencia a la baja que en este periodo de reporte disminuyó en un 6.9%, de manera que, las urgencias “sentidas” tuvieron un incremento de 13.4% comparadas con el año pasado, a este fenómeno se le atribuye la persistencia

de la cultura en los pacientes de acudir en forma “*espontánea*” a este servicio, sin ser referidos del primer nivel y por lo tanto, en muchas ocasiones su estado de salud no representan una urgencia real.

Sin embargo, por la política de “cero rechazo”, se les valora para definir su estado de salud y referirlos si es necesario. Desde el punto de vista de la clasificación de la calidad de urgencias, en el médico de este servicio, no priva un criterio bien definido de lo que las diferencia y la reportan en el concepto de sentida, siendo que en realidad muchos pacientes sí ameritan la atención de urgencia por ser verdadera.

El índice de urgencias reales entre sentidas es de 0.7 y muestra una disminución de dos décimas en comparación con el 2013 que fue de 0.9.

Durante el 2014, no fue posible continuar con el proyecto de remodelación del servicio de urgencias, sobre todo en el área de choque, debido a que se requiere un alto número de plazas de médicos, enfermeras y personal administrativo en los cuatro turnos, sería conveniente implementarla como programa de mejora debido al impacto que reflejaría en la atención de pacientes sobre todo por el incremento de las lesiones por violencia o accidentes, que arriban en estado crítico y que provocaría que el área de choque fuera de mayor utilidad.

El sistema de *triage* de la Universidad de Manchester, se continuó aplicando en Urgencias Adultos durante el periodo que se informa, esto ha contribuido a la regulación de la demanda en función de los tiempos de atención, ya que las urgencias reales se detectan prioritariamente, se valoran en minutos y se difieren los casos que son urgencia “sentida”.

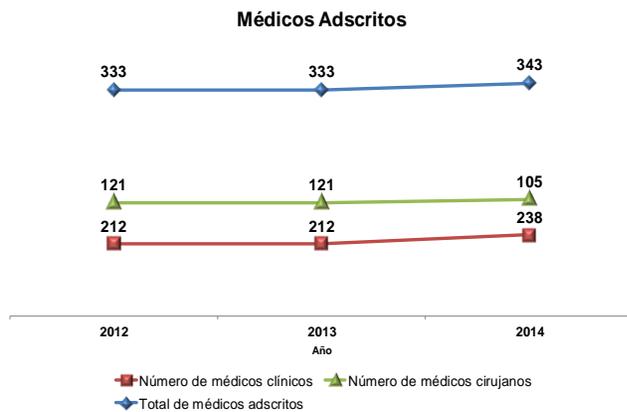
3. Número de Casos Nuevos Atendidos.

Durante el 2014, el número de casos nuevos que se atendieron en el Hospital, fue de 53,652 mostrando un incremento en un 7.0% con relación al 2013, año en que se atendieron 50,149.

Como se comentó previamente, la estructura de los servicios de salud del Distrito Federal y del Estado de México, padecen carencias importantes en diversas especialidades, sobre todo quirúrgicas, esto provoca que los pacientes busquen a los especialistas del Hospital Juárez de México, que es prácticamente el hospital de alta especialidad en la zona norte, para cumplir con sus expectativas de atención, sobre todo en enfermedades crónicas.

La cita médica telefónica que se implementó en 2012 ha empezado a ser un factor importante en la demanda de la atención de primera vez, ya que facilita el trámite en beneficio del paciente al ser más sencillo y reduce los gastos de traslado para la solicitud de la misma y el tiempo de espera.

4. Total de Médicos Adscritos



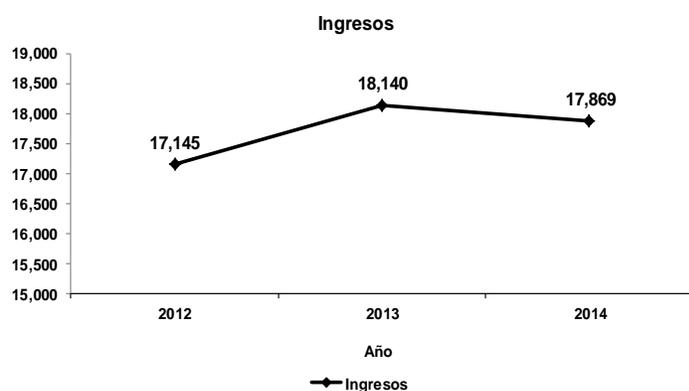
El Hospital contó a partir del segundo semestre del año con una plantilla de 343 médicos especialistas, quienes participan en la atención del paciente en todos los servicios y turnos; 238 de ellos, que representan el 69.4%, son médicos denominados “clínicos”, dado que no participan en procedimientos quirúrgicos, están distribuidos en 50 especialidades, adscritos a las divisiones de medicina y pediatría, mientras que 105, que representa el 30.6%, son especialistas quirúrgicos que realizan los procedimientos quirúrgicos a

los pacientes que así lo requieren tanto en quirófano como en toco-cirugía.

Se logró un discreto incremento en el número de médicos clínicos, logrando recuperar diez plazas generadas, por renuncia, muerte o jubilación, y se otorgaron 6 plazas de nueva creación.

La exigencia para la contratación de médicos especialistas continúa siendo estricta en el sentido de que deben ser médicos especialistas con curso universitario reconocido por la ANUIES, dando preferencia a los médicos formados en la Institución, contar con la Certificación del Consejo de la especialidad, con publicaciones y experiencia docente mínima y con una evaluación del Consejo Técnico Consultivo del Hospital.

5. Número de Ingresos Hospitalarios.



Durante el 2014, en la presente gráfica se puede observar que los ingresos hospitalarios mostraron un decremento en un 1.5 puntos porcentuales con respecto al 2013.

Esta variación obedece a la remodelación y reparación de algunos de los servicios del Hospital, como son el área de hospitalización y principalmente a la modernización del laboratorio clínico, la cual se llevó a

cabo en el último trimestre del año, lo que ha significado una mínima reducción en la atención de usuarios, además el incremento en las cuotas de recuperación que continua siendo un factor a considerar sobre todo en los enfermos quirúrgicos.

Con la redistribución de las camas censables en el área de hospitalización realizada en 2013, se ha garantizado un mejor control de las mismas, sobre todo de los servicios con alta demanda como Oncología, y con excepción de Medicina Interna y Oncología otros servicios raramente tienen ocupaciones que superen el 100% de su asignación de camas.

Principales Causas de Morbilidad para el Ingreso Hospitalario		
2012	2013	2014
Obesidad	Obesidad	Obesidad
Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes mellitus tipo 2	Influenza y neumonía
Cáncer de mama	Cáncer de mama	Diabetes mellitus tipo 2
Hipertensión arterial	Cáncer cérvico-uterino	Hipertensión arterial
Cáncer cérvico-uterino	Hipertensión arterial	Cáncer cérvico-uterino
Enfermedades gástricas	Enfermedades gástricas	Enfermedades del apéndice
Enfermedades arteriales	Cirrosis hepática	Cáncer de mama
Hepatitis virales	Enfermedades del apéndice	Enfermedades gástricas
Cirrosis hepática	Influenza y neumonía	Cirrosis hepática
Enfermedad por virus del papiloma	Enfermedad por virus del papiloma	Enfermedad por virus del papiloma

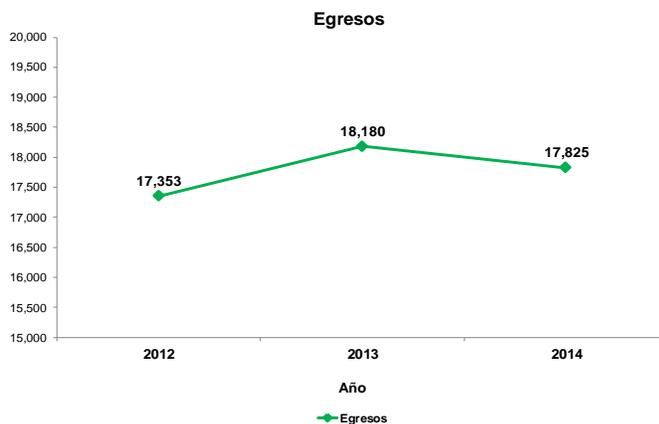
En el cuadro anterior se consignan las principales causas de morbilidad hospitalaria durante los años 2012, 2013 y 2014. Se observa que prácticamente son muy similares entre los periodos de reporte y sólo tienen variantes en el orden de las mismas.

Como principales causas de morbilidad, destacan los padecimientos oncológicos como el cáncer de mama y en menor grado el cérvico uterino. En los padecimientos metabólicos destaca la obesidad problema cada vez más frecuente en la población no solo adulta si no también en la pediátrica, que pueden derivar secundariamente en otras enfermedades tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los trastornos de los lípidos y otras, generadas por el síndrome metabólico.

Persisten los padecimientos digestivos como la gastritis, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, y la cirrosis hepática por alcoholismo.

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

6. Total de Egresos.



Los egresos totales fueron 17,825 inferiores en 2 puntos porcentuales respecto al mismo periodo de 2013, que fueron 18,180.

El Hospital en su estructura continúa ofertando a la población abierta un número significativo de las especialidades médicas, con competencia clínica y quirúrgica, así como una atención que cuente con los insumos necesarios para las pruebas diagnósticas, tratamientos médicos y quirúrgicos a pesar de la complejidad de las enfermedades atendidas.

Durante el periodo de reporte, se lograron resultados satisfactorios reflejados en un alto porcentaje de egresos por mejoría, como se observa en la siguiente tabla:

Número de Egresos Hospitalarios por Mejoría.

	Motivo de Egreso Hospitalario		
	2012	2013	2014
Ingresos	17,145	18,140	17,869
Egresos	17,353	18,180	17,825

• Egresos por mejoría	16,392 (94.5%)	17,266 (95.0%)	17,016 (95.5%)
• Defunción	876	912	773
• Altas voluntarias	76	2	13
• Pase a otra unidad	5	0	0
• Otro motivo	4	0	23

Con respecto a los motivos de egreso hospitalario se observa que durante 2014, se tuvo un ligero incremento de 0.5 % de egresos por mejoría respecto a 2013, debido a que la mayor parte de los pacientes hospitalizados respondió satisfactoriamente a la atención otorgada y a los cuidados brindados por el equipo de salud, por esta razón, alcanzó un 95.5%, en relación al total de egresos. Cabe señalar, que en el periodo de 2014, disminuyeron las defunciones en 139 con respecto al 2013. Esto correspondió a un 15.2% al periodo comparativo, y continúan en relación directa a la complejidad de los padecimientos sobre todo del área médica que se atienden y en particular, de padecimientos crónicos en pacientes de edad avanzada.

Es importante señalar que únicamente se registraron 13 altas voluntarias en 2014, once más comparadas con las 2 del año previo, esta variación no es significativa, debido a que se brinda una atención adecuada y a la accesibilidad de servicios para los pacientes, de tal forma que las altas voluntarias son sobre todo de aquellos pacientes que se trasladan a hospitales de seguridad social.

El promedio diario de egreso hospitalario fue de 48.8, menor en un 2.0% con respecto al mismo periodo de 2013 representado por 49.8, esto es debido a la mínima disminución en la cantidad total de egresos reportados en el 2014.

7. Número de Cirugías.

Cirugías			
Tipo de cirugía	2012	2013	2014
Cirugías mayores	9,867	10,916	10,432
Cirugías menores	2,694	3,057	3,663
Total	12,561	13,973	14,095

En el cuadro anterior se presentan los resultados comparativos 2012, 2013 y 2014 de las actividades del área quirúrgica, como son las cirugías totales desglosadas en mayores y menores, realizados en los quirófanos centrales y en los periféricos de algunas especialidades.

Se presentó un decremento del 4.4% en las cirugías mayores, mientras que las menores aumentaron en un 19.8%, en comparación al mismo periodo de 2013. Estas variaciones se debieron a varios factores; principalmente por el decremento de la demanda de pacientes hospitalizados que requieren de procedimientos quirúrgicos, a la solución de algunos

problemas quirúrgicos en hospitales donde se ubican sus lugares de origen, sobre todo del estado de México, donde se han puesto en marcha unidades nuevas equipadas con tecnología actual y han contribuido también las cuotas de recuperación que aunque sufrieron incrementos en el año, no todos los pacientes pueden cubrirlas, aunque evidentemente, son mucho más económica que en el sector privado.

Por otro lado, las cirugías menores presentaron una mayor demanda, ya que se realizan fuera de los quirófanos centrales y el paciente no necesita internamiento, los costos para ellos son más accesibles y se reintegran rápidamente al ámbito laboral.

Como garantía de una atención quirúrgica segura con altos estándares de calidad, el Hospital aplica con los lineamientos del Programa Sectorial de Cirugía Segura Salvavidas y el programa Institucional de Cirugía Segura; se supervisan permanentemente los expedientes de los pacientes de cirugía electiva por el Jefe del Quirófano, se ha reforzado el marcaje quirúrgico y el “tiempo fuera”. Se aplica ahora un nuevo formato modificado de la solicitud de cirugía.

Para abatir las causas de suspensión quirúrgica más comunes, se aplica el plan de optimización de horas-quirófano dentro del programa de trabajo de este servicio, aprovechando los espacios y tiempos quirúrgicos que quedan libres, sobre todo en el turno matutino dar prioridad a cirugías electivas o bien cubrir la demanda de las cirugías urgentes. Como complemento de lo anterior, personal administrativo del turno vespertino, evalúa los ingresos de pacientes programados y en el caso de que alguno no se ingresó, coordina con el asistente de la dirección respectivo, la optimización de los tiempos que queden libres para ocuparlos en la resolución de las urgencias o cirugías diferidas.

Principales Intervenciones Quirúrgicas			
No.	2012	2013	2014
1	Faco emulsificación de catarata + LIO	Colecistectomía laparoscópica	Colecistectomía laparoscópica
2	Colecistectomía laparoscópica	Faco emulsificación de catarata + LIO	Laparotomía exploradora
3	Apendicectomía	Laparotomía exploradora	Faco emulsificación de catarata + LIO
4	Reducción abierta y fijación interna	Reducción abierta y fijación interna	Reducción abierta y fijación interna
5	Plastía inguinal	Apendicectomía	Apendicectomía
6	Vitrectomía	Histerectomía	Prostatectomía transuretral
7	Resección transuretral de próstata	Resección transuretral de próstata	Plastía inguinal
8	Histerectomía	Plastía inguinal	Histerectomía
9	Colecistectomía abierta	Vitrectomía	Rinoplastia
10	Mastectomías	Craneotomía	Extracción transuretral de obstáculo de uréter y pelvis renal

En el cuadro anterior se presentan las principales intervenciones quirúrgicas, tanto electivas como urgentes que se realizaron por los servicios quirúrgicos de la Institución durante los 3 años precedentes. Aún cuando existe un cambio en el posicionamiento de algunas de ellas, la totalidad corresponde a los mismos rubros y la mayoría son procedimientos de cirugía de segundo nivel, las cuales se realizan por la demanda de atención que no puede diferirse o trasladarse a otra institución debido a que los pacientes llegan espontáneamente o son referidos con la urgencia y retraso en la atención los complicaría, poniendo inclusive en riesgo la vida de los enfermos.

La extracción de catarata se mantiene dentro de los primeros lugares, y se continúa atendiendo un número importante de pacientes con este diagnóstico, previo estudio de la capacidad económica, para mantener el compromiso social del hospital para devolverles la visión.

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 las intervenciones indicadas en el cuadro anterior superan numéricamente a este procedimiento.

Para el caso de la histerectomía, aunque se realiza en algunas pacientes para el tratamiento quirúrgico de cáncer de endometrio o cérvico-uterino, la mayoría son indicadas para solucionar problemas como la miomatosis uterina o problemas endometriales con sangrados crónicos.

En la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos, también se realizan un mínimo de procedimientos como son los *by-pass* gástricos para el control de obesidad mórbida. En un apartado posterior, se consignan las intervenciones de alta especialidad.

La tabla siguiente registra el número total de intervenciones quirúrgicas mayores, realizadas por los principales servicios quirúrgicos y su porcentaje de frecuencia.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores		
Por especialidad	2014	Porcentaje
Gineco-obstetricia	2,512	24.1
Cirugía general	1,762	16.9
Oncología	1,386	13.3
Oftalmología	793	7.6
Urología	773	7.4
Ortopedia	579	5.6
Cirugía pediátrica	573	5.5
Neurocirugía	573	5.5
Otorrinolaringología	424	4.1

Cirugía maxilofacial	243	2.3
Cirugía plástica	189	1.8
Cirugía cardiovascular	131	1.3
Cirugía a corazón abierto y grandes vasos (Cardiología)	127	1.2
Nefrología y trasplantes	36	0.3
Cirugía de tórax	15	0.1
Otras especialidades	316	3.0
Total	10,432	100

Cirugías de alta especialidad.

El siguiente cuadro muestra en forma pormenorizada las intervenciones de alta especialidad que se han realizado durante el periodo de enero a diciembre de 2014.

Principales cirugías de alta especialidad por servicio

Servicio	Procedimiento	No. de Procedimientos
Cirugía General	Colecistectomía laparoscópica	545
	Funduplicatura laparoscópica	33
	Apendicectomía laparoscópica	77
Cirugía de Tórax	Toracotomía y decorticación	31
	Toracotomía y expansión vertical	3
Cirugía Vascular	Cambio valvular aórtico	11
	Reparación de fístulas arteriovenosas + colocación de injertos	8
	Revascularización coronaria	5
Cirugía Maxilofacial	Reducción abierta + colocación de material	53
	Retroceso mandibular y/o cirugía ortognática	44
Nefrología/Trasplantes	Nefrectomía bilateral	14
	Trasplante renal	7
Neurocirugía	Cirugía de columna	35
	Resección (malformación arteriovenosa)	25
	Clipaje de aneurisma	28
Oncología	Mastectomía radical	124
	Gastrectomía total	56
	Operación de Whipple	9

Ortopedia	Artroplastia (Coxartrosis / Gonartrosis)	84
	Cirugía de columna	30
Otorrinolaringología	Drenaje de absceso profundo de cuello	22
	Cirugía endoscópica de senos paranasales	21
Cirugía Plástica	Mastopexia y reconstrucción mamaria	23
	Injertos microvasculares	19
Urología	Ureterolitotripsia	85
	Nefrolitotomía laparoscópica	40
	Prostatectomía laparoscópica	16
Cirugía Pediátrica	Piloromiotomía	9
	Colecistectomía laparoscópica	8
	Orquidopexia laparoscópica	6
Total		1,471

Las cirugías ambulatorias realizadas por servicio fueron las siguientes:

Cirugías Ambulatorias

Servicio	2012	2013	2014
Cirugía maxilofacial	621	871	629
Cirugía oftalmológica	946	801	980
Oncológicas	559	522	569
Cirugías dermatológicas	204	201	689
Urológicas	22	196	159
Cirugía plástica	121	104	123
Cirugía Obstétrica y Ginecológica	221	362	514
Total	2,694	3,057	3,663

Procedimientos Endoscópicos

Procedimientos terapéuticos endoscópicos	2,762	2,770	2,279
--	--------------	--------------	--------------

8. Número de cirugías / Número de cirujanos.

Durante el 2014, el número de cirugías realizadas por cirujano fue de 134.2; lo que representa un incremento de procedimientos promedio por cada uno de 16.2% en comparación con el 2013 que fue de 115.5 cirugías por cada uno. El incremento en la

cantidad de cirugías por cirujano se debe al cálculo del promedio al ajustarse los médicos catalogados en la numeralia como “cirujanos” al pasar de 121 a solo 105 cirujanos; por la reubicación de varios de ellos a otras áreas como la Unidad de Calidad, Investigación o Enseñanza, sin embargo, este cifra puede ser mejorada mediante la puesta en marcha de una sala quirúrgica que actualmente no funciona por la cobertura incompleta en cuanto al equipamiento mínimo necesario para su puesta en marcha.

Diferimiento Quirúrgico.

Indicador	2012	2013	2014
Promedio por sala/día	2	2	2
Días de diferimiento quirúrgico	12.9	8.9	12.0

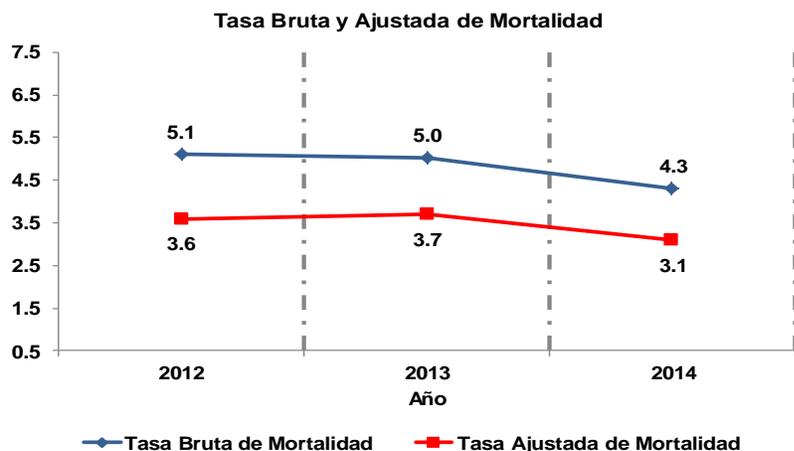
Se mantiene en el año de reporte, el promedio diario de intervenciones por sala, en virtud de la carencia de recursos humanos en los quirófanos en los turnos vespertino y nocturno, por lo que, de contar con el recurso humano necesario permitirían elevar este promedio.

El diferimiento quirúrgico se incrementó en un 34.8% en comparación con el año 2013, la metodología de medición de este indicador ha sido la misma en estos 2 años, y es más realista en la medición del retraso en la programación, ya que anteriormente se registraban sólo los días en que el paciente era intervenido quirúrgicamente, o el médico lo programaba y no desde el comienzo de la gestión de todos los trámites para realizar la intervención hasta su egreso. Aún así para un hospital como el nuestro es satisfactoria.

Los contrastes de diferimiento de acuerdo a los distintos servicios quirúrgicos obedecen principalmente, a la demanda existente y en los servicios como Oncología, Urología y Cirugía General. Se trabaja para tener datos precisos que permitan calcular un indicador más adecuado para el rezago quirúrgico.

9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.

10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.



La gráfica muestra tres valores lineales de la tendencia de la mortalidad en su versión de tasa bruta y ajustada, por año comparativo entre 2012, 2013 y 2014.

En el año reportado, se observa que en ambas tasas de mortalidad (4.3 y 3.1) existe una disminución considerable

correspondiente a 0.7 y 0.6 decimas respectivamente en comparación con las registradas en 2013, a pesar de las condiciones de salud de los pacientes que se atienden en el Hospital, y que muchas de ellas corresponden a problemas médicos crónico-degenerativos, como neoplasias malignas y padecimientos relacionados a accidentes y traumatismos, que representan una población compleja. Con poca cultura médica que afecta la temporalidad para solicitar atención médica la cual se vuelve inoportuna, acudiendo primero a tratamientos alternativos y en el mejor de los casos, a médicos generales, y sólo buscan la atención especializada cuando las instancias previas no les resuelven su patología, con un diferimiento en la atención médico-quirúrgica que impacta en el resultado de la atención con un pronóstico más desfavorable para ellos.

Para un estándar nacional en el caso de hospitales generales la tasa bruta de mortalidad, está en el rango de cinco a siete por ciento, los datos del Hospital la ubican dentro de este rango aceptable, 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 también dentro del mismo.

Si bien es cierto que la proporción de pacientes egresados por mejoría se ha mantenido en 95.5%, lo cual es satisfactorio; aún se observan pacientes que fallecen por factores como son: lo avanzado y complejo de sus padecimientos cuando llegan al Hospital, la tardía referencia sobre todo del primer nivel, y la falta de espacio físico en las áreas de cuidados intensivos que son necesarias en algunos tipos de intervenciones mayores.

Principales Causas de Mortalidad		
2012	2013	2014
Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
Neumonía e influenza	Neumonía e influenza	Neumonía e influenza
Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del corazón
Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus
Accidentes	Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedades del hígado
Enfermedades del corazón	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
Insuficiencia renal crónica	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Insuficiencia renal crónica
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Insuficiencia renal crónica	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
Septicemia neonatal	Causas externas de morbilidad y mortalidad	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
Enfermedades cerebrovasculares	Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	Septicemia

La tabla anterior, muestra las 10 principales causas de mortalidad hospitalaria por año desde el 2012 hasta el 2014. Se mencionó en párrafos previos, que 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 de edades avanzadas, con padecimientos crónicos o degenerativos, como las neoplasias malignas, en las causas se destaca el incremento de casos de cáncer de mama en la mujer y de próstata; las cardiopatías crónicas, en especial la isquémica, la hipertensiva con sus consecuencias sobre la enfermedad vascular cerebral y la insuficiencia renal y rara vez las miocardiopatías, así como enfermedades de tipo agudo como son: la neumonía grave adquirida en la comunidad, sobre todo durante otoño e invierno.

También se consideran importantes los padecimientos del hígado en especial la hepatopatía por ingesta de alcohol que sigue presentándose en consumidores habituales, las enfermedades nefrológicas, en particular la insuficiencia renal crónica asociada a la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cerebrovasculares secundarias a arterioesclerosis e hipertensión. De igual forma, el mayor número de causas indirectas asociadas a los accidentes en tránsito o domiciliarios y a las lesiones por violencia, en especial las agresiones por terceros que cada vez son más frecuentes.

Los tumores malignos siguen siendo una causa frecuente de mortalidad hospitalaria, tanto en adultos como en niños y adolescentes, debido a la alta referencia de las unidades de primero y segundo nivel de pacientes con padecimientos oncológicos avanzados, ya que el Hospital cuenta con toda la infraestructura de diagnóstico y la mayor parte de los tratamientos, quimioterapia, radioterapia y braquiterapia de alta tasa de dosis y la cirugía, a pesar de carecer acelerador lineal, ya existe un avance importante del convenio con el Hospital de la Mujer para utilizar el equipo de esa unidad que tiene baja demanda.

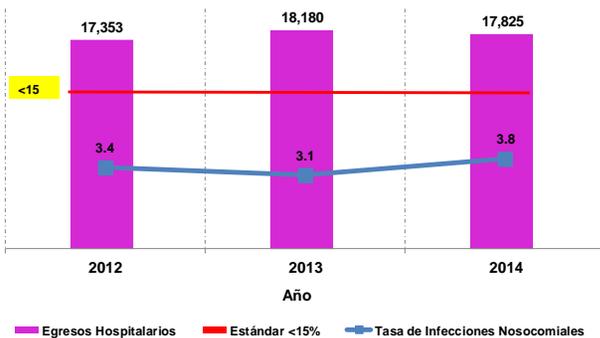
A continuación, se muestran las principales causas de mortalidad por padecimiento específico.

Principales Causas de Mortalidad por Padecimiento Específico		
2012	2013	2014
Influenza y neumonía	Tumores malignos de la mama, cérvix y de tubo digestivo	Influenza y neumonía
Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Influenza y neumonía	Tumores malignos del cérvix, del ovario, de la mama y del estómago
Tumores malignos de la mama, tubo digestivo y cérvix	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2
Insuficiencia hepática	Hipertensión arterial	Complicaciones derivadas de la Hipertensión arterial
Hipertensión arterial	Insuficiencia hepática crónica	Insuficiencia renal crónica
Peritonitis	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Insuficiencia renal crónica	Linfoma no Hodgkin
Linfoma no Hodgkin	Linfoma no Hodgkin	Sepsis

Leucemia linfoblástica aguda	Leucemia linfoblástica aguda	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Insuficiencia renal aguda	Pancreatitis aguda	Peritonitis

Durante el periodo de reporte, las principales causas de defunción por padecimiento específico fueron; en primer lugar las neumonías e influenza, en segundo lugar los tumores malignos de diversos órganos, en tercero y cuarto lugar se ubican las complicaciones en padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, asociadas al síndrome metabólico. Otros padecimientos crónicos complementan la lista de causas de mortalidad como la enfermedad pulmonar crónica y la falla renal.

11. Tasa de Infecciones Nosocomiales.



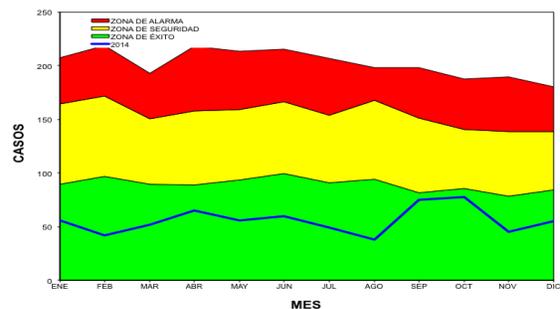
La gráfica muestra la tasa de infecciones nosocomiales (IN) anuales de los tres últimos años, en la cual se puede apreciar un aumento de solo 7 décimas porcentuales lo que representa un 24.2%.

En el período que se reporta, en comparación con el mismo periodo de 2013, se ve reflejada una tendencia estable, ya que a partir del segundo semestre del año se pudo contar con dos recursos humanos en la UVEH, uno de

enfermería y el otro un “verificador sanitario”, y aunque se debe considerar que todavía hay cierto sub-registro por la falta del reporte voluntario de casos sospechosos por parte de los médicos adscritos y residentes, Las experiencias en la literatura mundial para un hospital con las características del nuestro esperarían tasas de alrededor de un 7%.

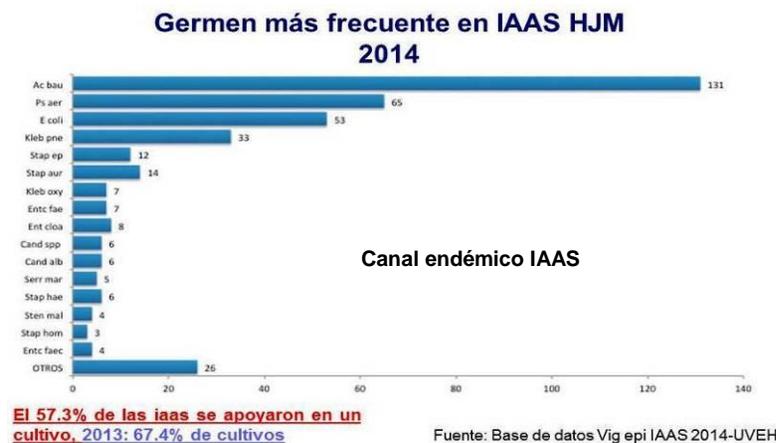
Las causas más frecuentes de las infecciones relacionadas a la atención a la salud (IAAS) siguen siendo: la neumonía nosocomial, sobre todo en las áreas críticas y en los servicios de las Divisiones de Medicina y de Cirugía, asociadas con la utilización de ventilación mecánica. En segundo término están las bacteriemias secundarias al cateterismo venoso; le siguen las infecciones superficiales de herida quirúrgica, las infecciones urinarias debidas al cateterismo vesical a permanencia y finalmente las diarreas nosocomiales que ahora que se aplican rutinariamente las pruebas de detección de *C. difficile* obedecen generalmente a este germen.

La tasa general de infecciones nosocomiales del Hospital se mantiene estable y con mínimas variaciones respecto al periodo previo, se consideran aun servicios con endemias como son la unidad de terapia intensiva adultos y el servicio de hematología, sobre todo de casos originados



por bacterias multirresistentes como son el *Acinetobacter baumannii*. Con las medidas establecidas de control, los casos aislados de infecciones hospitalarias por este agente, han disminuido discretamente y sin que se hayan presentado brotes.

La UVEH mantiene una vigilancia permanente en 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, el lavado de manos, los aislamientos adecuados y el uso racional de antibióticos, sobre todo de amplio espectro, de los cuales se ha logrado un uso más apropiados a partir de la disponibilidad del centro de mezclas que tiene lineamientos muy estricto para el otorgamiento de antibióticos de uso restringido.



Los gérmenes más frecuentemente encontrados durante el 2014, son el *Acinetobacter baumannii* que representa el 33.6% del total de gérmenes aislados en cultivos, seguido por la *Pseudomonas aeruginosa* y en tercer sitio la *Escherichia coli*. El Canal endémico por zonas y por sitio de infección de acuerdo con la fuente de la base de datos de la UVEH (IAAS 2012-2014), y la cual nos ubica en zona de éxito por el

número de infecciones atendidas por mes durante el 2014. Se ha hecho un esfuerzo en la detección oportuna de estos procesos anormales asociados a la atención médico-quirúrgica, aunque la plantilla actual de la UVEH, no permite cubrir la totalidad de los servicios y se dedican a las áreas críticas.

En las gráficas anteriores, se muestra la comparación de los diferentes tipos de infecciones que se han reconocido y están relacionadas a la atención a la salud dentro del Hospital.

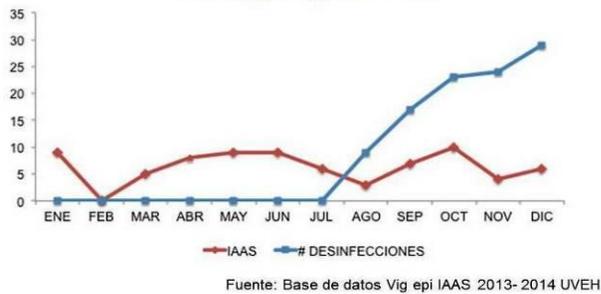
Durante el periodo de reporte y en específico para el caso de la unidad de cuidados intensivos adultos, la presencia de un infectólogo en el servicio ha contribuido a un mejor control de las infecciones, así como al uso razonable de los antibióticos.

Por otro lado, algunos casos sospechosos no son informados a la UVEH y en los expedientes no se consignan datos clínicos suficientes y orientadores como fiebre o leucocitosis de reciente inicio como indicadores posibles de infección hospitalaria, a este aspecto se agrega el hecho de que solamente entre 45% a 50% de los casos sospechosos, se les toman “rutinariamente” cultivos específicos.

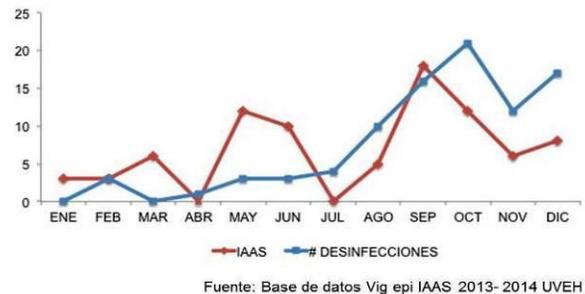
Una medida de aplicación de un sistema preventivo de infección intrahospitalaria que se ha aplicado durante 2014 ha sido la “sanitización” de áreas de alta contaminación microbiológica con el uso de una combinación de peróxido de hidrogeno y plata que en la literatura ha mostrado alta efectividad. Presentamos a continuación nuestros resultados parciales con esta técnica.

Uso de peróxido de hidrógeno y plata

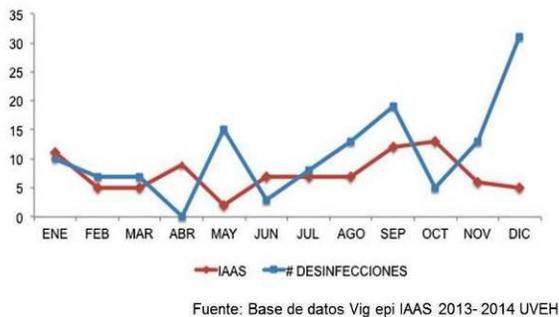
Cirugía general



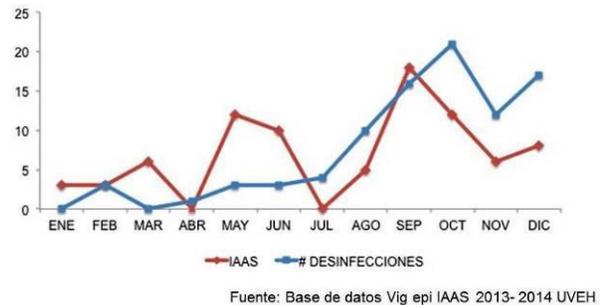
Oncología



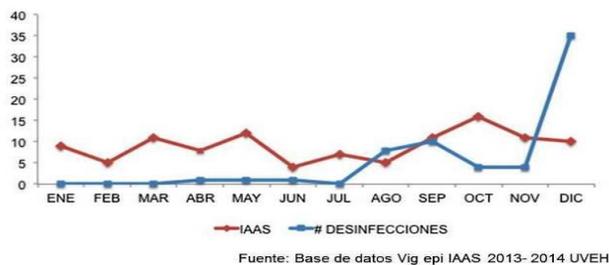
3ero. norte



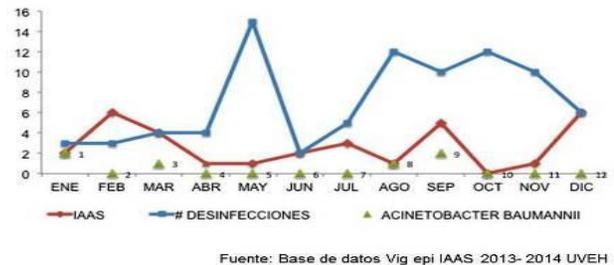
Neuro



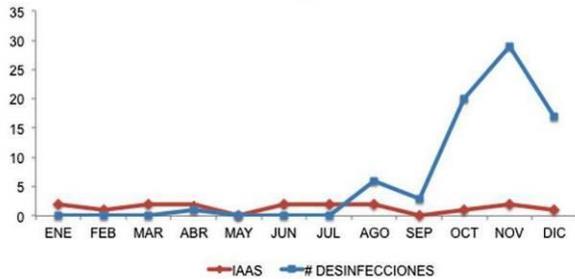
3ero. sur



UTIP

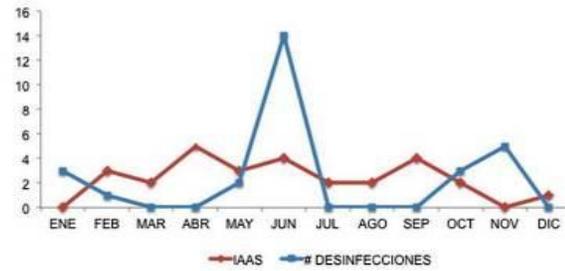


Ortopedia



Fuente: Base de datos Vig epi IAAS 2013-2014 UVEH

UCIN



Fuente: Base de datos Vig epi IAAS 2013-2014 UVEH

UCIA



Fuente: Base de datos Vig epi IAAS 2013-2014 UVEH

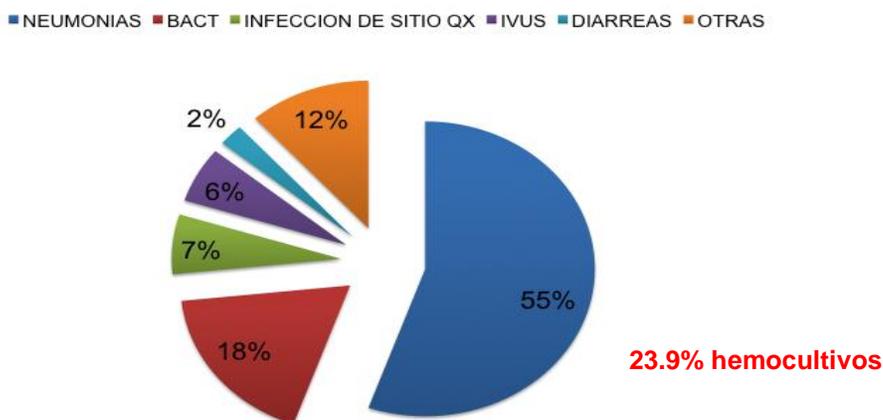
De acuerdo a las medidas implementadas incluyendo la anterior se obtuvieron los siguientes logros en el control de las infecciones nosocomiales:

- Incrementar el registro de IAAS durante el 2014, lo cual favorece el contar con un panorama más real de lo que ocurre en nuestro hospital, con una tasa de 5.9 IAAS por mil días paciente.
- Determinar que las NAV continúan siendo un problema prioritario para nuestro hospital, no podemos pasar por alto las siguientes consideraciones:
 - ✓ En 2013 las NAV ocuparon el 34.7% del total de las IAAS y durante el 2014 ocuparon el 30.8% del total de las iaas.
 - ✓ La tasa de NAV en 2013 fue de 33.65 NAV por 1000 días paciente y en 2014 de 29.21 NAV por 1000 días paciente.
- El uso del peróxido de hidrógeno y plata en la desinfección de áreas y superficies como adicional al procedimiento de rutina, y como se observó en las gráficas ha dado resultados muy promisorios para el control de este tipo de problemas.
- Incremento del 59% en el apego a higiene de manos de 2013 a 2014.
- Las interconsultas de Infectología cada vez se incrementan más, lo que nos permite tener mayor control de los antibióticos.

- Hemos trabajado en la estandarización de la identificación y seguimiento de los casos de IAAS, así como en el tratamiento que se les da a dichos casos y las recomendaciones a los servicios.

En la siguiente gráfica se muestra la comparación de seis tipos diferentes IAAS reconocidas dentro del Hospital durante el 2014, por sitio de infección de acuerdo con la fuente de la base de datos de la UVEH (IAAS 2012-2014).

IAAS por sitio más frecuente HJM 2014



Fuente: Base de datos Vig epi IAAS 2014-UVEH

12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.

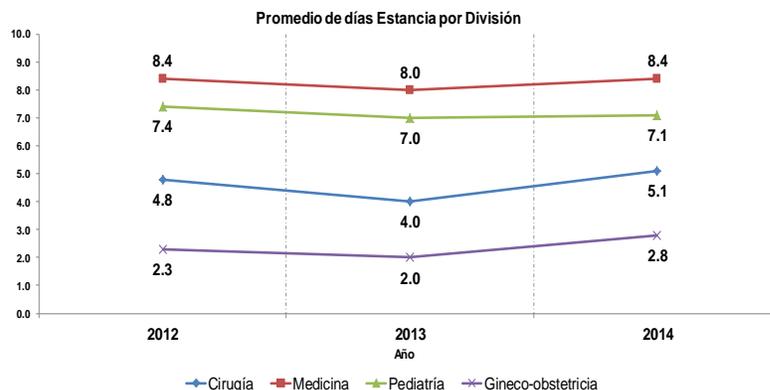
% de Ocupación global en camas censables		
2012	2013	2014
(77%)	(84%)	(83%)

La ocupación hospitalaria global en 2014 disminuyó levemente en un punto porcentual en relación al 2013, debido a que se atendió un número menor de pacientes que ingresaron a través de urgencias y que ameritaron ser hospitalizados por las patologías que presentaron, sobre todo de tipo quirúrgico mientras que los ingresos programados por la consulta externa se mantienen estables. También se ha observado que los afiliados al Seguro Popular, están siendo atendidos con más frecuencia en las entidades federativas donde se afiliaron. Este porcentaje en general, no ha significado aún una presión permanente para el internamiento programado aunque en algunos servicios, como Oncología, de alta demanda se observa retraso en la disponibilidad de camas para internamiento.

% de Ocupación Hospitalaria por División			
División	2012	2013	2014
Cirugía	26.8	28.6	26.7
Medicina	28.7	26.0	26.0
Pediatría	21.2	22.7	20.0
Gineco-obstetricia	23.3	22.7	27.3

Como se observa en la tabla del porcentaje de ocupación hospitalaria por división; la afluencia de internamientos en ginecoobstetricia aumentó ya que acuden o son referidas cada vez un mayor número mujeres con embarazos de alto riesgo para la solución integral de éste, así como pacientes con padecimientos complicados o complejos, tanto de los programas afiliados a los Gastos Catastróficos, y el Seguro de una Nueva Generación, como del resto de la población; mientras que cirugía y pediatría tuvieron una disminución en comparación con el año anterior. Aunque no hay aún presiones importantes de internamiento, en ocasiones algunos pacientes tienen que esperar para poderse ingresar.

Promedio de Días de Estancia en Hospitalización



En 2014, el promedio global fue de 5.7 y en el 2013 fue de 5.6, lo que no establece una diferencia significativa.

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

portadores de padecimientos complejos. Asimismo, el incremento de la estancia en la División de Cirugía, obedece a la calidad de padecimientos quirúrgicos que demandan una atención post-quirúrgica de mayor duración.

En todas las divisiones, pero en particular en las de mayor demanda, se promueve permanentemente la optimización en el uso de las camas hospitalarias, 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 o afectar algún aspecto del tratamiento quirúrgico, mediante un proceso supervisado por los jefes de servicio y el encargado de hospitalización. Se reportan los pacientes con estancias mayores a 15 días y se está en espera de un programa que propondrá la Coordinación de Hospitales Federales para tratar de abatir estas estancias prolongadas en aquellos pacientes que tengan factores no inherentes al padecimiento de base.

13. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.

14. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.

Durante el 2014, el Hospital continuó con la operación de los Programas en los que se encuentra acreditado como son principalmente los de Gastos Catastróficos: cáncer cérvico-uterino, cáncer en niños y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de próstata, linfoma no Hodgkin, cáncer testicular e infarto del miocardio. Además de estos programas, también acreditado para la atención de la cartera del Programa sobre Seguro Médico para una Nueva Generación.

El cuadro siguiente muestra por programa, los casos atendidos comparativamente en 2013 y 2014:

Categoría	Atendidos 2013	Atendidos 2014
Catarata	197*	-
Cáncer de Mama	177	191
Cáncer Cérvico-uterino	86	113
Cáncer de Niños y Adolescentes	52	45
Linfoma No Hodgkin	57	58
Infarto de Miocardio	21	30
Tumor testicular	43	50
Cáncer de Próstata	120	62
Subtotal	753	549
Programa		
Seguro Médico Siglo XXI	119	95
Total	872	644

* Programa eliminado

En general, se muestra una disminución en el total de pacientes atendidos del 4.6% en comparación al periodo de 2013, así como, a una mínima disminución en las atenciones de cáncer de niños y adolescentes, cáncer de próstata y el Seguro Médico "Siglo XXI" situaciones que obedecen principalmente a la propia demanda de los derechohabientes de estos programas.

Nuevamente, 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, dificulta la información oportuna correspondiente para reportar separadamente los datos por número de pacientes atendidos en la consulta y el número de pacientes hospitalizados.

Se regularizaron los pagos rezagados de los años previos, tanto de nuevos casos como de los seguimientos, lo que ha representado para la Institución un importante ingreso de recursos que totaliza \$95'039.907 miles de pesos, como fuente alternativa de financiamiento.

Para el 2015, se volverá a solicitar la acreditación en cuanto se realicen algunas modificaciones estructurales programadas, para los programas de Cáncer de ovario, de colon y Hepatitis “C”.

15. Total de Personal de Enfermería.

Categoría	2013	2014
Personal de plantilla activo	842	833
Personal de nuevo ingreso	17	35
Auxiliares	67	72
Personal Técnico y Postécnico	482	558
Licenciatura	257	257
Especialistas	57	15
Total de personal	863	846

El total de enfermeras corresponde a personal activo en servicio.

En la tabla anterior, se puede observar que, durante el periodo de reporte en comparación con 2013, la plantilla total de enfermeras disminuyó un 2%; sin embargo, en 2014 se realizaron ajustes de acuerdo a la revisión de plantilla, registrando 3 enfermeras jubiladas, 3 renunciadas y 35 reingresos de enfermeras en plazas de nueva creación, además se iniciaron movimientos de escalafón por lo cual no se tiene el total de plazas vacantes. Esto obedece en gran parte a que en el sector central de la Secretaría de Salud, no se ha autorizado la contratación completa de las vacantes.

En comparación con 2014, el personal técnico y pos técnico se incrementó, debido al ajuste realizado en la plantilla en el número de licenciados en enfermería se incrementó al incorporar al personal técnico que concluyó sus trámites de titulación.

Sin embargo, es necesaria la autorización de un incremento en la plantilla de personal de enfermería, ya que se han instaurado servicios nuevos en su mayoría ambulatorios, por lo que se espera contar con el número de personal requerido para iniciar las actividades en la clínica de catéteres, además, se necesita aumentar el personal en la clínica de heridas y estomas que se hace cargo del programa de úlceras por presión, en oncología planta baja en turno matutino, así como el quirófano, en Rayos X, y en la terapia intensiva pediátrica se ha tenido que reubicar personal de otras áreas de pediatría para cubrir el personal requerido, disminuyendo el personal de enfermería en otras áreas pediátricas.

Por otra parte, la Jefatura de los servicios de Enfermería mantiene una política de impulso a la profesionalización para elevar el nivel académico del personal de enfermería, basado en el apoyo al personal de enfermería técnico, para que pueda estudiar la licenciatura.

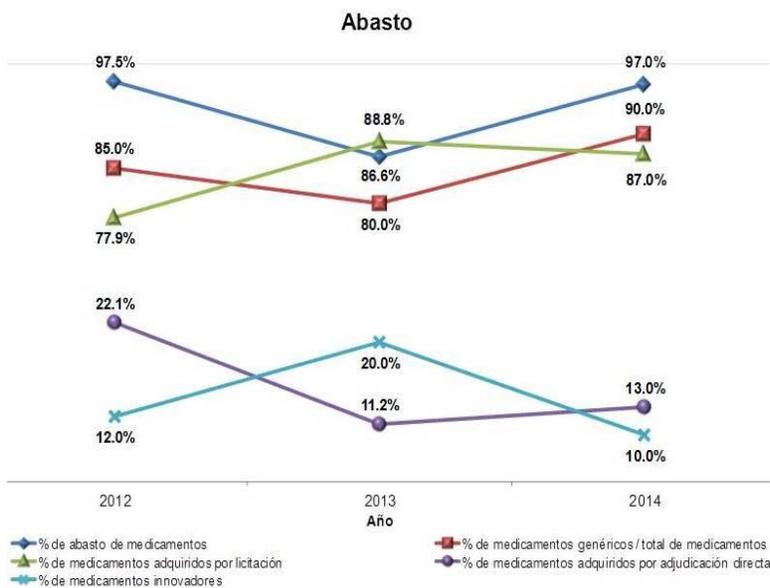
16. Trabajo Social.

Durante el 2014, el número de trabajadoras sociales fue de 50, dos más que en el mismo periodo de 2013, alcanzando en el índice de No. de camas/No. de trabajadoras sociales de 30, 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 1,073, con un incremento de un 2.7% con respecto al 2013 que fue de 1,045 y el número de estudios socioeconómicos por trabajadora social es de 386, lo que representa un decremento de 11.7% en relación al mismo periodo comparativo que fue de 437, esto último obedece en parte a la mayor complejidad de la aplicación de la ficha a partir de la modificación en el procedimiento.

Las actividades prioritarias del Departamento son: profesionalización de su personal, aplicación de la nueva ficha socio-económica, evaluación de la satisfacción del usuario a nivel hospitalario mediante la aplicación de encuestas periódicas, aplicación del pago de cuotas de recuperación, orientación sobre los trámites a seguir para cubrir los requisitos de hospitalización, integración de expedientes para la Beneficencia Pública y orientación para facilitar la interacción con proveedores, en el caso de solicitudes de insumos, así como otras múltiples actividades directas con usuarios y su familia.

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

17. Farmacia



El abasto de medicamentos es prioritario para la función sustantiva del Hospital, ya que sin insumos no es posible trabajar adecuadamente en ninguno de los servicios hospitalarios.

En los periodos comparativos 2012, 2013 y 2014 que se reportan, se considera el abasto por arriba del rango tomando como estándar que es del 90%, lo cual ha contribuido sobre todo en el año de reporte el abasto de medicamentos que se surten a través de la central de mezclas.

En los procesos de adquisición de medicamentos, particularmente los innovadores, se sigue la normatividad establecida, de tal forma que el 87.0% de las adquisiciones se realizan por licitación registrando un decremento de un 2.0% y el restante se realiza por

adjudicación directa; lo que aumento en un 16.1% en comparación al mismo periodo de 2013.

Prácticamente los medicamentos que se utilizan en el Hospital son genéricos intercambiables, con excepción de aquellos que no han perdido la patente y que son específicos para áreas críticas o especialidades como oncología y/o hematología.

En relación a los materiales de curación se tiene un comportamiento similar al de abasto de medicamentos, en el periodo evaluado, no habiéndose presentado carencia significativa, con excepción de algunas por la disponibilidad de materiales de importación.

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

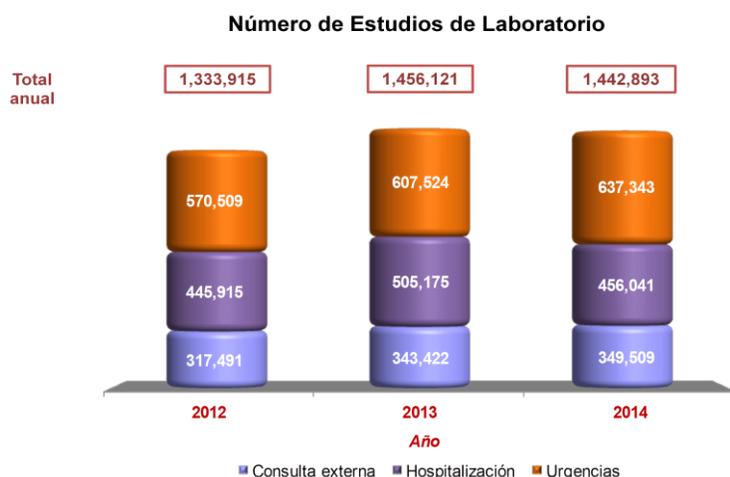
El Servicio de Radiología e Imagen, trabaja a su máxima capacidad, debido a la continua demanda en estudios de radiología convencional y de alto nivel en estudios intervencionistas, en el sector público.

Por otra parte, el Hospital recibió en el 2014 por donativo del Instituto Nacional de Psiquiatría, un resonador magnético de 3 teslas y con apoyo en la gestión del patronato, se logró renovar un Tomógrafo Axial computarizado de 64 cortes escalable a 128.

Con relación al rubro de estudios especializados, el Hospital no cuenta con PET-SCAN, cuyas solicitudes se remiten a la Facultad de Medicina de la UNAM o mediante un convenio al Hospital Angeles de Lindavista, ambos con precios muy accesibles para los pacientes.

En cuanto a estudios de imagen especializados, se realizaron 14,135 estudios, que representa un incremento en un 0.3%, con respecto al 2013, en el cual se realizaron 14,098 estudios. Esta variación se explica por el apoyo diagnóstico a las actividades de atención médica, principalmente en hospitalización. Cabe mencionar, que estos estudios se ofertan con cuotas de recuperación accesibles para el público que se atiende en el Hospital, mucho menores que en otras unidades del propio sector y sobre todo del privado.

19. Número de Estudios de Laboratorio.



Durante el periodo de reporte, se realizaron un total de 1,442,893 estudios de laboratorio, observándose un decremento muy leve del 0.9%, que corresponde a 13,228 estudios menos que en 2013, en el que se procesaron 1,456,121 estudios.

En relación al número de estudios en consulta externa, se reportó un aumento del 1.8% en relación al 2013; en cuanto a los exámenes

practicados en hospitalización disminuyeron en un 9.7%. Este resultado se debió a que al final del año se iniciaron las obras para la remodelación completa del laboratorio, lo que redujo mínimamente el número de estudios, por la limitación de algunos equipos, sin que se dejara de brindar la atención

En urgencias, se mantiene un alto porcentaje de estudios, observando un incremento de 4.9% con respecto al 2013, como parte de la propia demanda del servicio ya que no se limitaron los apoyos, situación que obedece también a 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 alto porcentaje de estudios que demandan las especialidades y sólo en el caso de algunos estudios especializados procedentes de la consulta externa o de hospitalización, se referencian a los Institutos Nacionales de Salud.

20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.

El Banco de Sangre del Hospital garantiza la segura atención de padecimientos sobre todo quirúrgicos y onco-hematológicos donde se requieren hemoderivados de diverso tipo como los concentrados globulares, plaquetas, plasma entre otros, además se proporciona la fragmentación de la sangre total para diversas condiciones y se ofrece el servicio de aféresis como otra alternativa terapéutica.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2014, se realizaron 7.0% más de procedimientos transfusionales al aplicarse medidas más eficaces de control en el Banco de Sangre para el uso del plasma; de la fragmentación de la sangre donada se obtuvieron 10,345 concentrados eritrocitarios, 9,481 concentrados de plaquetas, 10,359 unidades de plasma y 4,159 crioprecipitados. De los cuales se obtuvieron 507 unidades de aféresis, lo cual hace a la unidad totalmente sustentable y con posibilidades de apoyar a otras unidades que no cuentan con banco ni área de transfusiones.

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 con que se dispone es de la más avanzada, lo que garantiza la seguridad a los donadores y a los pacientes del Hospital.

21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.



Durante el 2014, se realizaron 55,656 estudios de laboratorio especializados, mostrando un incremento de 11.4% con respecto al mismo periodo de 2013 donde se realizaron 49,959.

La tecnología con la que cuenta el laboratorio del hospital es muy avanzada en los procesos del laboratorio de patología clínica, totalmente automatizados, con la mayor garantía de calidad en sus resultados, con aval de calidad por una auditoría externa (PACAL). Se

continúa utilizando con fines de garantía de seguridad el uso del 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 fundamentalmente de seis grupos de la sociedad civil, dos más que en el 2013, enfocados fundamentalmente a la ayuda en especie, para los pacientes renales crónicos, los que han recibido un trasplante renal y los portadores de padecimientos pediátricos oncológicos.

En el caso de los niños con cáncer, se cuenta con la valiosa ayuda de la fundación “Con ganas de Vivir, A. C.”, que incrementó la cobertura establecida con apoyos en especie cubriendo conceptos no contemplados en el programa de gastos catastróficos del Seguro Popular, como son: los traslados a sus lugares de origen en los pacientes foráneos e incluso los gastos funerarios.

Se recibieron colaboraciones de dos fundaciones nuevas, como son la Fundación Carlos Slim, que otorga apoyo a pacientes adultos con trasplante renal y la Fundación Rebeca de Alba, que se ha encargado de realizar pláticas psico-terapéuticas a pacientes con cáncer así como, otro tipo de apoyos.

Las otras instituciones que continúan participando con el Hospital desde hace varios años 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, con la participación del patronato. Desde el punto de vista de soporte emocional se mantiene también un convenio con Risoterapia que efectúa visitas semanales a los pacientes de

pediatría y de otros servicios para brindar las técnicas de soporte emocional propias de su corporación.

23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.

El Hospital ha recibido un reconocimiento muy especial por parte del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) por ser el único hospital del sector público que se considera “100% Capacitado en la Ley de Acceso a la Información y de Protección de Datos Personal” incluyendo al personal del Órgano Interno de Control en el Hospital.

Otros Aspectos

ASISTENCIA MÉDICA TABLERO DE METAS enero - diciembre 2014

	Consultas totales	Ocupación Hospitalaria	Egresos	Consultas Urgencias	% de Urgencias reales atendidas	Cirugías Totales	Prom. Cirugías por Quirofano
Meta 2014	210,500	78.0%	17,480	32,000	50.0%	13,700	2
Alcance 2013	211,477	83.7%	18,180	33,003	46.7%	13,973	2
Alcance 2014	212,056	82.8%	17,825	34,298	41.9%	14,095	2
% de avance	100.7%	106.2%	102.0%	107.2%	83.8%	102.9%	100.0%
	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
Meta 2014	5.4	45.0%	4.1	4/año	3.1	1,300,000	45,000
Alcance 2013	5.6	47.1%	3.7	3	3.1	1,456,121	43,599
Alcance 2014	5.7	50.9%	3.1	4	3.8	1,442,893	42,996
% de avance	105.6%	113.1%	75.6%	100.0%	122.6%	111.0%	95.5%

Como parte del Programa Anual de Trabajo 2014 desarrollado por la Dirección Médica, a continuación se presentan los comentarios al tablero anual de metas conformado por 14 indicadores de asistencia médica, tanto de calidad de la atención como de productividad, así como, sus metas comprometidas para ese año y los resultados alcanzados en 2013 comparativamente.

Los datos se muestran en el sentido de arriba hacia abajo: las metas de 2014, los resultados obtenidos en el periodo de 2013, 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 si 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 115% o inferior al 85%, no es un logro “negativo” para el Hospital, pues contrariamente refleja una buena atención o no compromete mayor gasto de insumos, como es el caso de los indicadores como la tasa ajustada de mortalidad y las infecciones nosocomiales, que al obtener este tipo de resultados se considera finalmente en el semáforo de color verde.

Como se puede observar los resultados de 2014, en siete indicadores se logró o superó la meta comprometida, lo que los sitúa en semáforo de color “verde” distribuidos de la siguiente manera: cuatro de productividad hospitalaria: consultas totales, egresos hospitalarios, cirugías totales y estudios totales de imagenología; y tres relacionados con la calidad de la atención: promedio de cirugías por quirófano, tasa ajustada de mortalidad y mortalidad materna

En semáforo “amarillo” se ubicaron seis indicadores, tres que corresponden a la productividad: ocupación hospitalaria, consultas de urgencias y estudios totales de laboratorio; y tres de calidad en la atención: promedio de días estancia, tasa de cesáreas y tasa de infección nosocomial.

En semáforo “rojo” se encuentra un solo indicador de calidad de la atención que es el porcentaje de urgencias reales atendidas.

En una de las gráficas del presente informe correspondiente a la ocupación hospitalaria, se explican ampliamente las causas del comportamiento de ésta que dependen de la falta de unidades hospitalarias que cuenten con las más de 50 especialidades que tiene nuestra institución y que satisfacen las necesidades de hospitalización con cuotas de recuperación accesibles y programas del Seguro Popular para las enfermedades catastróficas.

Las consultas de urgencias obedecen a la demanda de la población usuaria que requiere de la atención de urgencias tanto sentidas en su mayoría como a las reales y también a la referencia de unidades que no cuentan con servicios de urgencias sobre todo del primer nivel de atención, contribuyendo además al incremento en padecimientos derivados de violencia urbana.

Para los estudios de laboratorio cuya meta era de 1,300,000 estudios en el año, el resultado obedece a un aumento de 142,893 estudios más con respecto al 2013, esta variación se debió a las patologías clínico-quirúrgicas que presentan los pacientes, y que ameritan soporte diagnóstico mediante el laboratorio, y también porque nuestro tabulador de cuotas sigue siendo uno de los más bajos en el sector público, lo que no limita a los pacientes a realizarse sus estudios en nuestro laboratorio

En cuanto a la tasa de cesáreas cuya meta era de 45.0, y se alcanzó en un 50.9%, la principal justificación continúan siendo las características de las pacientes obstétricas, en donde los antecedentes de cesárea previa, las anomalías del canal del parto, las

complicaciones de la toxemia del embarazo o la falta de una atención prenatal adecuada, sobre todo en pacientes que no pertenecen a nuestra consulta obstétrica; son condicionantes para realizar esta intervención sobre todo en segunda ocasión. El Jefe del Servicio de Obstetricia analiza y reporta mensualmente el cumplimiento de la normatividad, en especial del cumplimiento de la *segunda opinión*; así como también de las indicaciones absolutas y relativas, verificada así mismo en forma aleatoria por el Comité de Mortalidad Materna en sus sesiones ordinarias, que emite las recomendaciones en caso necesario.

En cuanto al indicador en semáforo rojo, el porcentaje de urgencias reales atendidas y que durante el periodo de reporte tuvo un alcance de 83.8, la principal justificación se debe a que los pacientes solicitan la atención médica sin ser esta una emergencia real, lo cual ha sido habitualmente una decisión individual de la población usuaria.

Resolución de Embarazos.

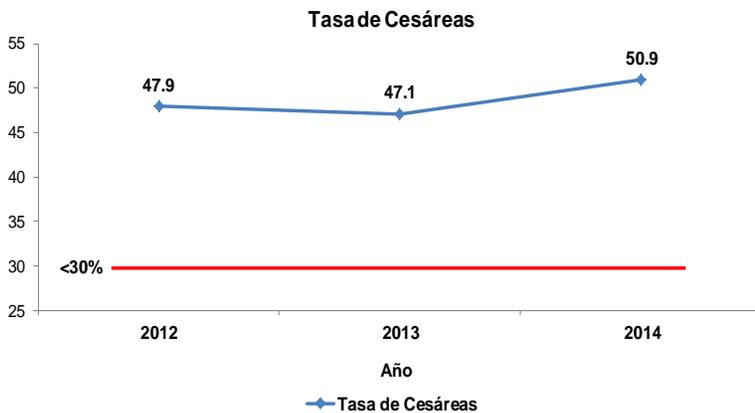
	2012	2013	2014
Parto eutócico	1,038	1,040	900
Parto distócico vaginal	10	8	4
Cesárea	*962	*934	*937
Total	2,010	1,982	1,841

*Todos los casos fueron sometidos estrictamente a una segunda opinión, el 35% cumplieron con criterios absolutos y 65% con criterios relativos como consta en los expedientes.

En la tabla previa, se muestra la atención obstétrica otorgada en el Hospital comparativamente en los últimos 3 años. En relación a los partos eutócicos se observa una cifra menor en un 13.4% con respecto al año previo, así mismo en los partos distócicos vaginales hubo también una reducción de un 50%, y se realizaron casi el mismo número de cesáreas, aunque la tasa sigue siendo elevada según se comenta en otra parte del informe.

La explicación de los resultados anteriores se debe a que se ha detectado una disminución en general de las atenciones obstétricas debido a varios factores: principalmente la reducción de referencia de pacientes por la captación del Seguro Popular en el estado de México, la puesta en marcha de un hospital de Ginecoobstetricia del ISEM, que originó 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 que se siguen refiriendo al Hospital y las cuales continúan siendo una cantidad importante de atenciones obstétricas.

Tasa de Cesáreas.



En el gráfico se representa la tasa de cesáreas desde los años 2012 al 2014, con un estándar muy poco sustentable del 30%.

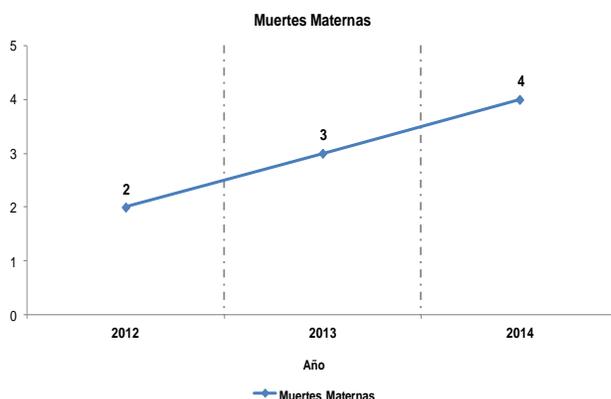
Se observa que en todos los periodos reportados, el indicador está por arriba de este estándar, en especial en el año 2014, y aunque en el 2013 se alcanzó una cifra inferior; podría deberse a diversos factores como la existencia de muchas unidades de atención

obstétrica, sobre todo hospitales generales cercanos, que carecen de todos los elementos para la atención de las pacientes con embarazos de alto riesgo que las refieren a nuestro hospital y no siempre con suficiente antelación a la atención del parto, incremento en el número de pacientes referidas con cesáreas previas que hacen necesario en muchos de los casos, volver a resolver el embarazo quirúrgicamente, así como pacientes con periodos intergenésicos cortos.

No obstante la aplicación rutinaria de los criterios establecidos en la “*Segunda Opinión*” para la realización de la operación cesárea, en especial, las pacientes enviadas del estado de México cuentan con un pobre control prenatal, su estado de salud se complica con alguna de las variantes de la toxemia gravídica, con situaciones de doble circular de cordón u otras complicaciones y son referidas particularmente en los turnos nocturnos y de fin de semana. Lo antes expuesto obliga a nuestros especialistas a realizar la interrupción quirúrgica del embarazo mediante cesárea para no exponer a mayores riesgos al binomio madre-hijo da la oportunidad a evolucionar como parto fisiológico.

Se continúa con supervisión estrecha de las indicaciones de cesáreas por el Jefe de Servicio de Obstetricia y se evalúan aleatoriamente casos manejados por cesárea en las sesiones ordinarias del Comité de Morbi-mortalidad Materna, para ratificar su indicación precisa, las indicaciones absolutas de la misma son totalmente sustentables en un 40% de los casos.

Mortalidad Materna.



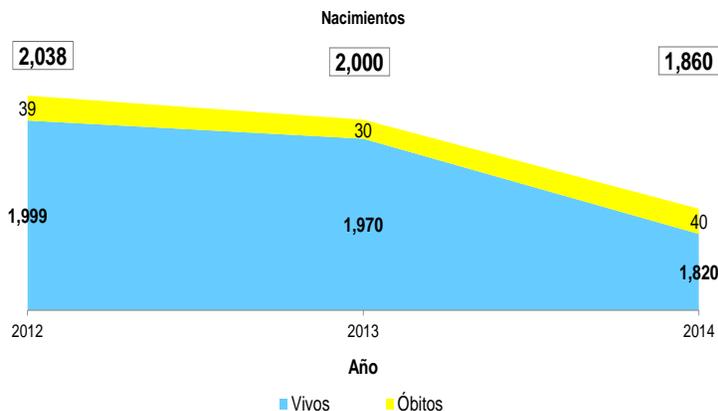
En la gráfica se reporta el indicador de la mortalidad materna durante los años 2012 a 2014, con una tendencia estable en los últimos 3 años. En el año 2014 sólo existieron cuatro casos de muertes maternas.

Prácticamente las defunciones maternas, correspondieron a pacientes obstétricas enviadas por otras unidades, con complicaciones del embarazo no obstétricas, más bien, de índole oncológica o con enfermedades crónicas no mejorables como se muestra en el cuadro correspondiente; por normatividad todas ellas se sesionan por el comité respectivo y se reportaron a la Jurisdicción Sanitaria, a la COFEPRIS y a la Dirección General de Hospitales Federales de Referencia para su conocimiento.

Muertes maternas de 2014			
Caso	Diagnóstico principal	Causa de la muerte	Evitable
1	Anemia hemolítica	Crisis hemolítica	No
2	Anemia aplásica	Hemorragia cerebral	No
3	Hepatitis viral	Insuficiencia hepática	No
4	Cáncer de ovario	Acidosis láctica	No

Difícilmente es posible, ante la naturaleza de los 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.

Nacimientos.



Se reportan los nacimientos en los años 2012 al 2014; en este último se atendió un número menor que en años anteriores por la disminución en la demanda de atenciones obstétricas al ser captadas las mujeres con embarazo normal tanto en el D.F., como en el estado de México por hospitales que ofertan el Seguro Popular.

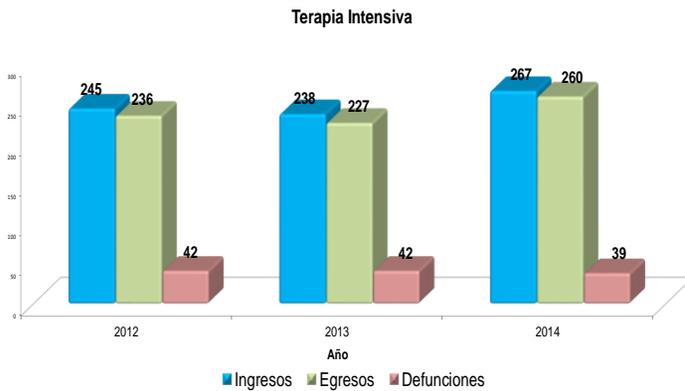
La cifra de los óbitos fue discretamente mayor, por las características de las pacientes con embarazo de alto riesgo que se atienden en el Hospital; y que muchas de ellas no tienen control prenatal adecuado de acuerdo a lo que mandan las guías actuales del cuidado materno durante el embarazo, aunque la diferencia numéricamente es muy poco significativa (10 casos).

Aún con una demanda reducida, los embarazos complicados representan una amenaza para el Hospital, porque son pacientes más complejas que requieren de vigilancia estrecha no sólo a la madre sino también al producto y si son prematuros del ingreso a la UCIN cuya capacidad es reducida.

Cabe mencionar, que no fue posible en el año 2014 por falta de recursos presupuestales disponibles, 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 muestra tres indicadores de resultados del área de Terapia Intensiva Adultos, dos de ellos representan los ingresos y egresos de la Unidad y un tercero, (tercera barra) representa la mortalidad.

La atención de pacientes en estado crítico se mantuvo en el año, con mínimas variaciones en comparación con el año anterior. 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 puedan egresarse pues el hospital no cuenta con una Unidad de Terapia Intermedia.

En el año 2014, se registró una cifra de mortalidad de 15.0%, esta se ha mantenido en cifras muy bajas, no obstante la severidad de los padecimientos de los pacientes internados en la Unidad y las complicaciones que presentan; sin embargo, no rebasa el estándar de la OMS de 40% para terapias intensivas polivalentes.

En un trabajo conjunto con la UVEH 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, incluyendo el paquete de medidas específicas (*care bundle*) recomendado por la Sociedad Americana de Cuidados Críticos; sin embargo, el número de pacientes con esta complicación es importante y se necesitará reforzar las medidas anteriores, a la que en el año de reporte se ha agregado como medida muy importante la “sanitización” del área, mediante derivados de peróxido de hidrógeno y plata, en forma rutinaria. La tabla siguiente, muestra comparativamente las causas de mortalidad de los últimos 3 años que no muestra causas muy diferentes.

Principales Causas de Defunción en Terapia Intensiva		
2012	2013	2014
Choque séptico	Choque séptico	Choque séptico
Síndrome disfuncional orgánico múltiple	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda	Choque cardiogénico
Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda	Síndrome disfuncional orgánico múltiple	Síndrome disfuncional orgánico múltiple
Acidosis metabólica refractaria	Choque cardiogénico	Choque hipovolémico
Neumonía asociada a la ventilación mecánica	Hemorragia alveolar	Trauma craneoencefálico

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

Ingresos	267
Egresos	260
Mortalidad (%)	39 (15.0%)
Causas de mortalidad	
1ª	Choque séptico
2ª	Choque cardiogénico
3ª	Síndrome disfuncional orgánico múltiple

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Ingresos	206
Egresos	171
Mortalidad (%)	20 (11.7%)
Causas de mortalidad	
1ª	Prematurez extrema
2ª	Choque séptico
3ª	Neumotórax a tensión

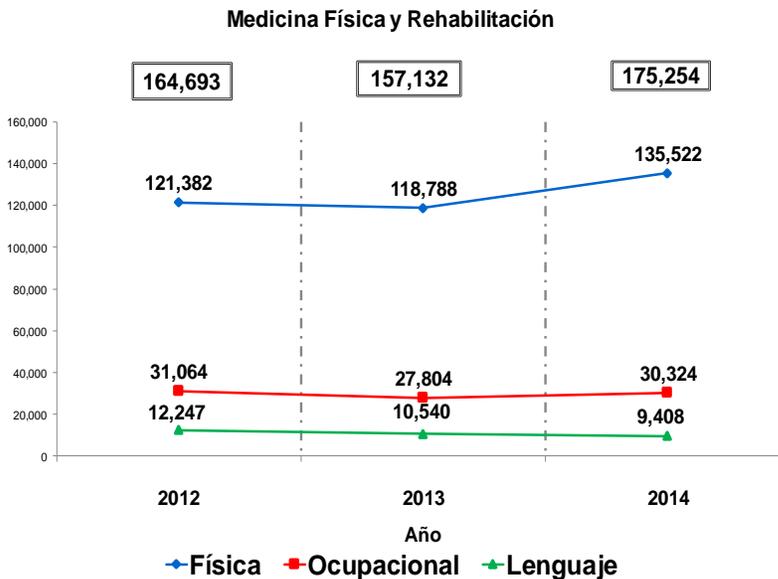
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Ingresos	188
Egresos	184
Mortalidad (%)	24 (13.0%)
Causas	
1ª	Choque séptico
2ª	Hipertensión intracraneal
3ª	Choque cardiogénico

Unidad de Cuidados Coronarios.

Ingresos	276
Egresos	276
Mortalidad (%)	40 (14.5%)
Causas	
1ª	Choque cardiogénico
2ª	Choque séptico
3ª	Arritmias ventriculares

Medicina Física y Rehabilitación.



La gráfica muestra los valores totales de los tratamientos otorgados en los 3 tipos de terapias que brinda el servicio. En las líneas de tendencia se muestran específicamente los valores de cada uno de éstos correspondientes a los años 2012 al 2014.

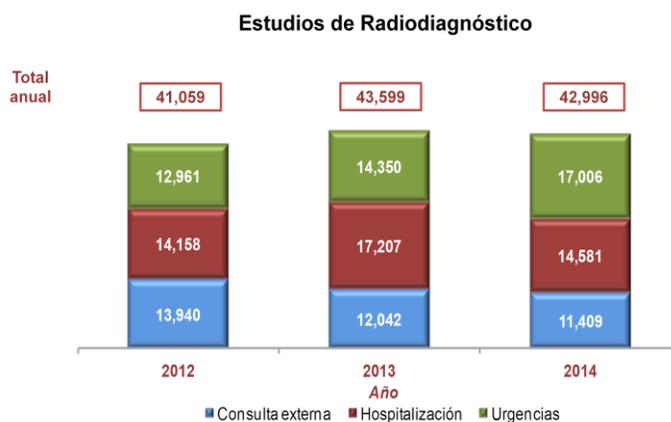
Se registró un incremento de un 11.5% en el total de tratamientos, terapias física, ocupacional y de lenguaje, derivado sobre todo de la colaboración de pasantes de la carrera de técnico en rehabilitación tanto del

Hospital Infantil de México como del IMSS, lo que permitió brindar una mayor cobertura de pacientes.

Por el costo total de los tratamientos sobre todo si el paciente requiere más de un tipo de éstos, y dada la importancia que para lograr su mejoría se requiere concluir todas las sesiones, los pacientes son exhortados a no abandonar sus tratamientos, por lo que a través de Trabajo Social se reasignan niveles socioeconómicos para favorecer el cumplimiento.

Se está realizando un Proyecto de inversión que contemple la modernización del equipamiento de la unidad, ya que la mayoría de los equipos del área han superado su vida media poniendo en riesgo la productividad del servicio.

Estudios de Radiodiagnóstico.

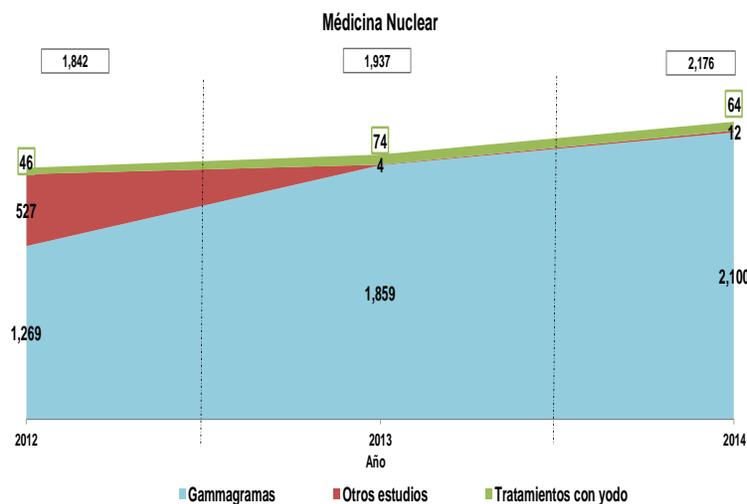


Esta gráfica muestra un comparativo del total de estudios realizados en el Servicio de Radiología e Imagen, que abarcan desde los estudios de radiología simple, contrastada, tomografía y resonancia magnética, durante los años de 2012 a 2014; con tres barras horizontales que representan los estudios efectuados a los pacientes de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.

En el periodo de reporte se realizaron un total de 42,996 estudios de imagen que en comparación con el 2013, hubo un decremento del 1.4% que fueron 43,599. Para el servicio de urgencias se incrementaron los estudios en un 18.5%, sin embargo, en la consulta externa disminuyeron en un 5.3%, y para hospitalización en un 15.3%, es decir, mientras que los estudios solicitados a pacientes en la consulta externa y hospitalización fue menor por la supervisión de las solicitudes, hubo un aumento de las mismas en urgencias al atender a un número mayor de pacientes con diagnósticos que ameritan la realización de dichos estudios, en particular de ultrasonografía, tomografía axial computarizada y de resonancia magnética, principalmente en pacientes médicos complejos, en los enfermos quirúrgicos y en los que están en estado crítico.

La disponibilidad de los equipos, que han rebasado su vida media, aunado a la dificultad presupuestal de adquirir nuevos equipos obligó a la institución a buscar nuevas alternativas de actualización. Por intermediación del cuerpo de gobierno y con la colaboración del Instituto Nacional de Psiquiatría el Hospital recibió la donación de un equipo de resonancia magnética en muy buenas condiciones, de 3 teslas el cual garantiza mayor calidad en las imágenes obtenidas y la posibilidad de agregar programas de *software* para estudiar diferentes aparatos y sistemas. Por otro lado, y con la intervención de nuestro patronato se logró la autorización de un Proyecto de Inversión para la adquisición de un Tomógrafo axial nuevo de 64 cortes con posibilidades de escalamiento a 128 cortes de ambos equipos comenzaron con su proceso de instalación en el último trimestre del 2014 y será hasta el primer trimestre del próximo año cuando empiecen a dar servicio, lo que colocará al Departamento respectivo con la tecnología actualizada que garantice resultados de óptima calidad que se requieren por los diferentes servicios en base a la patología diversa que se atiende en el Hospital.

Estudios de Medicina Nuclear.



El gráfico muestra la productividad de servicio de Medicina Nuclear desde 2012 hasta 2014. Además, se presentan el número de tratamientos con dosis bajas de yodo radioactivo para pacientes con hipertiroidismo, y en las barras horizontales los gammagramas y otros perfiles.

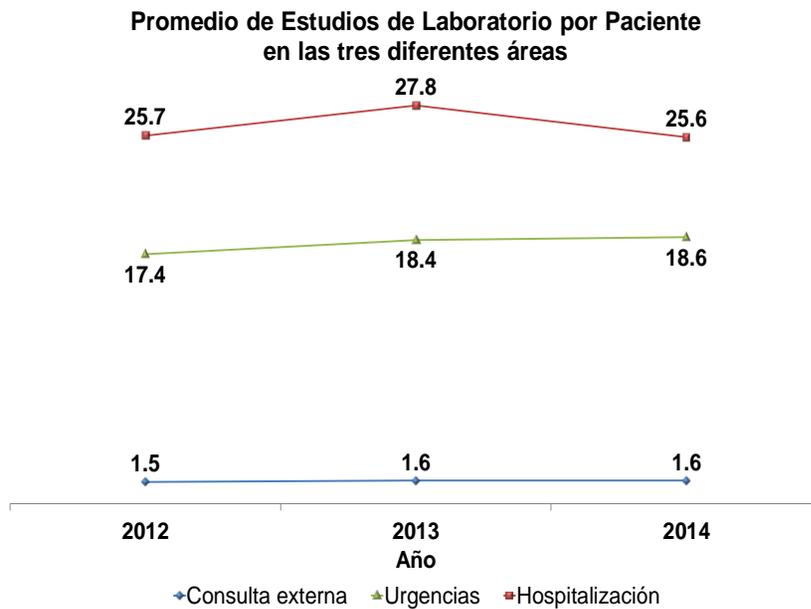
El número total de estudios realizados en 2014 fue de 2,176, lo que representa un aumento significativo del 13.0% de estudios de gammagrafía con respecto al 2013.

Es importante mencionar, que se cuenta para la realización de estos estudios con dosis unitarias individuales del radioisótopo, lo que contribuye al ahorro en los mismos, pues son insumos de alto costo. Durante el año 2014 se trabajó sin problemas con el equipo de la

gama-cámara, reemplazado en 2013, así como el área física con los estándares de la Comisión Nacional de Energía Nuclear y Salvaguardas.

Los tratamientos con yodo radioactivo son pocos porque sólo es factible utilizar bajas dosis de radioisótopo en el manejo de los padecimientos tiroideos, al no disponer de un área adecuada, aislada y protegida para los tratamientos con altas dosis.

Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínico.



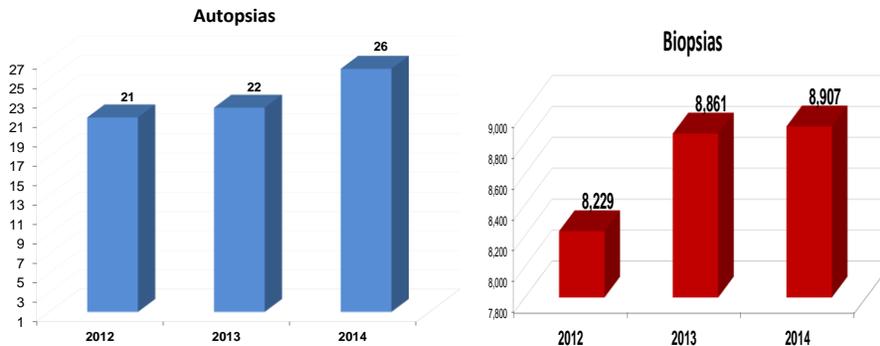
La gráfica describe en las líneas de tendencia, los índices de estudios de laboratorio clínico realizados en las tres principales áreas del Hospital: urgencias, hospitalización y consulta externa, durante los periodos anuales comparativos del 2012 al 2014.

Se observa una similitud en los índices de estudios realizados en la consulta externa, en virtud que en los periodos de comparación solo hubo un 1.8% de diferencia; los estudios de urgencias tuvieron un incremento de 4.9% y la

variación más importante ocurrió en hospitalización donde disminuyó en un 9.7%, como consecuencia de una menor demanda de estudios.

La recuperación de las coberturas de las cuotas de recuperación en hospitalización, se han incrementado al utilizar el procedimiento de “pago diferido” que aplican las trabajadoras sociales, recuperando al egreso del paciente la cuota respectiva, con un respeto al nivel socioeconómico del paciente para no perder el carácter social de la organización.

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, se observan las autopsias y a la izquierda en las barras rojas el indicador de las biopsias y

especímenes quirúrgicos, comparativamente entre 2012, 2013 y 2014.

Durante el 2014, se realizaron 8,907 biopsias, mostrando un incremento en un 0.5% con respecto a las 8,861 biopsias reportadas en 2013, esta variación se debió a la propia demanda de estudios en especímenes quirúrgicos y en menor escala de muestras de tejidos obtenidas, vgr., en endoscopia y otros procedimientos menores.

Se sigue contando con diversas técnicas de inmuno-histoquímica para hacer diagnósticos muy específicos, sobre todo de los casos oncológicos.

En cuanto a las necropsias, las cifras prácticamente se mantuvieron similares en los dos últimos años, con sólo 4 necropsias más de diferencia en el presente reporte. Aún existen dificultades para obtener una mayor autorización por parte de los familiares directos en el momento de la defunción, a pesar de llevar una campaña permanente de promoción de ésta. A esta dificultad en realizar autopsias, contribuye secundariamente la falta de motivación de los médicos jefes de servicio y adscritos en este tipo de estudios. El departamento de Anatomía Patológica selecciona los mejores casos para la presentación de sesiones generales anatomo-clínicas y en algunas otras de este tipo de actividades se utilizan los resultados de biopsias como parte de la estrategia de enseñanza en el Hospital.

Departamento de Toxicología.

Concepto	2013	2014	Diferencia %
Atención en urgencias	231	160	-30.7
Hospitalizaciones	106	90	-15.1
Asesorías telefónicas	1,024	938	-8.4
Uso de antídotos y antivenenos	179	203	13.4
Total	1,540	1,391	-9.7

Principales Intoxicaciones	
2013	2014
Intoxicación por medicamentos con intento suicida	Intoxicación por medicamentos con intento suicida
Accidentes por animales ponzoñosos	Accidentes por animales ponzoñosos
Intoxicaciones por sustancias cáusticas	Intoxicaciones por metales

Se presenta en las 2 tablas precedentes, la productividad del Centro Toxicológico persistiendo como el único, dentro del sector salud dependiente de la Secretaría Federal, el que continúa proporcionando múltiples servicios para la comunidad médica, sobre todo en la asesoría a distancia de las atenciones a las intoxicaciones.

Durante el 2014, el Departamento de Toxicología, atendió a un total de 1,391 solicitudes, mostrando un decremento del 9.7% con respecto a las 1,540 solicitudes atendidas en 2013. En relación a las asesorías telefónicas, se observa una disminución del 8.4% (938), con respecto a las 1,024 solicitudes atendidas en 2013, este decremento se debió, a una menor captación de pacientes, ya que el departamento de Toxicología es el más reconocido centro de información en la zona norte de la ciudad y estados circunvecinos y la labor que ha realizado en la capacitación de médicos ha permitido ya que muchas unidades cuenten con toxicólogos que dan atención local a los pacientes de este tipo de padecimientos.

Por otra parte, solo se observa un incremento del 13.4% en el uso de los antivenenos, de los cuales se cuenta con todo lo necesario sobre todo para el caso de accidentes por animales de ponzoña. Todos ellos se proporcionan bajo una estrecha vigilancia de los adscritos o residentes de la especialidad o de alumnos del diplomado de alta especialidad.

Las causas de intoxicación, de acuerdo a la segunda tabla, prácticamente nos muestra las mismas en los periodos comparativos, y predominan sobre todo los intentos suicidas por medicamentos como analgésicos, sedantes y ansiolíticos, así como por sustancias usadas con fines de control de plagas siendo cada vez más frecuente ver las intoxicaciones por

fosfuros. En cuanto a los animales ponzoñosos está tanto la mordedura de la serpiente cascabel “enana” y el loxocelismo.

Convenios.

Fuera de los programas incorporados al Seguro Popular y que se comentan en otra sección, quedan vigentes: el convenio con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial del Estado de México (CUSAEM), dentro del cual se han atendido en el periodo de reporte de 2014, a un total de 38 pacientes en diferentes áreas del Hospital. En el año de reporte se firmó un convenio con el Hospital Central Militar para la atención de Braquiterapia en pacientes con cáncer ginecológico, de las cuales se atendieron 12 pacientes y este convenio continúa hasta el mes de marzo de 2015 con un total de 30 pacientes programadas.

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 en las que se dispone de este recurso profiláctico y aunque somos un Hospital de especialidades, se considera conveniente para la población que atiende, el mantener esta prestación por la demanda de ésta. Debido a que las vacunas son proporcionadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal; se realizaron los trámites pertinentes para que consideren el abasto y no carecer de biológico.

La aplicación comparativa de los biológicos en 2012, 2013 y 2014 se muestra en la tabla siguiente.

Biológico	2012	2013	2014
BCG	1,401	1,497	1,512
DPT	17	72	14
Hepatitis B	962	1,498	1,986
Influenza estacional	532	2,144	2,297
Antineumococo	554	579	733
Pentavalente	447	423	665
Rotavirus	365	426	640
Doble viral	6	76	38
Triple viral	93	68	118
Toxoide tetánico	498	664	291
Total	4,875	7,447	8,294

Como puede observarse en el año del reporte, se observa un incremento en la aplicación de las vacunas disponibles de 7,447 en el 2013 a una cifra de 8,294 en el 2014, lo que representa un 11.4% derivado del abasto oportuno de los biológicos por parte de la Secretaría de Salud del D.F., sobre todo con un incremento en las vacunas de hepatitis B, influenza estacional, pentavalente, triple viral y rotavirus, lo que garantiza una atención adecuada a la demanda de nuestros usuarios.

Clínicas Multidisciplinarias.

Clínicas Multidisciplinarias	2012	2013	2014
Clínica de obesidad	956	1,374	1,938
Clínica del adulto mayor	467	1,315	2,249
Clínica de enfermedades del tórax	1,158	2,043	2,930
Clínica del dolor	1,215	2,147	2,325
Total	3,796	6,879	9,442

De las Clínicas que han funcionado en el presente año, hay 4 que tienen avances significativos y que corresponden a las reportadas en la tabla anterior que comparan los últimos 3 años. En ésta, se muestra un incremento en la productividad de todas las clínicas en el periodo que se reporta, siendo los porcentajes de aumento los siguientes: en la Clínica de Obesidad de un 41.0%, en la Clínica del Dolor del 8.3%, en la Clínica del adulto mayor aumentaron las atenciones en un 71.0% y en la Clínica de Enfermedades del Tórax en un 43.4%, en comparación con el periodo de 2013.

La Clínica de Obesidad funciona excelentemente con un programa de protocolización de 366 pacientes a las quienes se les aplica sistematizadamente una serie de medidas iniciales para lograr la reducción de peso conveniente, de acuerdo a las necesidades individuales, se otorga además orientación y educación para la salud alimentaria, un programa de ejercicios, en algunos casos medidas de tipo medicamentoso y sólo en casos seleccionados la cirugía bariátrica de la cual se realizaron 63 procedimientos en 2014.

La Clínica del adulto mayor, además de la atención directa en la consulta externa y de las hospitalizaciones de casos con perfil geriátrico atiende interconsultas de los servicios hospitalarios, las cuales han aumentado en número durante el año, tiene como una acción suplementaria la capacitación del personal médico becario y de enfermería para mejorar la calidad de atención de los adultos mayores.

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

Cuidados Paliativos.

El servicio de cuidados paliativos es inexistente en el hospital tanto por falta de un área física pero principalmente por la carencia de personal. Por la indicación de la CCINSHAE e encuentra en proceso de implementación de acuerdo a los recursos disponibles, ya que solo se cuenta con una tanatóloga y algunas enfermeras que tienen diplomados sobre la materia, pero que operativamente están en los servicios hospitalarios y se requiere conjuntar de acuerdo con el programa propuesto con un espacio específico, el equipo multidisciplinario requerido para su funcionamiento e implementar acciones como la de decisiones anticipadas. Alternativamente y en relación al manejo paliativo del dolor en paciente terminal, la Clínica del Dolor atiende a estos pacientes.

Eventos Adversos

Eventos	2013	2014
Adverso	255	316
Centinela	19	35
Cuasi-falla	12	3
Úlcera por presión	223	388
Reacciones de hemoderivados	19	16
Total	528	758

Área que reporta	2013	2014
Enfermería	509	715
Personal médico	34	8
Farmacovigilancia	1	35
Total	544	758

En relación con los eventos adversos que se detectan y reportan voluntariamente en el Hospital, mostraron un incremento en un 39.3% de todos los eventos reportados predominando el reporte por el personal de enfermería, los médicos adscritos o residentes, y farmacovigilancia que complementan el total registrado, aunque sabemos que sigue existiendo un sub-reporte.

La presencia de las úlceras por presión, continúa siendo el evento más importante, debido a la aplicación “no universal” del protocolo preventivo en relación a las cargas de trabajo de enfermería que propicia este evento, además de no contar en todos los servicios hospitalarios con la totalidad de los insumos preventivos en especial colchones de presión alterna.

El error de medicación, el retiro inadvertido de los catéteres venosos, seguido por la caída de los pacientes, principalmente durante el baño en regadera, motivado por las condiciones precarias y la debilidad de los pacientes, son las situaciones que ocurren en muchos otros casos; y en el caso de las caídas, aún con la presencia y asistencia de los familiares.

Aunque la rama médica continúa siendo poco colaboradora con el reporte de los eventos adversos, se registraron 24 de ellos, siendo la causa principal los errores de medicación. Sin embargo: Las cuasi-fallas, no han representado situaciones que hayan puesto en peligro la vida de los enfermos, pero estamos conscientes que en ésta es donde existe el mayor sub-registro.

Las reacciones a los fármacos, también representan un bajo número de reportes de este tipo de eventos adversos y se identifican por vigilancia de la unidad que se dedica a la

supervisión, en breve trabajará en coordinación con el área similar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para mejorar la efectividad en la detección de este tipo de errores.

El Banco de Sangre garantiza la disponibilidad de hemoderivados seguros, sobre todo en el grupo de los pacientes hematológicos multitransfundidos, los reportes de eventos adversos de esta área son motivados con frecuencia por reacciones a subgrupos sanguíneos o en pacientes muy sensibilizados por la multitransfusión

Los eventos centinelas que son los más graves, aumentaron significativamente en su reporte en un 47.4% con respecto al periodo comparativo, lo cual indirectamente refleja sobre todo, una mayor visualización de éstos y una mayor supervisión por enfermería de los pacientes con alto riesgo.

Asimismo, las úlceras por presión son un problema muy frecuente y es reflejo de los cuidados de enfermería donde la movilización de los pacientes no se efectúa con la frecuencia necesaria, así como por la disponibilidad parcial de elementos preventivos como colchones de presión alterna y también por las características de poblaciones de pacientes de edad avanzada y con problemas de nutrición alterados por la enfermedad de base, aunque se aplique el protocolo específico.

Informe del Programa de Trabajo 2014

Al periodo que se informa, se presentan los avances de las estrategias, líneas de acción y proyectos específicos del Programa de Trabajo 2014, de la Dirección Médica:

Objetivo General

Otorgar atención médico-quirúrgica con oportunidad, calidad y seguridad para el paciente y su familia, cumpliendo con las políticas, objetivos y metas hospitalarias en un marco de ética, profesionalismo, transparencia institucional y en apego a los programas.

Objetivos Específicos

Desarrollar y evaluar los programas de prestación de servicios médico-quirúrgicos y retroalimentar el desempeño del profesional de la salud.

Estrategias principales

1. Fomentar acciones de prevención y promoción de salud
2. Desarrollar e implementar proyectos de mejora, para hacer más eficiente la atención a la población y disminuirle la carga administrativa.
3. Fortalecer el acceso efectivo y atención con calidad a los pacientes
4. Fortalecimiento de la cartera de programas y proyectos de inversión
5. Coadyuvar al control de emergencias en salud

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 1.Fomentar acciones de prevención y promoción de salud.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
1.1 Desarrollar un programa de capacitación a pacientes y familiares (obesidad, detección y prevención del cáncer, enfermedades transmisibles, nutrición, violencia y prevención de accidentes, envejecimiento saludable, menopausia y vacunación).	a) Registro y control de pacientes y familiares capacitados por el servicio que desarrolló el tema.	30%	7.5%	15.0%	22.5%	30.0%	a) Reporte de actividades del trimestre enero-marzo 2014, de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos. b) Oficio informativo de actividades del servicio de Biología de la Reproducción Humana.
	b) Registro del porcentaje de pacientes con apego al manejo integral de la clínica de obesidad, respecto al total de pacientes tratados.	20%	5%	10%	15%	15%	a) Reporte de actividades del trimestre enero-marzo 2014, de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos. b) Reporte de actividades del trimestre abril-junio 2014, de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos. c) Reporte de actividades del trimestre julio-septiembre 2014, de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos.
1.2 Fortalecer la detección y atención de neoplasias malignas y de las enfermedades crónicas degenerativas, con enfoque al síndrome metabólico.	a) Registro y control de pacientes y familiares que acudieron a pláticas informativas.	10%	2.5%	5.0%	7.5%	10.0%	• Informe del primer semestre de las acciones realizadas en el Servicio de Oncología. • Informe del segundo semestre de las acciones realizadas en el Servicio de Oncología • Elaboración de trípticos informativos de las pláticas e información.
	b) Diseño y aplicación de "tamiz" para detección de pacientes con alto riesgo de desarrollar CaCu, CaMa y Ca de próstata.	20%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	• Informe del primer semestre de las acciones realizadas en el Servicio de Oncología. • Informe del segundo semestre de las acciones realizadas en el Servicio de Oncología
	c) Fortalecer la clínica de Diabetes.	20%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	No aplica, en virtud de que no se lograron establecer las fuentes de información.

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 2.- Desarrollar e implementar proyectos de mejora, para hacer más eficiente la atención a la población y disminuirle la carga administrativa .

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
2.1 Estandarizar y simplificar procesos.		20%	0%	0%	0%	0%	
			No se reportó información durante el trimestre	No se reportó información durante el trimestre	No se reportó información durante el trimestre	No se reportó información durante el trimestre	
2.2 Difundir la información socialmente útil.		20%	5%	10%	15%	20%	<p>El 10 de marzo de 2014 se remitió correo electrónico a la Lic. María Eugenia García González, Directora de la Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud y coordinadora de la Política de Transparencia del Sector Salud, refrendando el compromiso que se tiene en materia de Políticas de Transparencia, así como dar cumplimiento a las 5 actividades obligatorias y dos adicionales derivadas de la Guía Anual de Acciones de Transparencia.</p> <p>Se asistió el día 14 de Marzo de 2014 a Reunión de Trabajo en la Secretaría de Salud y Secretaría de la Función Pública</p> <p>Se actualizó la Sección Transparencia en el Portal Institucional</p> <p>Para la difusión de la información se utilizan los siguientes medios: Voceo, diseño de carteles, reproducción de videos en el área de consulta externa, portal web institucional, redes sociales y la Gaceta HJM.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> Refrendo del compromiso que se tiene en materia de Políticas de Transparencia. Cumplimiento a las 5 actividades obligatorias y dos adicionales derivadas de la Guía Anual de Acciones de Transparencia. Asistencia el día 14 de Marzo de 2014 a Reunión de Trabajo en la Secretaría de Salud y Secretaría de la Función Pública Actualización en el Portal Institucional la Sección Transparencia. Se difundió información relacionada a las siguientes campañas: <ul style="list-style-type: none"> ☒ Campaña de cita telefónica ☒ Campaña de identidad y pertenencia ☒ Campaña día Mundial del Riñón ☒ Campaña día Mundial del Lavado de Manos 2014 ☒ Campaña de Trato Digno al Usuario ☒ Campaña de seguridad del paciente ☒ Campaña días conmemorativos Actualización de las Redes Sociales sobre temas de salud relevantes y temas internos institucionales de utilidad a la población mexicana Participación de médicos y personal del HJM en medios de comunicación (radio y televisión), con la finalidad exclusiva de orientar a la población mexicana en diversos temas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Actualización de Transparencia Focalizada al primer trimestre 2014, en el Portal Institucional dentro del rubro Transparencia Focalizada, vía Oficio No. UE/13 de fecha 4 de abril 2014. Homologación de información de transparencia: (Comentarios a las observaciones) Se anexan evidencias de cumplimiento. La homologación fue solventada desde el día 16 de mayo de 2014. Solo Programas del Plan Nacional de Desarrollo, eliminado del Portal Institucional el día 19 de mayo 2014 (Situación que no dependía del Hospital). La Unidad de Enlace tiene presente la existencia de dudas sobre el apartado de normatividad, situación que está en espera de instrucciones finales. Refrendo del compromiso que se tiene en materia de Políticas de Transparencia. Se difundió información relacionada a las siguientes campañas: <ul style="list-style-type: none"> ☒ Campaña de cita telefónica de primera vez ☒ Campaña de difusión para cursos de Trato Digno a los Usuarios Publicación de Campañas en medios electrónicos de Cursos y Convocatorias Publicación de Código de ética y conducta Diseño de banner para página Web en la pestaña de Transparencia Focalizada sobre Tamiz Auditivo Difusión de talleres de Obesidad en la Gaceta interna Actualización de las Redes Sociales sobre temas de salud relevantes y temas internos institucionales de utilidad a la población mexicana 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de transparencia y Archivos y la Guía de cumplimiento de Transparencia 2014. Por vía correo electrónico No. UE/CE/164/14 de fecha 2 de julio 2014, Archivo adjunto: ACTIVIDAD 5 07 DE JULIO 2014HJM.zip (2.9 MB), se remite lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> o Oficio No. UE/E/103/14 de fecha 2 de julio 2014, en que se remite la Actividad 5. o Documento Electrónico de la Evidencia de la Actualización de la Sección de Transparencia mediante impresión de pantallas. Por vía correo electrónico No. UE/CE/228/14 de fecha 30 de septiembre 2014, Archivo adjunto: ACTIVIDAD 5 HJM 30 SEP 2014.zip (7.1 MB), se remite lo siguiente: (Actualizaciones al Tercer Trimestre 2014). o Oficio No. UE/E/133/14 de fecha 30 de septiembre 2014, en que se remite la Actividad 5, correspondiente al día 06 de octubre del año en curso. o Documento Electrónico de la Evidencia de la Actualización de la Sección de Transparencia mediante impresión de pantallas. Derivado del Programa Transversal del Plan Nacional de Desarrollo denominado Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 y en específico en la Línea de Acción 1.4.3. de las acciones de transparencia focalizada, se solicita la difusión entre el personal del Hospital Juárez de México, los nuevos temas de Transparencia Focalizada 2014, publicados en el portal Institucional en la siguiente liga electrónica: http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/interior/Transparencia_Focalizada/transparencia.html (se anexa díptico para su difusión). Se difundió información relacionada a las siguientes campañas: 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de transparencia y Archivos y la Guía de cumplimiento de Transparencia 2014. Por vía correo electrónico No. UE/CE/277/14 de fecha 15 de diciembre 2014, se remite lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> o Oficio No. UE/E/168/14 de fecha 15 de diciembre 2014, en que se remite la Actividad 5, correspondiente al día 5 de enero de 2015. o Documento Electrónico de la Evidencia de la Actualización de la Sección de Transparencia mediante impresión de pantallas. Cumplimiento a la actividad 05 de la Guía de Acciones de Transparencia, mediante la actualización de la Sección Transparencia del portal Institucional y las Sub-secciones: Normatividad; Comité de Información; Transparencia Focalizada; Indicadores de Programas Presupuestarios; Recomendaciones emitidas por la CNDH, INMUJERES Y CONAPRED dirigidas al Hospital, Estudios y Opiniones, Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana. Difusión de Sección de Transparencia.- Se mantuvo la difusión a través de los carteles. 	

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 2.- Desarrollar e implementar proyectos de mejora, para hacer más eficiente la atención a la población y disminuirle la carga administrativa .

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
2.3 Recabar y tratar los datos personales con estricto apego al derecho de protección constitucional de los mismos.		20%	5%	10%	15%	20%	a) Difusión de la normatividad, registrada en el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, punto 6.- Ser tratado con confidencialidad, incluido en el Carnet de citas médicas (Cartilla del paciente). b) Oficio No. UE/E/037/14, donde se informa que no hay cambios ni modificaciones al Sistema Persona de éste Hospital Juárez de México, registrado ante el Instituto Federal de Acceso a la Información. c) Oficio No. UE/E/125/14, donde se informa que no hay cambios ni modificaciones al Sistema Persona de éste Hospital Juárez de México, registrado ante el Instituto Federal de Acceso a la Información.
			• El Hospital cuenta con los siguientes Sistemas de Datos Personales: Banco de Sangre, Archivo Clínico, Archivo Jurídico, Archivos de Expedientes del Personal, Escuela de Enfermería y Servicios de Trasplantes, de los cuales se da cumplimiento a la protección de datos personales conforme a la normatividad establecida en el artículo 23 de la ley de Transparencia y Acceso a la información Pública.	• Los Sistemas de Datos Personales con que cuenta el Hospital, cumplen con la normatividad establecida en el artículo 23 de la ley de Transparencia y Acceso a la información Pública y a esta fecha no han sufrido modificación ni cancelación alguna.	• Los Sistemas de Datos Personales con que cuenta el Hospital, cumplen con la normatividad establecida en el artículo 23 de la ley de Transparencia y Acceso a la información Pública y a esta fecha no han sufrido modificación ni cancelación alguna.	• Los Sistemas de Datos Personales con que cuenta el Hospital, cumplen con la normatividad establecida en el artículo 23 de la ley de Transparencia y Acceso a la información Pública y a esta fecha no han sufrido modificación ni cancelación alguna. • Las actualizaciones Semestrales durante los meses de marzo y septiembre al Sistema Persona, quedaron concluidas durante el tercer trimestre (sin movimiento).	
2.4 Coadyuvar en la gestión de recursos humanos para fortalecer su capacitación y reorientar su apoyo en áreas hospitalarias.		20%	0%	0%	0%	0%	
			• No se reportaron avances en el periodo.	• No se reportaron avances en el periodo.	• No se reportaron avances en el periodo.	• No se reportaron avances en el periodo.	
2.5 Impulsar la referencia y contrarreferencia concertada		10%	2.5%	5.0%	7.5%	10.0%	a) Acta del cierre administrativo de Proyecto en la Secretaría de Salud (SSA); Nombre del Proyecto: Mejora del proceso de Referencia y Contrarreferencia. Con fecha de 7 de noviembre 2013.
			• El programa de referencia y contrarreferencia, se encuentra en espera de activación e implementación en los Hospitales de Alta Especialidad	• El programa de referencia y contrarreferencia, se encuentra en espera de activación e implementación en los Hospitales de Alta Especialidad	• El programa de referencia y contrarreferencia, se encuentra en espera de activación e implementación en los Hospitales de Alta Especialidad	• El programa de referencia y contrarreferencia, se encuentra en espera de activación e implementación en los Hospitales de Alta Especialidad	
2.6 Aplicar y compartir las experiencias exitosas de casos estrella		10%	2.5%	5.0%	10.0%		a) Registro de cirugías reconstructivas realizadas por Cáncer de pene
			• Reconstrucción genital por cáncer de pene	• Reconstrucción genital por cáncer de pene (avance en un 75%)	• Reconstrucción genital por cáncer de pene (caso concluido al 100%)		

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectivo y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
3.1 Actualizar y aplicar los Manuales de Organización Específico, Procedimientos y de Políticas.		6%	1.5%	2.0%	3.0%	3.5%	
			20% de avance	30% de avance	50% de avance	60% de avance	
3.2 Promover el otorgar la preconsulta a todo usuario que la solicite.		6%	1.5%	3.0%	4.5%	6.0%	a) Informe diario del número de pacientes por cita telefónica. b) Informe diario del médico (Hoja diaria de consulta externa)
			• Solicitud de dos plazas de médico general, para cubrir la demanda de usuarios del servicio de preconsulta. • La plantilla médica existente en el servicio atiende el 100% de solicitudes de atención acorde a su capacidad.	• La plantilla médica existente en el servicio atendió el 100% de pacientes que solicitaron atención médica en la preconsulta.	• La plantilla médica existente en el servicio atendió el 100% de pacientes que solicitaron atención médica en la preconsulta.	• La plantilla médica existente en el servicio atendió el 100% de pacientes que solicitaron atención médica en la preconsulta.	
3.3 Garantizar el surtimiento completo de medicamentos e insumos del cuadro básico.	a) Continuar impulsando el buen funcionamiento de la Central de Mezclas.	4%	1%	3.5%	4.0%	• Acción concluida satisfactoriamente.	a) Capacitación de una hora de duración, día 27 de febrero 2014 b) Calendario de capacitaciones con los servicios médicos de especialidad c) Procedimientos Normalizados de operación autorizados d) Capacitaciones: • Capacitación a las áreas usuarias • Talleres de estabilidad química y cálculos de
	b) Concretar el proyecto "Farmacia Hospitalaria".	4%	1%	3.5%	4.0%		a) Minutas de reuniones con el equipo de trabajo: Planeación Estratégica, Enfermería Y Farmacia Hospitalaria Para revisión de avances b) Catálogo de medicamentos clasificados por grupo terapéutico c) Listado de medicamentos de alto costo d) Análisis comparativo de consumos 2012, 2013 y proyectado 2014
	c) Supervisar la realización y compromiso de cada servicio de especialidad al generar su PADD.	4%	1%	4.0%	4.0%		a) Análisis en proceso de las listas del PADD 2014, entregadas por el área administrativa b) Acuse de entrega del PADD 2014 impreso y electrónico a la Dirección Administrativa c) Consumos históricos de medicamentos para la preparación de NPT de 2012, validado por las áreas usuarias
3.4 Incrementar el número de cirugías de Alta Especialidad.	a) Implementar un mecanismo de programación rápida en Quirófano Central.	4%	1.0%	2.0%	3.0%		a) Elaboración y envío de oficios con fecha 31 de marzo de 2014
	b) Impulsar convenio con el HJC para atención de cirugías que no ameriten tercer nivel de acuerdo a catálogo consensado	4%	1.0%	2.0%	3.0%		a) Se está diseñando un programa para llevar el control y registro de los pacientes que son canalizados al HJC. b) Mantenemos una estrecha comunicación con el jefe de los servicios quirúrgicos del Hospital Juárez del Centro, sobre la llegada de pacientes a su unidad c) Se solicitó una reunión con el Jefe de los servicios quirúrgicos del HJC, para tratar asuntos relacionados con la rotación de médicos residentes (fecha aún sin definir)
	c) Continuar impulsando la cirugía ambulatoria	4%	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	a) Registro por especialidad de cirugías ambulatorias realizadas durante 2014.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectivo y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
5 Continuar el desempeño de la Clínica del dolo		4%	1.0% • Se brinda la atención médica al cien por ciento, cumpliendo con la totalidad de consultas solicitadas y programadas.	2.0% • Se brinda la atención médica al cien por ciento, cumpliendo con la totalidad de consultas solicitadas y programadas.	3.0% • Se brinda la atención médica al cien por ciento, cumpliendo con la totalidad de consultas solicitadas y programadas.	4.0% • Se brinda la atención médica al cien por ciento, cumpliendo con la totalidad de consultas solicitadas y programadas.	a) Informes mensuales de actividades del servicio.
3.6 Mejorar la salud reproductiva, el control y resolución del embarazo.	a) Continuar con la vigilancia de la paciente en situación de menopausia	2%	0.5% • Se han atendido durante el primer trimestre del año en curso, un total de 78 pacientes con situación de menopausia, de los cuales 21 fueron de primera vez.	1.0% • Se desarrolló de un programa para capacitación a pacientes con menopausia y sus familiares, otorgando en este trimestre 6 sesiones de capacitación a pacientes con menopausia y sus familiares, atendiendo un total de 90 asistentes. • Se han atendido durante el segundo trimestre del año en curso, un total de 393 pacientes con situación de menopausia, de los cuales 86 fueron de primera vez.	1.5% • Continuidad del programa para capacitación a pacientes con menopausia y sus familiares, otorgando en este trimestre 6 sesiones de capacitación a pacientes con menopausia y sus familiares, atendiendo un total de 64 asistentes. • Se han atendido durante el tercer trimestre del año en curso, un total de 388 pacientes con situación de menopausia, de los cuales 128 fueron de primera vez.	4.0% • Continuidad del programa para capacitación a pacientes con menopausia y sus familiares, otorgando en este trimestre 6 sesiones de capacitación a pacientes con menopausia y sus familiares, atendiendo un total de 89 asistentes. • Se han atendido durante el cuarto trimestre del año en curso, un total de	a) Informe de actividades relacionadas a la situación de la menopausia, correspondiente al primer trimestre del año en curso, realizado por el servicio de Biología de la Reproducción Humana. b) Informe de actividades relacionadas a la situación de la menopausia, correspondiente al segundo trimestre del año en curso. c) Informe de actividades relacionadas a la situación de la menopausia, correspondiente al tercer trimestre del año en curso.
	b) Diseñar y entregar información impresa y audiovisual.	2%	0.5% • Se diseñara un tríptico con información para pacientes sobre: "BENEFICIOS DEL PARTO SOBRE LA CESÁREA" donde de una manera clara y sencilla se explicara a las pacientes embarazadas y familiares, las ventajas que ofrece el tener un parto sobre la operación cesárea. Estableciendo claramente los riesgos que representa la operación cesárea: Aumento en la frecuencia de	1.0% • Se diseño un tríptico con información para pacientes sobre: "Comunicación Social entregó el tríptico "VENTAJAS DEL PARTO SOBRE LA CESÁREA" y se solicitará a la imprenta la impresión de 500 formatos para su distribución con las pacientes embarazadas de Consulta Externa y Urgencias.	1.5% • Se inicio la entrega de trípticos con información para pacientes y familiares sobre las "VENTAJAS DEL PARTO SOBRE LA CESÁREA" a todas las pacientes embarazadas de Consulta Externa de los consultorios 21, 22, 23 y 24 y del Servicio de Urgencias Gineco-Obstetricia.	1.5% • Se dio continuidad a la entrega de trípticos (1,000) con información para pacientes y familiares sobre las "VENTAJAS DEL PARTO SOBRE LA CESÁREA" a todas las pacientes embarazadas de Consulta Externa de los consultorios 21, 22, 23 y 24 y del Servicio de Urgencias Gineco-	a) Oficio informativo de la Jefatura de Obstetricia Núm. DM/DGYO/10/052/14, notificando avances de control y seguimiento del Programa de Trabajo 2014. b) Informe del segundo trimestre de la Jefatura de Obstetricia s/n, notificando avances de control y seguimiento del Programa de Trabajo 2014. c) Informe del tercer trimestre de la Jefatura de Obstetricia s/n, notificando avances de control y seguimiento del Programa de Trabajo 2014.
	c) Impulsar la segunda opinión para evitar en lo posible la práctica de operación cesárea.	2%	0.5% • Se efectuó supervisión estricta de todas las cesáreas realizadas en el hospital, verificando que en el 100% de los casos cuenten con segunda opinión para poder llevar a cabo la operación cesárea, supervisada y firmada por el médico adscrito y/o residente de mayor jerarquía.	1.0% • Se efectuó supervisión estricta en las 202 cesáreas realizadas en el hospital, verificando que en el 100% de los casos cuenten con segunda opinión para poder llevar a cabo la operación cesárea, supervisada y firmada por el médico adscrito y/o residente de mayor jerarquía. • Se alcanzó un 51.2% en la tasa de cesáreas, registrando una reducción del 2.8% en comparación	1.5% • Se realizó supervisión estricta en 226 cesáreas realizadas en el hospital, verificando que en el 100% de los casos cuenten con segunda opinión para poder llevar a cabo la operación cesárea, supervisada y firmada por el médico adscrito y/o residente de mayor jerarquía. • Se alcanzó un 49.8% en la tasa de cesáreas, registrando una reducción del 2.7% en comparación	4.0% • Se realizó supervisión estricta en un total de 243 cesáreas realizadas en el cuarto trimestre del año en el hospital, verificando que en el 100% de los casos cuenten con segunda opinión para poder llevar a cabo la operación cesárea, supervisada y firmada por el médico adscrito y/o residente de	a) Se cuenta con formatos de segunda opinión, realizados p
	d) Difundir la utilización de factores de maduración cervical.	4%	1% • Se programó en la Sesión General del Servicio de Ginecología y Obstetricia, una plática informativa sobre "Inducción de Madurez Cervical" haciendo referencia al uso de la dinoprostona y del misoprostol para la inducción del parto, con la finalidad de disminuir el número de cesáreas.	2% • Se inicio en este trimestre la administración de misoprostol en inserto vaginal (Misspes) en 15 pacientes para la inducción del trabajo de parto, lo que esperamos contribuya a reducir la tasa de cesáreas.	3% • Se continuó en este trimestre la administración de misoprostol en inserto vaginal (Misspes) en 22 pacientes para la inducción del trabajo de parto, lo que esperamos contribuya a reducir la tasa de cesáreas.	3% • Se continuó en este trimestre la administración de misoprostol en inserto vaginal (Misspes) en pacientes para la inducción del trabajo de parto, lo que esperamos contribuya a reducir la tasa de cesáreas.	a) Formato de valoración segunda opinión ante la operación cesárea. b) Lista de pacientes con indicaciones de madurez cervical (MISSPES) en el tercer trimestre 2014.
	f) Fortalecer la operación del banco de leches	2%	0.5% • Capacitación y orientación respecto a la extracción de leche materna, con apoyo de trípticos informativos e instructivos. • Orientación sobre la lactación, mediante pláticas y trípticos informativos. • Inicio de Proyecto para la implementación del Banco de leche Materna.	1.0% • Capacitación y orientación respecto a la extracción de leche materna, con apoyo de trípticos informativos e instructivos. • Orientación sobre la lactación, mediante pláticas y trípticos informativos. • Suspensión de Proyecto de Banco de leche Humana.	1.5% • Capacitación y orientación respecto a la extracción de leche materna, con apoyo de trípticos informativos e instructivos. • Orientación sobre la lactación, mediante pláticas y trípticos informativos. • Suspensión de Proyecto de Banco de leche Humana.	2.0% • Capacitación y orientación respecto a la extracción de leche materna, con apoyo de trípticos informativos e instructivos. • Orientación sobre la lactación, mediante pláticas y trípticos informativos. • Se retoma Proyecto para la implementación del Banco de leche Humana 2015.	a) Informes mensuales del servicio de Banco de leches.

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectivo y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
3.7 Fortalecer las acciones de capacitación en enfermería, trabajo social y personal técnico.	a) Coadyuvar en desarrollar un programa de capacitación para cada área en conjunto con la Unidad de enseñanza.	4%	1% Cursos: • Inducción al puesto de enfermería • Gestión administrativa aplicada a la calidad y seguridad hospitalaria • Metodología de la investigación (Diplomado) • Seguridad para la terapia renal PRISMA • Entrenamiento en esterilización y control de infecciones por la seguridad del paciente Curso-Taller: • Manejo seguro de la diálisis peritoneal en el paciente con enfermedad crónica • Fundamentos para la selección, instalación y mantenimiento de catéter central de inserción PIC • Seguridad en terapia de infusión intravenosa Capacitación continua en servicio: • Medicina Interna • Pediatría • Unidad Quirúrgica • Turno Especial	2% Cursos: • Manejo seguro de la diálisis peritoneal en el paciente con enfermedad renal • Avances en áreas críticas para la seguridad del paciente • VI Curso de calidad y Seguridad del paciente • Geronto-Geriatria Curso-Taller: • RCP Básico • Seguridad en terapia de infusión intravenosa Se continua capacitando al personal en los diferentes turnos • En la vinculación de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC, 101 • En Método Enfermero • PLACES 197	4% Cursos: • Inducción al puesto de enfermería • Diplomado Gerencial en los Servicios de Salud Curso-Taller: • Errores de medicación • Seguridad para la terapia de reemplazo renal prisma • RCP básico • Seguridad en terapia de infusión intravenosa	4% • Se cumplió con la realización de los cursos y talleres programados para el año 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Programación anual de cursos de acuerdo a necesidades de capacitación detectadas por medio de encuestas. ☐ Listados de asistencia a cursos. ☐ Informe de actividades académicas de enfermería 2014 (se anexa concentrado anual).
	b) Continuar desarrollando y aplicando los Planes de Cuidados Enfermeros (PLACES)	4%	1% • Desarrollo de Planes Estandarizados de Cuidados de Enfermería PLACES	2% • Se han validado 17 Planes Estandarizados de Cuidados de Enfermería PLACES y se encuentran en proceso de validar 15 sobre diagnósticos en las ramas Neurología, Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General y Ortopedia.	3% • Se validaron 15 Planes Estandarizados de Cuidados de Enfermería PLACES sobre diagnósticos en las ramas Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General y Ortopedia.	4% • Se cumplió con la validación de los 32 Planes Estandarizados de Cuidados de Enfermería PLACES (programados para el año 2014). • Se realizó una investigación para evaluar la funcionalidad en la implementación del PLACE, aplicando un instrumento que consta de 6 rubros para observar el registro del plan integral y un instrumento que se tomó como guía de la Comisión Permanente de Enfermería para llevar a cabo una entrevista con el personal de Enfermería de los cuatro pisos de Hospitalización en los tres turnos correspondientes. Los resultados fueron tabulados y graficados obteniendo como conclusión que el personal de Enfermería si conoce y consulta las carpetas PLACES.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación y entrega de 11 carpetas con PLACES de catálogos de la CPE y los elaborados institucionalmente por servicio, por parte de la coordinación de Enseñanza. • Informe de actividades 2014 de la Coordinación de Enseñanza de Enfermería.

DIRECCIÓN MÉDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectiva y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
3.8 Desarrollar el Modelo de Gestión de Calidad del Hospital Juárez de México.	a) Continuar con la formación de recursos humanos en temas de calidad.		<ul style="list-style-type: none"> Se realizó capacitación individual de recurso humano con base en programación de citas de los elementos que así lo requieren en materia de elaboración de planes de mejora y evaluación de procesos 		<ul style="list-style-type: none"> Realización de 3 Cursos-Taller, con la participación de 165 asistentes. 		<ul style="list-style-type: none"> Realización de 3 Cursos-Taller, con la participación de 165 asistentes.
	b) Aumentar el apego del expediente clínico al la NOM 004.		<ul style="list-style-type: none"> Revisión de expedientes clínicos en el área de archivo y en los diferentes servicios 		<ul style="list-style-type: none"> Revisión de expedientes clínicos en el área de archivo clínico y en los diferentes servicios. 		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de 71 expedientes clínicos de los Servicios de Oncología 1er. piso lado sur de hospitalización y Urgencias y Adultos, para medir el apego a la NOM 004 . Análisis de resultados de la revisión de los expedientes clínicos. Evaluación del análisis para la implementación de Plan de Mejora
	c) Incorporar la administración a la investigación clínica para mejorar los procesos de atención médica y seguridad de los pacientes.		<ul style="list-style-type: none"> Se continúa con el desarrollo de tres proyectos de investigación en la materia. Actualmente se encuentra en la fase de análisis de información y con un texto en revisión en relación a "Errores de prescripción". 		<ul style="list-style-type: none"> Artículo en proceso de publicación. Se inicia investigación clínica en errores de medicación. 		<ul style="list-style-type: none"> Envío de artículo a la editorial para su publicación. Recepción de oficio de aceptación para publicación Se inicia investigación clínica en errores de medicación Elaboración de protocolo de investigación en errores de medicación (en proceso)
	d) Mejorar el cumplimiento de las metas internacionales y los estándares centrados en el paciente.		<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de la herramienta para el apego de las MISP para su aplicación en 2do. Trimestre 2014. 		<ul style="list-style-type: none"> Análisis de resultados de la auditoría que se realizó en el servicio de Urgencias Adultos y Unidad Tocoquirúrgica, para la implementación de estrategias de planes de mejora: 		<ul style="list-style-type: none"> Análisis de resultados Análisis estadístico de los resultados. Implementación e impartición de sesiones de capacitación en el programa de cirugía segura a la división segura Impartición de sesiones de capacitación en Metas Internacionales para el Servicio de Urgencias Adultos.
	e) Desarrollar un programa de educación para la salud.		<ul style="list-style-type: none"> Durante el primer trimestre está se inició la elaboración del programa. Actualmente en un avance del 10%. 		<ul style="list-style-type: none"> Se encuentra en fase de elaboración. 		<ul style="list-style-type: none"> Recopilación de la información bibliográfica. Análisis de las áreas susceptibles de involucrarse con el programa de educación para la salud, dando prioridad a hipertensión, obesidad y diabetes mellitus. Recopilación de información de los cursos que se imparten en los servicios en materia de educación al paciente y la familia. Programación e implementación de 6 reuniones con el grupo de PFR, PFE, y MCI para la elaboración del programa institucional educación para el paciente y la familia. Programación e implementación de 6 reuniones con el grupo de PFR, PFE, y MCI para la elaboración del programa institucional educación para el paciente y la familia.
	f) Educar al paciente y familia en el conocimiento de los factores que influyen en la atención y la seguridad del paciente.		<ul style="list-style-type: none"> En asociación al programa de educación para la salud se elabora un cuestionario para determinar el grado de conocimiento del Paciente/familiar en aspectos de normatividad para su seguridad. 		<ul style="list-style-type: none"> Se realizan 2 sesiones del grupo de trabajo de PFR y PFE. Se integra al Estándar de MCI (Manejo de la Comunicación e Información), al grupo de trabajo de PFR y PFE. 		<ul style="list-style-type: none"> Se han realizado 2 sesiones del grupo de trabajo de PFR y PFE. Se integra documentación a la carpeta correspondiente a los estándares de PFR y PFE. Se concentra información que se le brinda a los pacientes y familiares por parte de cada uno de los servicios. (dípticos, trípticos, programas, calendario de pláticas informativas de los diferentes padecimientos, etc.) Seguimiento del proceso de "Voluntad Anticipada" y el "Bien Morir". Seguimiento de los Derechos y responsabilidades del paciente a través de Posters y voceo intrahospitalario. Seguimiento al procedimiento de manejo del dolor agudo y crónico por parte del Servicio de Clínica del Dolor. Se presenta el programa de educación para la prevención de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, apegados a los lineamientos del Programa Nacional de Salud 2013-2018. Programación de reuniones de trabajo con la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria, para concretar el Programa de Educación para la Salud. Se integra el Estándar de MCI (Manejo de la Comunicación e Información) al grupo de trabajo de PFR y PFE.

DIRECCIÓN MÉDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectivo y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACION	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
3.8 Desarrollar el Modelo de Gestión de Calidad del Hospital Juárez de México.	g) Realizar auditorías clínicas y dar seguimiento a las propuestas de mejora.		<ul style="list-style-type: none"> Se realizó evaluación de los procesos en toco-cirugía; además se llevó el seguimiento de auditorías realizadas previamente en UCIA y Quirófanos. 		Se realizaron 4 auditorías a la Unidad tocoquirúrgica, Urgencias Ginecología y Farmacia Hospitalaria.		<ul style="list-style-type: none"> En el mes de agosto y septiembre se realizaron 2 auditorías a la Unidad Tocoquirúrgica y Urgencias adultos. En el mes de agosto y septiembre se realizaron 2 auditorías a los carros rojos en la Unidad Tocoquirúrgica y Urgencias adultos. En el mes de agosto se realizó una auditoría a la Farmacia Hospitalaria. Se realizó los análisis y resultados correspondientes.
	h) Diseñar un sistema de identificación registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos (Gestión de Eventos Adversos).		<ul style="list-style-type: none"> Se realizaron dos reuniones para la continuación de actividades. Se anexó, a las actividades, personal de biomédica para la sección de tecnovigilancia y se elaboraron definiciones de los incidentes en Salud asociados a ello; las cuáles, actualmente están en evaluación. Se iniciaron actividades del "Observatorio del evento adverso", capacitación a médicos residentes en materia de seguridad y la presentación de información en lo que respecta a la guía de análisis del evento adverso en sesión general. 		Diseño e implementación del sistema.		<ul style="list-style-type: none"> Presentación y difusión del sistema automatizado para el reporte del evento adverso, disponible para todos los usuarios. Difusión de la información a través de un tríptico, el cual será distribuido a todo el personal relacionado con el reporte de eventos adversos, con un tiraje de 1000. Análisis de tendencias y patrones del evento adverso en la institución. <ul style="list-style-type: none"> Elaboración, revisión y autorización del procedimiento para el reporte y el análisis del evento adverso. Capacitación al personal en la identificación, ponderación y priorización en materia de riesgos relacionados con la seguridad del paciente.
	i) Continuar con el desarrollo y difusión de boletines con temas de Seguridad del paciente y hospitalaria.		<ul style="list-style-type: none"> Se entregó material escrito a comunicación social para la impresión de boletín en materia de Calidad y Seguridad. 		Publicación de 2 boletines en el mes de septiembre 2014.		<ul style="list-style-type: none"> Recopilación de la información para integración de los boletines relacionados con seguridad en el paciente Envío del contenido informativo para los boletines a Comunicación Social Revisión y formato de los contenidos para su publicación Publicación de 2 boletines en el mes de septiembre 2014; tiraje de 1,000 ejemplares cada boletín Difusión de 2 boletines en el interior del Hospital: <ul style="list-style-type: none"> a) Por el fortalecimiento de una cultura de seguridad para el paciente b) Cómo aborda el Hospital Juárez de México la seguridad para el paciente
	j) Dar seguimiento al Programa "Aval Ciudadano".		<ul style="list-style-type: none"> Se continúa con las actividades programadas en lo correspondiente al programa y al seguimiento de acuerdos. 		<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de acuerdos adquiridos en la primera carta compromiso 2014. Seguimiento de compromisos firmados en los cuatrimestres anteriores. Aplicación de 373 encuestas a pacientes y familiares en el servicio de Urgencias Adultos por parte de Aval Ciudadano y de 1300 por el personal. Se realizó una Reunión con el Aval Ciudadano. Reunión con los nuevos avales ciudadanos. Elaboración del informe de seguimientos. Difusión de gráficas de los resultados del primer cuatrimestre. 4 acuerdos generados en la última reunión. 		<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de oficios en los que se solicita la descripción de actividades que favorecieron el cumplimiento de acuerdos adquiridos en la primera carta compromiso Se efectuó seguimiento, por parte del aval, de todos los compromisos firmados en los cuatrimestres anteriores, para establecer el nivel de cumplimiento Se aplicó 373 encuestas a pacientes y familiares en el servicio de Urgencias Adultos por parte de Aval Ciudadano y de 1,300 por el personal de salud, que fueron capturadas en el sistema INDICAS para obtener los porcentajes y cotejarlos con los datos de aval, los cuales corresponde al 29% de la muestra aplicada en la Unidad Se realizó una reunión con el Aval Ciudadano y la responsable del programa, para llevar a cabo el análisis de las encuestas (monitoreo y cotejo de la información), para la obtención de 3 resultados y elaboración de la segunda carta compromiso 2014, del segundo cuatrimestre mayo/agosto 2014 Se efectuó reunión con nuevos avales ciudadanos y la responsable del Programa, con la finalidad de invitarlos a participar en las actividades del Aval Ciudadano, impartiendo una introducción de todo lo que se refiera al Programa Se llevó a cabo una reunión con los nuevos avales ciudadanos y responsables del aval ciudadano, se presentó al Dr. José Manuel Conde Mercado, Director Médico, mismo que dio una plática y la presentación de cada uno de ellos (5 personas), así como la aceptación de trabajar con la institución Elaboración del informe de seguimientos que solicita la Dirección de Calidad, donde se solicita las actividades del cuatrimestre de Aval Ciudadano y la Unidad e informar las quejas de los buzones que envía el OIC para su seguimiento, conforme la instrucción 288 Se difundieron las gráficas de los resultados del primer cuatrimestre

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectivo y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
3.8 Desarrollar el Modelo de Gestión de Calidad del Hospital Juárez de México.	k) Crear una cultura sobre el uso racional de los medicamentos y adecuada prescripción.		<ul style="list-style-type: none"> Actualmente se realiza un diagnóstico situacional, con avance del 30%. Posteriormente, con base en los resultados, se realizará un programa de capacitación y las acciones que en el mismo se consideren. Se favorece el uso racional de antibióticos a través del Subcomité de antimicrobianos, política que se lleva a cabo desde el año 2012. Programación del curso anual, para el uso racional de antimicrobianos a celebrarse en el mes de octubre 2014. Se actualiza anualmente el perfil epidemiológico de los microorganismos del HJM, se difunde y generan recomendaciones específicas. 		<ul style="list-style-type: none"> Impartición de 6 sesiones con tema "Errores de medicación y barreras de seguridad", con un total de 77 participantes Médicos, adscritos y residentes. 		<ul style="list-style-type: none"> Política de prescripción de antimicrobianos Impartición de platica sobre "Errores de medicación y barreras de seguridad" a la División de Medicina Crítica el día 2 de septiembre del 2014, en la sala de Terapia Intensiva, con la participación de 30 asistentes. Impartición de platica sobre "Errores de medicación y barreras de seguridad" al Servicio de Cardiología, en la sala de juntas del 3er. piso hospitalización lado sur, el día 4 de septiembre del 2014, con la participación de 10 asistentes Impartición de platica sobre "Errores de medicación y barreras de seguridad" al Servicio de Endocrinología en la sala de juntas del 3er. piso hospitalización lado sur, el día 9 de septiembre del 2014, con la participación de 6 asistentes Impartición de platica sobre "Errores de medicación y barreras de seguridad" al Servicio de Geriatria, en la sala de juntas del 3er. piso hospitalización lado sur, el día 18 de septiembre del 2014, con la participación de 7 asistentes Impartición de platica sobre "Errores de medicación y barreras de seguridad" al Servicio de Hematología, en la sala de juntas del 3er. piso hospitalización lado sur, el día 23 de septiembre del 2014, con la participación de 9 asistentes Impartición de platica sobre "Errores de medicación y barreras de seguridad" al Servicio de Medicina Interna, en la sala de juntas del 3er. piso hospitalización lado sur, el día 25 de septiembre del 2014, con la participación de 14 asistentes
	l) Identificar, clasificar, ponderar y priorizar los riesgos institucionales con el fin de asegurar el cumplimiento de las metas, objetivos y procesos aplicables, que en conjunto logran salvaguardar los recursos públicos.		<ul style="list-style-type: none"> Con base en la metodología realizada y a la detección de riesgos generada; actualmente, se elabora el catálogo de riesgos y la gestión para su intervención 		<ul style="list-style-type: none"> Implementación e impartición de Curso Taller en Administración de Riesgos y Control Interno. dirigido al personal; Órgano Interno de Control, Directores de Área, Subdirectores, Jefes de Departamento, Jefes de División, Jefes de Servicio; con una asistencia de 50 participantes. 		<ul style="list-style-type: none"> Asistencia a curso de capacitación en la Secretaría de la Función Pública los días 7 y 8 de agosto 2014. (Reunión Nacional de Auditores Internos). Elaboración de Programa de Capacitación en Control Interno y Gestión de Riesgos. Implementación e impartición de Curso Taller en Administración de Riesgos y Control Interno. dirigido al personal; Órgano Interno de Control, Directores de Área, Subdirectores, Jefes de Departamento, Jefes de División, Jefes de Servicio; con una asistencia de 50 participantes.
	m) Desarrollar e implementar abordaje diagnóstico y terapéutico basado en evidencias mediante la creación de protocolos clínicos y la aplicación adecuada de Guías de Práctica Clínica.		<ul style="list-style-type: none"> Sesiones con el comité de GPC. Elaboración de herramientas para la medición del apego a las GPC. Visita a Médicos Jefes de servicio para evaluación de apego. Revisión de expedientes para corroboración de apego. Elaboración de una guía en el servicio de Nefrología pediátrica y otra en elaboración. 		<ul style="list-style-type: none"> En proceso una Guía Clínica del Servicio de Nefrología Pediátrica Realización de 3 sesiones del Comité de Guías de Práctica Clínica Programación de 30 Servicios para su revisión del Cumplimiento de las GPC. Se realizaron 20 visitas a los diferentes servicios médicos del HJM 		<ul style="list-style-type: none"> Durante el primer semestre del 2014 Se evalúan en cada sesión del CGPC 10 Servicios con 2 expedientes clínicos, sus Guías de Práctica Clínica correspondientes y sus carpetas de evidencias en cada sesión del CGPC, para revisar el apego, seguimiento y difusión de las GPC. Se realizaron 20 visitas de julio a septiembre del 2014, a los Servicios, con la finalidad de dar seguimiento a la utilización de las Guías de Práctica Clínica. En proceso 1 Guías de Práctica Clínica en el Servicio de Nefrología Pediátrica De 46 Servicios existentes en el Hospital Juárez de México, 40 (86%) cumplen con los lineamientos y Políticas del Comité de Guías de Práctica Clínica.

DIRECCIÓN MÉDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

Estrategia: 3.- Fortalecer el acceso efectivo y atención a los pacientes.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACION	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
3.8 Desarrollar el Modelo de Gestión de Calidad del Hospital Juárez de México.	n) Gestionar el apoyo y reconocimiento a la mejora de la calidad, a través de "Acuerdos de Gestión".		<ul style="list-style-type: none"> Integración de información con personal de la UVEH para seguimiento y apoyo en las actividades que corresponda. 		<ul style="list-style-type: none"> Continúa en proceso de aplicación y seguimiento Implementación de un paquete de medidas preventivas para reducir neumonías asociadas a ventilador en el Hospital Juárez de México. 		<ul style="list-style-type: none"> Existencia de un acuerdo. Análisis estadísticos de las infecciones asociadas a la atención en salud. Evaluación de la estadística relacionada con las neumonías nosocomiales. Evaluación de las neumonías asociadas al uso de
	o) Desarrollar sesiones teórico-prácticas para el Desarrollo de Habilidades Gerenciales.		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo en marzo, de la sesión de apertura en lo correspondiente al "desarrollo de habilidades gerenciales". 		Se han realizado tres sesiones del Diplomado de Habilidades Gerenciales.		<ul style="list-style-type: none"> Realización del programa académico del "3er. Curso de Desarrollo de Habilidades Gerenciales". Difusión del curso al interior de la Institución. Inscripción de 45 alumnos. Establecimiento de acuerdos para la invitación y compromiso de asistencia de los instructores. Elaboración de material didáctico. Inicio de actividades académicas.
	p) Generar y dar seguimiento a Proyectos de Mejora (QPS) de la cédula de Estándares del Consejo General de Salubridad para Certificación de Hospitales.		<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de actividades en los proyectos de mejora vigentes. Actualmente con 12 QPS respaldados por sus planes correspondientes. 		<ul style="list-style-type: none"> Realización de Sesión Ordinaria de los Comités de COCASEP y de Certificación Hospitalaria. Formación Equipo de trabajo del Estándar QPS. Realización de Sesión de trabajo con el Equipo del Estándar QPS. Asignación de QPS actuales a cada uno de los integrantes del Equipo de trabajo de QPS, de acuerdo al servicio en que se encuentran. Actualmente se llevan a cabo 12 y se espera incluir de 2 a 3 más en el año % de QPS que cuentan con un proyecto de mejora en desarrollo 		<ul style="list-style-type: none"> Realización de Sesión Ordinaria de los Comités de COCASEP y de Certificación Hospitalaria. Análisis y evaluación de los 43 Planes de Mejora propuestos para QPS. Selección e integración del Equipo de Trabajo del Estándar QPS. Convocatoria a Reunión del Equipo de Trabajo del Estándar QPS. Realización de Primera Sesión del Equipo de Trabajo del Estándar QPS. Asignación de Planes de Mejora para revisión, análisis y seguimiento a cada uno de los integrantes del Equipo de Trabajo del Estándar QPS.
	q) Continuar las actividades para mejorar las condiciones de seguridad interna del Hospital e identificar los riesgos internos y externos para fortalecer la capacidad de respuesta de la institución ante la presentación de desastres.		<ul style="list-style-type: none"> Revisión de la información en la que respecta a los 5 riesgos universales y 14 institucionales existentes. Con el desarrollo de simulacros, capacitación al personal y difusión de información. 		<ul style="list-style-type: none"> 11 cursos del Plan Maestro de Atención a riesgos institucionales. Curso: "Uso y manejo de extintores e hidrantes". Se supervisaron los trabajos de mantenimiento a los equipos contra incendio de almacenes y bodegas. Se realizó prueba a 3 equipos en almacén de varios y archivo de concentración. Capacitación a brigadistas. Se mantiene informado al CEVOED sobre la existencia diaria en todos los turnos. Se realizaron 2 simulacros uno de gabinete con hipótesis de sismo y otro celebrado el 19 de septiembre en conmemoración con los sismos de 1985. 		<ul style="list-style-type: none"> Se impartieron 11 cursos del Plan Maestro de Atención a riesgos institucionales, capacitándose 279 personas del HJM. Se impartió el curso: "Uso y manejo de extintores e hidrantes", con una asistencia de 140 personas. Se supervisaron los trabajos de mantenimiento a los equipos contra incendio de almacenes y bodegas, con un total de 40 extintores tipo granada. Se realizó prueba a 3 equipos en almacén de varios y archivo de concentración. Capacitación a brigadistas en "Técnicas de búsqueda y rescate y manejo de heridos" realizando prácticas de acondicionamiento físico general, con el fin de que se encuentren en condiciones de atender emergencias. Se mantiene informado al CEVOED sobre la existencia diaria en todos los turnos de camas y hemocomponentes. Se realizaron 2 simulacros uno de gabinete con hipótesis de sismo y otro celebrado el 19 de septiembre en conmemoración con los sismos de 1985
	r) Coordinar y dar seguimiento de las actividades de los diferentes Comités institucionales de: <ul style="list-style-type: none"> Calidad y seguridad para el paciente Morbimortalidad Morbimortalidad perinatal Mortalidad materna Guías de práctica clínica Infecciones nosocomiales Para la prevención del VIH-SIDA medicina transfusional bioética ética en la investigación farmacia terapéutica certificación hospitalaria Seguimiento del expediente clínico Auditoría clínica Así como de los Subcomités de: <ul style="list-style-type: none"> Antimicrobianos Peticiones ciudadanas, sugerencias y reconocimientos 		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de una sesión para la generación de actividades de coordinación intercomité; en la cual, se generaron 4 acuerdos y se tiene un cumplimiento en su seguimiento del 80%. Recopilación de las Políticas y lineamientos de los comités para su revisión, aprobación y publicación por COMERI. Distribución de formatos de uso frecuente en los comités hospitalarios: Reinstalación, nombramiento y reporte de acuerdos. 		<p>Acuerdos generados en el tercer trimestre: Recopilación de las Políticas y Lineamientos de los comités.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Recopilación de políticas y lineamientos de los comités Recopilación de minutas, acuerdos, listas de asistencias de los comités. El Comité de Investigación realizó 4 sesiones estableciendo 14 acuerdos, el Comité de Ética en Investigación, realizó 3 sesiones, estableciendo 3 acuerdos, el Comité de Farmacia Hospitalaria realizó 1 sesión, no se establecieron acuerdos, el Comité de Bioética realizó una sesión, estableciendo 1 sesión, el Comité (CODECIN) realizó 3 sesiones, estableciendo 5 acuerdos, el Comité de Medicina Transfusional realizó 3 sesiones, estableciendo 9 acuerdos. El Subcomité de Antimicrobianos realizó 4 sesiones, estableciendo 13 acuerdos. Del Comité de Certificación Hospitalaria se han realizado 2 sesiones, con un total de 5 acuerdos. El Comité de Guías de Práctica Clínica ha realizado 8 sesiones y 8 acuerdos; el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, ha realizado 3 sesiones y 7 acuerdos.

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

4.- Fortalecer la cartera de programas y proyectos de inversión.

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
4.1 Diagnosticar las necesidades por áreas y servicios (trabajo conjunto con el departamento de biomédica)		50%	0% • Sin avance	0% • Sin avance	0% • Sin avance	0% • No fue posible definir las estrategias para poder diagnosticar las necesidades por áreas y servicio, debido a la falta de recursos (humanos, materiales y económicos).	
4.2 Elaborar PPIs prioritarios de acuerdo a normatividad		50%	0% • Se tiene considerado un proyecto "Programa de inversión para adquisición de equipo médico", el cual esta pendiente desde el año anterior.	0% • No se ha podido realizar el "Proyecto de Inversión para adquisición de equipo médico 2014", por falta de autorización de recursos por parte de la SHCP.	0% • No se ha podido realizar el "Proyecto de Inversión para adquisición de equipo médico 2014", por falta de autorización de recursos por parte de la SHCP. • Se incorpora el "Programa de adquisiciones de instrumental quirúrgico para las Unidades de Quirófanos 2014". • Se incorpora el "Programa de adquisiciones de Equipo Médico para la Unidad de Radiodiagnóstico e Imagen 2014"	0% • Se ejerció el "Programa de adquisiciones de instrumental quirúrgico para las Unidades de Quirófanos 2014", con un Importe Ejercido de 3,300,650.89 al 100% • Se ejerció el "Programa de adquisiciones de Equipo Médico para la Unidad de Radiodiagnóstico e Imagen 2014", con un Importe Ejercido de 20,846,476.00 al 100% • No se fue posible realizar el Proyecto de Inversión para adquisición de equipo médico 2014, por falta de autorización de recursos por parte de la SHCP.	• Licitación, documentos y facturas que avalan las transacciones me

DIRECCION MEDICA
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES PT 2014 HJM

5.-Coadyuvar al control de emergencias en salud

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES y sus responsables	PONDERACIÓN	AVANCE TRIMESTRAL Y COMENTARIOS				LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS Y DOCUMENTADAS
			1er. TRIM	2o. TRIM	3er. TRIM	4o. TRIM	
5.1 Actualizar el plan hospitalario de atención a las emergencias en salud		15%	4%	8%	12%		a) Plan hospitalario para la respuesta ante una emergencia en salud, del Hospital Juárez de México.
	• Se cuenta con un del Plan hospitalario de atención a emergencias en salud, actualizado en el mes de febrero 2014.			• Revisión del Plan hospitalario de atención a emergencias en salud, en el mes de junio 2014.	• Se ha incluido en el Plan hospitalario de atención a emergencias en salud, la Enfermedad por el virus del Ebola como una posibilidad de emergencia en salud.	Se diseñó un programa de capacitación de manejo de pacientes con ébola, la capacitación por parte de la CCINSHAE se concretó a finales de 2014. Difusión: Se llevó a cabo una sesión general con carácter informativa sobre el plan hospitalario de emergencia por ébola, misma que se repitió en todos los turnos	
5.2 Difundir a la comunidad hospitalaria dicho plan		15%	4%	8%	12%	15%	
	• Aún no se tiene establecida la metodología para la difusión de dicho plan.			• Difusión del Plan Hospitalario.	• Se continua con la difusión del Plan Hospitalario.	• Se difundio el Plan Hospitalario.	
5.3 Capacitar personal específico de las áreas hospitalarias para la atención de las emergencias en salud		60%	15%	30%	45%	60%	
	• Se están definiendo los servicios específicos y estratégicos, para iniciar su capacitación de acuerdo el plan de emergencias en salud.			• Se tiene un programa de capacitación, Mismo que se tiene programado para inicios de diciembre.	• Se tiene un programa de capacitación, Mismo que se tiene programado para inicios de diciembre.	• Se tiene un programa de capacitación, Mismo que dará inicio en el 2015.	
5.4 Promover la realización de un simulacro de atención masiva de víctimas.		10%	2.5%	5.0%	5.0%	5.0%	
	• Se están definiendo las estrategias para poder realizar un simulacro de atención masiva de víctimas.			• Continúa en proceso de definición de estrategias para poder realizar un simulacro de atención masiva de víctimas.	• No fue posible definir las estrategias para poder realizar un simulacro de atención masiva de víctimas.	• Estrategia no alcanzada	

Avances del Programa de Trabajo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

Durante el 2014, la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria implementó diversas estrategias y líneas de acción, que tienen como objetivo principal, el fortalecimiento de la cultura de la calidad y seguridad para el paciente en el Hospital, Estableciendo un modelo de gestión de la calidad estructurado en los estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se mejoraron los procesos de atención médico quirúrgica, se desarrollaron e implementaron 42 propuestas de planes de mejora, los que se aplican en los servicios de la institución, de los cuales seis son enfocados en Metas Internacionales de Seguridad para el Paciente, 26 en el aspecto clínico y 10 en enfoque de gestión.

Se realizaron tres cursos-taller de mejora de los procesos, dos cursos de mapeo y optimización de procesos, en los que se elaboraron 13 nuevos proyectos de mejora, los cuales se encuentran en proceso de implementación, en el programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, se registraron 64 propuestas de planes de mejora, mismas que se encuentran en revisión para lo cual se han impartido 256 asesorías.

Se estandarizaron los procesos de atención médico quirúrgica, para la mejora de la calidad, mediante la aplicación de Guías de Práctica Clínica.

Se desarrollaron e implementaron abordajes de diagnósticos y terapéuticos, basados en evidencias, mediante la revisión, elaboración y aplicación de protocolos y/o Guías de Práctica Clínica (GPC).

Se reinstaló el Comité de Guías de Práctica Clínica, que en sesiones de trabajo con el personal de salud, revisa, coadyuva en la elaboración, difusión y fortalecimiento del apego a protocolos o guías de práctica clínica evaluando a los diferentes servicios del Hospital, como se registra en la siguiente tabla que determina el porcentaje de apego por divisiones en la institución.

Divisiones	Número de Servicios	Cumplimiento por servicio	% Cumplimiento
División De Cirugía	18	16	88
División de Ginecología y Obstetricia	3	3	100
División de Medicina	18	16	88
División de Medicina Crítica	4	3	75
División de Pediatría	5	5	98
Total	48	44	92

En sesiones de trabajo, en colaboración con el personal operativo en el Comité se generaron, los siguientes protocolos y adaptación de Guías de Práctica Clínica:

1. Diagnóstico y tratamiento de la nefropatía lupica en pacientes pediátricos.
2. Protocolo de manejo de neumonías comunitarias en niños.
3. Guía de práctica clínica de manejo de la hiperglicemia en el paciente no crítico hospitalizado y prevención de hipoglicemia.
4. Protocolo para la nefro-prevención en niños.
5. Se encuentran en revisión cinco guías de práctica clínica.

Se realizaron 140 visitas a los servicios con la finalidad del supervisar y darles seguimiento al apego y difusión de las GPC.

Se programó una reunión con jefes de las divisiones, estableciendo el acuerdo de implementar estrategias para el seguimiento adecuado del apego a las GPC por los diferentes servicios.

Se diseñó un formato para registrar la difusión y el apego de GPC, el cual se utiliza como evidencia en la revisión de los expedientes clínicos.

En once sesiones, se establecieron diez acuerdos los cuales se cumplieron al 100% Se integró personal de enfermería para formar parte del comité de Guías de Práctica Clínica.

En lo referente al tema de auditorias clínicas, para mejorar la infraestructura y los procesos.

Para establecer un control permanente de los procesos asistenciales y evaluar la operatividad en los servicios se realizaron evaluaciones integrales, se ejecutan auditorias clínicas, para determinar áreas de oportunidad con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad del usuario. Se realizaron nueve auditorías a servicios clínicos, así como el avance de los planes de mejora implementados, como se describe en la siguiente tabla.

Tipo de auditoría	No.	Servicio	Porcentaje de avance en planes de mejora
Interna (infraestructura y procesos)	1	Oncología	10
	4	Unidad toco quirúrgica	95
	1	Código mater urgencias ginecología, 4° piso hospitalización	95
	1	Unidad quirúrgica	70
Colaboración con el OIC en auditorías internas para mejora de la gestión	1	Urgencias adultos – metas internacionales en seguridad del paciente (MISP)	92
	1	Urgencias adultos-Manejo y uso de medicamentos (MMU)	90
Total	9		

En lo referente al avance en el servicio de Oncología, se reportó solo la modificación en la infraestructura, a consecuencia de que se agregó un consultorio en la consulta externa.

En la Unidad de Toco-cirugía se incrementó el equipamiento médico al integrar al servicio 6 bombas de infusión de doble canal, seis monitores, colocación de señalizaciones en el área para delimitarla y facilitar su acceso al personal, se instalaron tomas complementarias de oxígeno, se instaló alarma de activación para código mater en la institución para la atención multidisciplinaria de la emergencia obstétrica.

En el servicio de urgencias adultos se implementó un programa de capacitación en metas internacionales de seguridad para el paciente y en buenas prácticas en la prescripción para mejorar la seguridad del paciente.

En la Unidad Quirúrgica se determinó el incumplimiento del programa de Cirugía Segura, consecuentemente se implementó e impartió un programa de capacitación para mejorar el conocimiento, la consolidación y sistematización del programa, capacitando a 540 personas para mejorar el apego.

Comités institucionales. Como parte importante de la Infraestructura para la gestión de la calidad en la institución, actualmente el Hospital cuenta con 16 comités como parte fundamental de la infraestructura necesaria para la gestión de la calidad, coordinados por el Comité de Calidad y Seguridad para el paciente (COCASEP), se realizaron 152 sesiones, de las cuales se efectuaron cinco sesiones intercomités, para resolver problemas de calidad y seguridad para el paciente, de los diferentes servicios del Hospital.

Se estandarizaron formatos para minutas, actas y reportes anuales de productividad, los que se han distribuido a cada comité para su utilización. Se efectuaron reuniones de trabajo para la elaboración de políticas para función de los comités, siguiendo lineamientos establecidos por el COMERI para su elaboración y que posteriormente son revisadas y autorizadas por el comité mencionado.

En lo referente al Aval Ciudadano, las acciones desarrolladas fueron las siguientes:

- Se incorporó a la ciudadanía para la mejora de la calidad en los servicios.
- Se realizó verificación física y documental por parte de aval ciudadano del seguimiento de compromisos comprendidos en la primera y segunda carta compromiso, realizándose un informe donde se puntualizaron los compromisos pendientes y sugerencias.
- Se realizaron tres mediciones cuatrimestrales, se firmaron tres cartas compromisos alcanzando la meta del 100%, se realizaron tres informes de cumplimiento y seguimiento por los servicios involucrados, se incorporó un grupo de 8 personas como nuevos avales para la institución, capacitados por la Unidad de Gestión de la Calidad para el mejor desempeño de sus funciones.

- Con la finalidad de mejorar el trato digno al usuario, se diseñó un curso de sensibilización y trato digno, capacitando a 817 trabajadores de la Institución; 192 del área médica, 64 de servicios de apoyo a la atención del paciente, 461 enfermeras, 35 personas del área administrativa y 65 personas de seguridad y vigilancia.

Con relación al tema de Participación Ciudadana. Se fortaleció la participación Ciudadana para el mejoramiento de la Gestión Institucional, derivado del plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 del Gobierno de la República, del programa para un Gobierno Cercano y Moderno y la guía anual de Acciones de Participación Ciudadana 2014, emitida por la Secretaría de la Función Pública.

Se realizaron las siguientes acciones:

- Se Integró un grupo de actores sociales conformado por directores y administradores de hospitales, de Universidades públicas y privadas y Jefes Delegacionales.
- Propuesta de tres procesos sustantivos para su análisis y propuestas de mejora por los actores sociales.
- Realización del ejercicio de participación ciudadana de la cual se derivaron un total de 14 propuestas para el mejoramiento de la gestión los procesos abordados.
- Se realizaron dos sesiones de trabajo para dar cumplimiento a los compromisos establecidos a partir de las propuestas ciudadanas.

Por lo que corresponde a Eventos Adversos. Se fortaleció la cultura de la seguridad para el paciente en la Institución y se desarrollaron las siguientes actividades: con el objetivo fundamental de favorecer el reporte del evento adverso y; consecuentemente, realizar el análisis para determinar las causas, y poder establecer las recomendaciones, planes o programas con la finalidad de prevenir su presentación y mejorar la seguridad para el paciente en su paso por los servicios de atención médica.

1. Implementación y establecimiento del observatorio del evento adverso, para la recepción del reporte, su análisis tanto estadístico como de causa raíz, para poder emitir recomendaciones y evitar su presentación.
2. Diseño e Instalación en Intranet de herramienta automatizada para el reporte del evento adverso.
3. Capacitación sobre las definiciones operacionales del evento adverso, y conocimiento y utilización del sistema automatizado para la notificación del mismo, 749 personas.
4. Implementación y aplicación de planes de mejora, elaborados por el personal operativo, relacionados con la seguridad para el paciente, 42 proyectos de mejora supervisados por un grupo multidisciplinario del personal de salud.

Con respecto a la Gestión y Seguridad de las Instalaciones. Se realizaron actividades dirigida al fortalecimiento de la organización y funcionamiento de la Institución en protección

civil que se sustentó en la autoprotección y en un enfoque de gestión integral de riesgos, desarrollándose las siguientes acciones:

1. Se Identificaron y evaluaron los riesgos institucionales como sustento para la implementación de medidas de prevención y mitigación.
 - Se detectaron los riesgos en la organización y se integró el catálogo institucional de riesgos en materia de seguridad, utilizando como herramienta la metodología específica para la administración de riesgos; se determinaron 12 riesgos relacionados con procesos y 8 riesgos relacionados con infraestructura, determinándose su severidad, las acciones o alternativas de solución. Las áreas responsables para su gestión y las actividades de seguimiento y control.
2. Promoción de una cultura de responsabilidad dirigida a la protección civil con énfasis en la prevención y autoprotección respecto de los riesgos y peligros que representan los agentes perturbadores y la vulnerabilidad de la organización.
 - Se impartieron un total de 41 cursos, con temas relacionados en protección civil, capacitando 841 personas, 110% más con respecto al año 2013.
 - Implementación y ejecución de simulacros: se realizaron un total de seis simulacros; dos de robo de infante, (código rosa), cuatro de sismo, (código azul).
 - Capacitación e incremento en el número de brigadistas, en los diferentes turnos total de 65 brigadistas, 15% más que el año anterior.
 - Actualización del plan contra incendios en la institución.
 - Cumplimiento con las necesidades de supervisión, mantenimiento y recarga de los equipos contra incendios; extintores y granadas,
 - Mantenimiento y actualización de pruebas hidrostáticas de los hidrantes.
 - Actualización de mapas, rutas de evacuación y salidas de emergencia.
 - Campañas de concientización en todos los cursos para prevenir los riesgos relacionados con incendio.

Concentrado de actividades realizadas por la unidad de protección civil 2014

Actividades	Total
Sesiones de capacitación en materia de protección civil	41
Sesiones teórico prácticas para el uso y manejo de extintores e hidrantes	62
Capacitación al personal de seguridad y vigilancia en Códigos de riesgos y trato digno al usuario	230 (personas)
Sesiones de capacitación y actualización para brigadistas	13
Simulacros realizados en la institución	6
Reportes ingresados al Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres (CVOED)	246

Presupuesto Basado en Resultados, Cumplimiento de Metas Institucionales 2014. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2014 del Programa Presupuestal E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud”.

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

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMAD A	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD							
PROPÓSITO (32)	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría (2)	94.0	94.0	95.5	1.6	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 1.6% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría, con respecto a la meta programada de 94.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original se debió principalmente a diversos factores como: la disponibilidad de una plantilla médica completa con más de 50 especialidades, medicamentos e insumos suficientes, así como de equipos modernos para el diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes. Lo que permite a los servicios hospitalarios brindar una atención oportuna, eficaz, eficiente e integral a los pacientes
	V:1 Número de egresos hospitalarios por mejoría en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	16,430	16,430	17,016			
	V:2 Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo de reporte X 100	17,480	17,480	17,825			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, cumpliendo con la misión Institucional, logrando que los pacientes recuperen su salud con menores costos y puedan ser reintegrados a la sociedad productivamente. OTROS MOTIVOS:
PROPÓSITO (33)	Porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida (3)	85.0	85.0	90.9	6.9	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 6.9% en el porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida, con respecto a la meta programada de 85.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, obedece a la modificación de la metodología para el análisis estadístico y estructuración relacionado al número de preguntas que se realizan al usuario externo, que actualmente consta de 19 ítems, los cuales se analizan de manera global en un sistema automatizado para obtener un porcentaje de satisfacción más significativo y real, al contemplar el análisis estadístico global de toda las encuestas aplicadas en Hospitalización, Consulta externa y Urgencias.
	V:1 Número de usuarios satisfechos con los servicios prestados	391	391	418			
	V:2 Total de usuarios encuestados X 100	460	460	460			EFECTOS: Los principales efectos que se producen por la variación registrada, permiten evaluar integralmente la atención brindada en la institución. OTROS MOTIVOS:

PROPÓSITO (34)	Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios) (4)	3.1	3.1	3.8	22.6	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 22.6%, en la tasa de infecciones nosocomiales, con respecto a la meta programada de 3.1, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, obedece a que se fortaleció la vigilancia epidemiológica activa con la integración de dos recursos humanos: El primero de enfermería, el cual permitió mejorar la detección de pacientes infectados, y el segundo un verificador sanitario, quien realizó actividades de supervisión, fortaleciendo así al equipo de control de infecciones del Hospital.
	V:1 Número de casos (o episodios) de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	540	540	671			EFECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Al contar con dos recursos humanos más para la detección de los casos, se tiene un conocimiento más confiable sobre el número real de infecciones asociadas a la atención en salud que ocurren en el Hospital, permitiendo dirigir las actividades de forma específica para el control y prevención de los factores asociados a la ocurrencia de las mismas. Al tener un conocimiento más exacto de las infecciones nosocomiales, se fortalece el Programa de Control de Infecciones con acciones más específicas, originando una reducción de costos durante la atención de pacientes infectados.
	V:2 Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo de reporte X 100	17,480	17,480	17,825			
COMPONENTE (35)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la Norma SSA 004 (5)	80.0	80.0	82.3	2.9	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 2.9% en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la Norma SSA 004, con respecto a la meta programada de 80%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que el Comité del Expediente Clínico conjuntamente con los jefes de servicio, revisaron 124 expedientes más con relación a la meta programada de 400. Además, 111 expedientes más lograron satisfacer los criterios institucionales, con respecto a los 320 expedientes programados.
	V:1 Número de expedientes clínicos revisados que satisfacen los criterios institucionales para dar cumplimiento a la NOM 004	320	320	431			EFECTO: Se realizaron las metas de acuerdo a lo programado, debido al aumento en el número de expedientes revisados derivado de una mayor la participación de las áreas. OTROS MOTIVOS:
	V:2 Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional X 100	400	400	524			
COMPONENTE (36)	Porcentaje de sesiones de terapia realizadas respecto a programadas (6)	93.3	93.3	101.8	9.1	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 9.1% en el porcentaje de sesiones de terapia realizadas con relación a la meta programada de 93.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento de color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que se realizaron 3,118 sesiones de terapia más; derivado de la implementación del programa integral de sesiones, además de contar con suficientes recursos humanos de nivel técnico que realizan su servicio social.
	V:1 Número de sesiones de terapia realizadas en el periodo	160,603	160,603	175,254			EFECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: concluir los tratamientos de diversos padecimientos con la fase rehabilitadora, sobre todo del sistema locomotor y neurológico. OTROS MOTIVOS:
	V:2 Número de sesiones de terapia programadas en el periodo X 100	172,136	172,136	172,136			

COMPONENTE E (37)	Proporción de cirugías de corta estancia (7)	19.3	19.3	26.0	34.7	ROJO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 34.7% en la proporción de cirugías de corta estancia, con respecto a la meta programada de 19.3%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo. La variación del indicador respecto a la programación original se debió a una mayor demanda en las cirugías de corta estancia que se realizan fuera de los quirófanos centrales, sobre todo en la consulta externa y en quirófanos periféricos. Asimismo, se implementó el programa para la optimización de tiempos quirúrgicos en quirófano central, logrando iniciar oportunamente las cirugías y con ello reducir los tiempos de espera entre éstas.
	V:1 Número de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas en el periodo	2,650	2,650	3,663			EFEECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Se brinda una atención oportuna a los pacientes con padecimientos que no requieren de hospitalización, y se soluciona con procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
	V:2 Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el periodo x 100	13,700	13,700	14,095			OTROS MOTIVOS:
COMPONENTE E (38)	Ocupación hospitalaria (8)	78.0	78.0	82.8	6.2	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 6.2% en el porcentaje de ocupación hospitalaria, con respecto a la meta programada de 78%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a una mayor demanda en los servicios de hospitalización, sobre todo para la resolución de padecimientos complejos o graves, procedentes de los servicios de urgencias y de la consulta externa.
	V:1 Días paciente durante el periodo	111,893	111,893	118,709			EFEECTO: El principal efecto que se produce por la variación registrada es la satisfacción del usuario al recibir la atención adecuada en hospitalización, ya que la Institución tiene como misión que los pacientes recuperen su salud y puedan ser reintegrados a la sociedad productivamente.
	V:2 Días cama durante el periodo x 100	143,445	143,445	143,445			OTROS MOTIVOS: Con el propósito de resolver la demanda del servicio de Oncología y de resolver el ingreso de los pacientes que se internan para recibir quimioterapia, se hicieron reajustes en las camas hospitalarias del servicio de Ginecología para utilizar un cubículo y de esta manera agilizar el ingreso de pacientes.
ACTIVIDAD (39)	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa (9)	96.2	96.2	96.9	0.7	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo reportado tuvo un cumplimiento superior en un 0.7% en el porcentaje de recetas surtidas en forma completa, respecto a la meta programada de 96.2%, que lo sitúa en el semáforo de color verde. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a las medidas preventivas implementadas por los departamentos de abastecimiento y almacenes del Hospital, que permitió determinar las cantidades adecuadas de insumos incorporados en licitación para atender el abasto de medicamentos con mayor demanda. Además, de que se recibió una reasignación de recursos financieros que aumentó la capacidad de adquisición para el último trimestre del ejercicio 2014.
	V:1 Número de solicitudes o prescripciones de medicamentos para pacientes hospitalizados surtidas en forma completa	6,832	6,832	5,743			EFEECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada fueron contar con los insumos necesarios para cubrir las prescripciones de medicamentos para pacientes hospitalizados en forma completa y oportuna, a pesar de no haber alcanzado la meta programada.
	V:2 Total de solicitudes o prescripciones de medicamentos realizadas en el periodo para pacientes hospitalizados x 100	7,100	7,100	5,924			OTROS MOTIVOS:

ACTIVIDAD (40)	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica inferior a 4 (10)	98.4	98.4	99.3	0.9	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento superior en un 0.9% en el porcentaje de pacientes con clasificación inferior a 4, respecto a la meta programada de 98.4%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a una adecuada aplicación de los estudios socioeconómicos realizados a los pacientes por parte de las trabajadoras sociales.
	V:1 Número de pacientes identificados en el periodo con clasificación socioeconómica inferior a 4	17,577	17,577	16,853			EFECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: a pesar de no alcanzarse las metas programadas, el Hospital cumplió con el objetivo de atender a la población usuaria de acuerdo a las normas y políticas institucionales con el mantenimiento de un enfoque social, brindando apoyo a la población más desprotegida.
	V:2 Pacientes con estudios socioeconómicos realizados en el periodo X 100	17,860	17,860	16,974			
ACTIVIDAD (41)	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa (11)	1,068.5	1,068.5	1,076.4	0.7	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 0.7% en el promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa, respecto a la meta programada, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se otorgaron 1,556 consultas más con relación a las programadas, debido a la incorporación de un médico en Preconsulta, a la ampliación del área física de los servicios de Alergia y Gastroenterología y a la optimización de los tiempos de espera, lo que permitió atender un mayor número de pacientes.
	V:1 Número de consultas externas otorgadas en el periodo (días laborables)	210,500	210,500	212,056			EFECTO: Se cumplieron los objetivos y las metas propuestas debido a la labor médica en la consulta externa, lo que representa un efecto positivo en la imagen del Hospital frente a la población usuaria.
	V:2 Número de médicos adscritos a los servicios de consulta externa en contacto con el paciente	197	197	197			
ACTIVIDAD (42)	Ingresos hospitalarios programados (12)	48.0	48.0	50.5	5.2	AMARILLO	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 5.2%, de ingresos hospitalarios programados, respecto a la meta programa de 48.0%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió a que los ingresos programados fueron superiores en un 6.3% a los proyectados en el periodo. Esto derivado de la propia demanda de la población usuaria, sobre todo por la complejidad de los padecimientos crónicos atendidos en la Consulta Externa que requieren frecuentemente la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos.
	V:1 Ingresos hospitalarios programados	8,490	8,490	9,029			EFECTO: Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: Una mayor eficiencia de los servicios médicos otorgados a los usuarios, dado que el Hospital cuenta con la infraestructura, insumos y medicamentos necesarios para la atención hospitalaria, cubriendo los requerimientos de los pacientes durante su estancia.
	V:2 Total de ingresos hospitalarios x 100	17,680	17,680	17,869			

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			
	2013			2014			2013		2014	
	Autorizado	Modificado	Ejercido	Autorizado	Modificado	Ejercido	Captados	Ejercidos	Captados	Ejercidos
1000	790,410	726,065	726,065	847,310	778,845	778,082	0	0	0	0
2000	187,414	253,764	253,764	193,014	285,333	285,333	104,261	104,261	109,519	109,519
3000	83,021	72,220	72,220	78,678	84,408	84,408	98,531	98,531	98,066	98,066
4000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5000	0	0	0	0	20,846	20,846	3,521	3,521	3,301	3,301
6000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7000	100	100	100	100	90	90	0	0	0	0
Total	1,060,945	1,052,149	1,052,149	1,119,102	1,169,522	1,168,759	206,313	206,313	210,886	210,886

Comportamiento presupuestal.

Para el ejercicio de 2014, se contempló un presupuesto modificado para el Hospital de \$1,380,408 miles de pesos, integrado por los recursos federales e ingresos propios, ejerciéndose para su operación un total de \$1,379,645 miles de pesos, que representa el 99.9%.

El presupuesto ejercido de \$1,379,645 miles de pesos, corresponde a presupuesto pagado, quedando una disponibilidad de \$763 miles de pesos por efectos de adecuación a nivel central pendientes de realizar, que corresponde a gasto de operación distribuidos en el capítulo 1000, en relación al presupuesto modificado representa el 0.1 %.

Para el periodo del reporte enero a diciembre de 2014, se estimó captar ingresos propios (cuotas de recuperación, seguro popular y otros) por \$222,000 miles de pesos, logrando captar únicamente \$210,886 miles de pesos, que corresponde el 95% de lo estimado, esta variación se debió principalmente a la disminución en la captación de ingresos por cuotas de recuperación derivado de la aplicación del nuevo estudio socioeconómico.

Capítulo 1000 “Servicios Personales”.

Los recursos fiscales modificados ascendieron a \$778,845 miles de pesos, ejerciéndose \$778,082 miles de pesos, lo que representa el 99.9%, del presupuesto modificado.

Capítulo 2000 “Materiales y Suministros”.

Los recursos modificados ascendieron a \$394,858 miles de pesos, ejerciéndose el 100%.

Capítulo 3000 “Servicios Generales”.

Los recursos modificados ascendieron a \$182,474 miles de pesos, ejerciéndose el 100%.

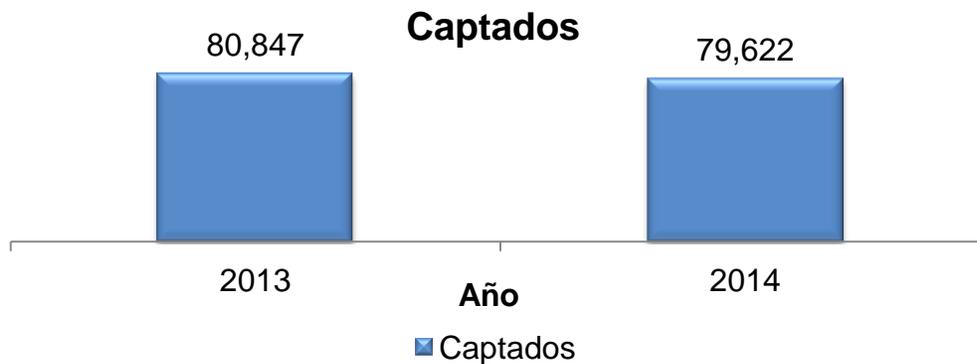
Capítulo 5000 “Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles”.

Los recursos modificados ascendieron a \$24,147 miles de pesos, ejerciéndose el 100%.

Capítulo 7000 “Otras Erogaciones”.

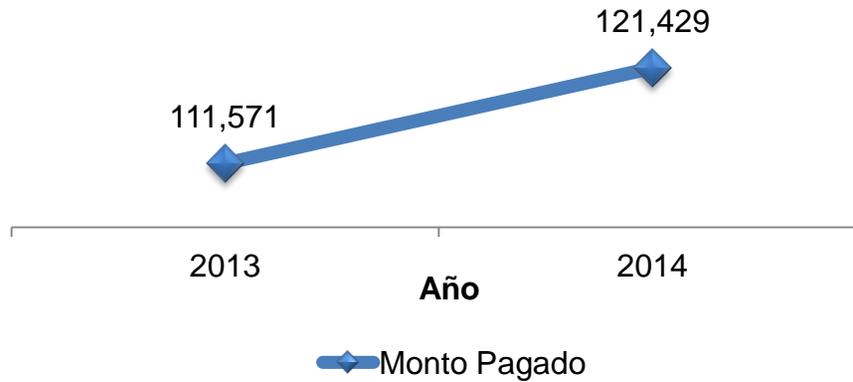
Los recursos modificados ascendieron a \$90 miles de pesos, ejerciéndose el 100%.

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



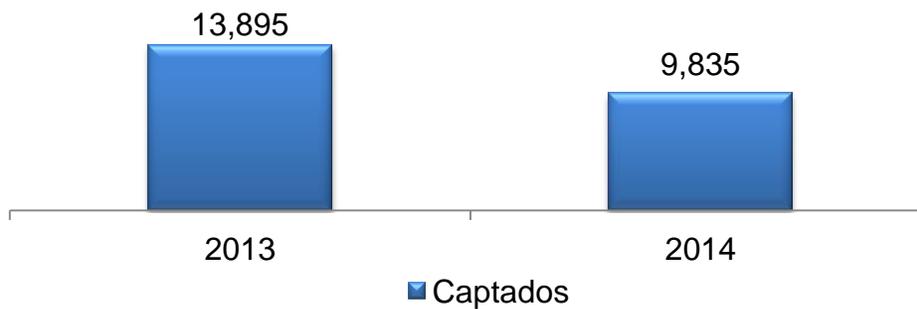
Ingresos	2013	2014	Decremento
Captados	80,847	79,622	1.51%
Ejercidos	80,847	79,622	
Cumplimiento	100%	100%	

Ingresos por Seguro Popular
Miles de Pesos



Los recursos obtenidos del Seguro Popular por el pago de casos médicos atendidos aumentaron en un 8.8%, con respecto a los ingresos pagados en el mismo periodo de 2013. Los ingresos correspondientes al ejercicio de 2014 por \$121,429 miles de pesos, se integran de la siguiente manera: \$1,025 miles de pesos ejercicio 2011, \$14,678 miles de pesos ejercicio 2012, \$52,265 miles de pesos ejercicio 2013 y \$53,461 miles de pesos ejercicio 2014.

Otros Ingresos Propios
Miles de Pesps



Ingresos	2013	2014
Captados(Sanciones, intereses y rec.Esc, de Enf.)	11,779	9,835
Fondo del tabaco	2,116	0
Total	13,895	9,835

Estados Financieros comparativos.

La información financiera que se presenta, informa cifras definitivas.

Indicadores Financieros.

Al cierre del ejercicio 2014, el Estado de Situación Financiera del Hospital muestra un índice de liquidez de \$0.62 (sesenta y dos centavos) por cada peso de adeudo y una solvencia inmediata de \$0.53 (cincuenta y tres centavos), la cual se generó por el mantenimiento en los costos de los proveedores de bienes y servicios. Asimismo, el presupuesto destinado a gasto de operación se ejerció al cien por ciento mes con mes logrando realizar el pago a proveedores de bienes y servicios en tiempo y forma.

Balance General.

Las cuentas de disponibilidad inmediata en caja, bancos y valores al periodo que se informa presentan un saldo de \$46,026 miles de pesos, recursos que serán utilizados principalmente para cubrir las obligaciones devengadas por proveedores de bienes y servicios al cierre del ejercicio 2014.

Las principales variaciones del análisis comparativo del ejercicio de 2014 contra el ejercicio de 2013, se comentan a continuación:

La disponibilidad inmediata presenta una disminución neta de \$5,449 miles de pesos derivado de los pagos realizados a los proveedores de bienes y servicios del Hospital.

Almacenes presenta un saldo de \$45,035 miles de pesos y un incremento neto de \$9,176 miles de pesos, derivado de la compra de medicamento y otros insumos requeridos para la atención de pacientes.

El total de pasivo circulante, presenta un saldo de \$73,558 miles de pesos, integrado por \$18,473 miles de pesos de proveedores de bienes y servicios, \$49,768 miles de pesos de acreedores, \$239 miles de pesos de impuestos y derechos por pagar y \$5,078 miles de pesos de otros pasivos, comparado con el ejercicio de 2013 con un saldo de \$91,472 miles de pesos, se presenta una disminución de las obligaciones de pago de \$17,913 miles de pesos, derivado de los pagos a proveedores de bienes y servicios en tiempo y forma.

El patrimonio presenta un incremento al periodo que se informa derivado de donaciones recibidas de bienes muebles y la adquisición de bienes muebles (Tomógrafo e instrumental quirúrgico).

Estado de Resultados.

El resultado del ejercicio de 2014, alcanzó un efecto negativo de \$4,028 miles de pesos, derivado principalmente por la afectación a resultados de la depreciación contable de los bienes muebles.

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

Durante el 2014, se realizaron las siguientes acciones:

1. Solicitudes de Información.

1.1. Electrónicas (INFOMEX).

Se dio cumplimiento a los artículos 25, 28 y 40 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se recibieron 156 solicitudes de información, las cuales fueron atendidas en tiempo y forma.

1.2. Tiempo de Respuesta a Solicitudes de Información

El tiempo promedio de respuesta, respecto a las solicitudes de información fue de 8.49 días.

1.3. Atención personal a solicitantes.

Se atendieron en la Unidad de Enlace a 19 usuarios, los cuales solicitaron tener acceso al Sistema de Solicitudes INFOMEX, con lo que se dio cumplimiento al artículo 40, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

2. Recursos de Revisión ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Datos Personales (IFAI).

Durante el ejercicio de 2014, fueron interpuestos 6 recursos de revisión, derivados de las solicitudes de información, no procedieron 3 ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, los cuales se tuvieron por no presentados, 2 se sobreseyeron y 1 se encuentra en proceso.

3. Actualización del Sistema Persona.

Se dio cumplimiento al artículo 23 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, informando al Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, que no se tuvo ninguna modificación o cancelación a los Sistemas de Datos Personales.

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

Se dio cumplimiento al artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, referente a las Obligaciones en Materia de Transparencia, actualizando las siguientes fracciones:

- 4.1 Fracción III.** Directorio de Servidores Públicos del Hospital Juárez de México.
- 4.2 Fracción X.** Auditorías practicadas.
- 4.3 Fracción XIII.** Contratos y Convenios Modificatorios.
- 4.4 Fracción XIV.** Marco Normativo.
- 4.5 Fracción XV.** Informes.
- 4.6 Fracción XVI.** Participación Ciudadana.

4.7 Fracción XVII. Información relevante.

5. Sesiones del Comité de Información.

El Comité de Información sesionó en 18 ocasiones, siendo 4 sesiones ordinarias y 14 extraordinarias.

6. Resoluciones del Comité de Información.

Derivado del artículo 45 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, éste Comité de Información declaró 3 ampliaciones de plazo y 11 negativas parciales por tratarse de información reservada o confidencial.

7. Evaluación de la Unidad de Enlace al primer semestre de 2014.

Se recibió del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), la evaluación de la Unidad de Enlace al primer semestre de 2014, obteniendo los siguientes resultados:

- Indicador de alineación de criterios, comportamiento de las resoluciones y su cumplimiento.-ND (no tiene información para evaluar, por lo que la ponderación de los componentes se distribuyó de forma proporcional entre los componentes que sí cuentan con información).
- Indicador de obligaciones de transparencia. 96.55
- Indicador de respuesta a solicitudes de información. 98.78
- Indicador de atención prestada por la Unidad de Enlace. 9.83

Al periodo que se informa, se está a la espera de la evaluación correspondiente al segundo semestre de 2014.

8. Reconocimiento del Hospital Juárez de México como Institución 100% capacitada en materia de Transparencia.

Se recibió el reconocimiento que emite el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), como Institución 100% capacitada en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental para el ejercicio 2013 el cuál se encuentra vigente.

Asimismo, con fecha 12 de diciembre de 2014, se solicitó al Instituto, la renovación del reconocimiento correspondiente al ejercicio 2014, por lo que el Hospital se encuentra a la espera de respuesta por parte del IFAI.

9. Red por una Cultura de Transparencia en la Administración Pública Federal (capacitación en materia de Transparencia).

Se notificó al Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), el cumplimiento al 100%, del Programa anual de capacitación en materia de Transparencia en línea, a través del CEVIFAI, capacitando a:

- 12 mandos medios de nuevo ingreso durante 2014, con el Curso de Introducción a la Ley Federal de Transparencia;
- 50 servidores públicos con mando superior, medio y personal operativo de la Unidad de Enlace, con el curso de Clasificación y Desclasificación de la Información.
- Nueve servidores públicos, de los cuales tres son integrantes del Comité de Información, cada uno de sus suplentes permanentes y el resto es personal operativo de la Unidad de Enlace con el Curso de Organización de Archivos.

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

Tipo de procedimiento de contratación	No. de procedimientos	Monto total (miles de pesos antes de I.V.A)
Licitaciones Públicas Nacionales.	15	\$154,198
Licitaciones Públicas Internacionales Bajo la Cobertura de Tratados de Libre Comercio.	7	\$159,247
Licitaciones Públicas Internacionales Abiertas.	1	\$26,109
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.	17	\$53,820
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.	33	\$29,283
Invitaciones a cuando menos tres personas (Artículo 42 y 43 de la LAASSP).	2	\$1,869
Adjudicaciones Directas (Artículo 42 de LAASSP)	1,186	\$86,588
Adjudicaciones Directas por monto realizadas por las unidades administrativas (Artículo 42 de la LAASSP)	3	\$1,703
Total	1,264	\$512,817

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.

Estos procedimientos fueron autorizados y supervisados por los Comités de apoyo, tales como: el Comité de Adquisiciones de Bienes y Servicios y Subcomité Revisor de Bases del Hospital, los cuales sesionan en forma ordinaria mensualmente, y extraordinaria según las necesidades.

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

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

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

Derivado de los Lineamientos publicados en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 2012 y la Guía de Cumplimiento 2014, emitida por la Secretaría de la Función Pública, se realizaron durante el ejercicio 2014, las siguientes acciones:

1. Transparencia

En cumplimiento al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia y Archivos (MAAGMTA), en el numeral 11 Bis y la Guía Anual de Acciones de Transparencia 2014, emitida por la Secretaría de la Función Pública, se realizaron las siguientes acciones:

1.1. Homologación de la sección de Transparencia en el portal institucional en conjunto con el área de Comunicación Social y el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), remitida a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional a través de la Secretaría de Salud, en los siguientes apartados:

- a) Normatividad.
- b) Comité de Información.
- c) Transparencia Focalizada.
- d) Indicadores de Programas Presupuestarios.
- e) Recomendaciones emitidas por la CNDH, INMUJERES y CONAPRED.
- f) Estudios y Opiniones.
- g) Rendición de cuentas.
- h) Participación Ciudadana.

1.2. Transparencia Focalizada (Información Socialmente Útil o Focalizada).

- Identificación de necesidades de información: a través de reuniones con los Jefes de División, y a través de los resultados de la Encuesta de Calidad diseñada por la Secretaría de la Función Pública y aplicada en el Hospital, fueron identificadas dichas necesidades de información, las cuales se reportaron en el anexo 1 a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional.

- Selección de información Socialmente Útil o Focalizada:
 - ✓ Los temas de Certificado de nacimiento y Prueba de Tamiz Metabólico y Auditivo, derivado de la importancia de su contenido siguen formando parte de esta sección.
 - ✓ Los temas de Fractura de antebrazo y obesidad infantil fueron sustituidos.
 - ✓ Se seleccionaron dos nuevos temas: Obesidad y Factores de riesgo para enfermedades del corazón.
 - ✓ Se recabó la información proporcionada por la División de Medicina Crítica, el servicio de Endocrinología y la Unidad de Servicios Alimenticios Hospitalarios, a fin de publicarlos en la sección de Transparencia.
 - ✓ Se remitió a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional a través de la Secretaría de Salud el anexo 2, referente a la selección y publicación de la Información Socialmente Útil.

- Análisis de temas actuales publicados: se realizaron las gestiones pertinentes en coordinación con el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT) y la Unidad de Comunicación Social, para actualizar los temas de Certificado de Nacimiento y Prueba de Tamiz Metabólico y Auditivo y se publicaron dos nuevos temas de Obesidad y Factores de riesgo para enfermedades del corazón. Asimismo, se remitió a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional a través de la Secretaría de Salud, el anexo 3 referente al análisis de los temas actualmente publicados.

- Se llevó a cabo la revisión de los cuatro temas publicados en la sección de Transparencia Focalizada, en reunión de trabajo con la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Función Pública, realizando las siguientes modificaciones: se agregó bibliografía a los temas y se modificó el formato de PDF a Word.

1.3 Actualizaciones trimestrales en la sección de Transparencia del Portal Institucional y se remitió la actividad No. 5 a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional, a través de la Secretaría de Salud, en los siguientes apartados:

- a) Transparencia.
- b) Normatividad.
- c) Comité de Información.
- d) Transparencia Focalizada.

- e) Indicadores de Programas Presupuestarios: se actualizó en coordinación con el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIMEIT), de conformidad con las indicaciones de la Secretaría de la Función Pública a través de la Secretaría de Salud.
- f) Recomendaciones dirigidas al Hospital.
- g) Estudios y Opiniones.
- h) Rendición de Cuentas.
- i) Participación Ciudadana.

1.4 Difusión de la Información Socialmente Útil o Focalizada: fueron elaborados carteles en coordinación con el área de Comunicación Social sobre los temas de certificado médico, prueba de Tamiz Metabólico y Auditivo, Obesidad y Factores de riesgo para enfermedades del corazón, se elaboraron dípticos sobre Transparencia Focalizada y se realizó difusión a través de oficios circulares para el personal del Hospital sobre Información Socialmente Útil o Focalizada.

1.5 Evaluación final emitida por la Secretaría de la Función Pública: el Hospital obtuvo la calificación de 100.

2. 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).

2.1. Quejas Recibidas.

Se recibieron 2 quejas, de las cuales una se atendió sin que se emitiera recomendación alguna, toda vez que el Comité de Ética de los servidores públicos se declaró incompetente para pronunciarse, derivado de su contenido que no contiene conductas contrarias a los Códigos de Ética y Conducta del Hospital y la segunda se encuentra en seguimiento.

2.2 Programa Anual de Trabajo (PAT 2014).

Se aprobó y remitió a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional de la Secretaría de la Función Pública con visto bueno del Órgano Interno de Control, el Programa de Trabajo del Comité de Ética (PAT 2014).

2.3 Sesiones del Comité de Ética.

El Comité de Ética sesionó en cinco ocasiones, teniendo cuatro sesiones ordinarias y una sesión extraordinaria.

2.4 Existencia y Funcionamiento del Comité de Ética

Se llevó a cabo la acción 6 de la Guía 2014, en la cual se solicita informar a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional sobre la existencia y funcionamiento del Comité de Ética del Hospital Juárez de México.

2.5 Revisión de los Códigos de Ética y Conducta.

Se llevó a cabo la revisión anual de los Códigos de Ética y Conducta del Hospital, los cuales quedaron sin movimiento y vigentes para el ejercicio 2014. Por lo que se remitió en tiempo y forma la actividad No.1 a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional de la Secretaría de la Función Pública.

2.6 Difusión de los Códigos de Ética y Conducta.

Se realizó la difusión de los Códigos de Ética y Conducta, a través de:

- ✓ Portal Institucional.
- ✓ Portal de Intranet.
- ✓ Portal de Obligaciones de Transparencia del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.
- ✓ Carteles.
- ✓ Dípticos.
- ✓ Correos electrónicos a mandos superiores y medios.
- ✓ Circular.
- ✓ Leyendas en comprobantes de Percepciones y descuentos de los trabajadores.
- ✓ Publicaciones en redes sociales como *Facebook* y *Twitter*
- ✓ Gaceta Institucional.

2.7. Buzón de Quejas por actos contrarios a la ética e integridad.

Se implementó el Buzón de Quejas, a través de la página de intranet en coordinación con el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT) y se solicitó a la Unidad de Comunicación Social, la creación de carteles para difundirlo.

2.8. Convocatoria para la elección de nuevos miembros del Comité de Ética de los servidores públicos.

Se solicitó a la Unidad de Comunicación Social la creación de carteles para la convocatoria, misma que se difundieron durante octubre de 2014, de conformidad con los plazos establecidos en el Programa de Trabajo. Sin embargo, no se recibieron propuestas para formar parte de este Comité, por lo que se procedió a reinstalar a los miembros actuales para el ejercicio 2015.

2.9. Avances al Cuestionario de Auditoría Superior de la Federación.

Derivado de los compromisos de control interno institucional, en lo específico con el ambiente de control y con relación al Comité de Ética, la Auditoría Superior de la Federación dio a conocer el diagnóstico de avance, en el cuál se obtuvieron resultados favorables respecto del seguimiento al Comité de Ética, quedando pendiente el procedimiento

para evaluar el apego a los Códigos de Ética y Conducta, el cuál se encuentra en proceso de solventación.

Además, se recabaron 1,210 declaraciones de cumplimiento a los Códigos de Ética y Conducta de servidores públicos del Hospital Juárez de México.

2.10 Resultados del cumplimiento de los Códigos de Ética y Conducta, así como su publicación en el portal institucional.

A través de la aplicación de los Indicadores de cumplimiento, derivados del resultado de los reactivos de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO), se obtuvieron los resultados al grado de cumplimiento de los Códigos de Ética y de Conducta del ejercicio 2014, obteniendo un promedio de 82.58, de conformidad con las recomendaciones establecidas en la Guía de Cumplimiento de la Secretaría de la Función Pública. Dichos resultados fueron publicados en la sección “Conócenos” del portal institucional.

Cabe mencionar, que la Secretaría de la Función Pública emitió la evaluación final para el cumplimiento de la Guía 2014, obteniendo una calificación de 100.

3. Participación Ciudadana

Derivado del seguimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, se realizaron las siguientes acciones de acuerdo a la Guía Anual de Acciones de Participación Ciudadana 2014, emitida por la Secretaría de la Función Pública,

3.1. Ejercicio de Participación Ciudadana.

Derivado de la actividad 6.1.3 de la Guía Anual, se llevó a cabo y remitió a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional, el ejercicio de Participación Ciudadana, que consiste en identificar los tópicos a desarrollar en este Ejercicio, publicando la minuta de dicho ejercicio en el portal institucional.

3.2 Listado de Actores Sociales para el ejercicio de participación ciudadana.

Derivado de la actividad 6.1.2.1 de la Guía Anual, se remitió a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional, el listado de Actores Sociales y la fecha del ejercicio de Participación Ciudadana.

3.3 Avances a la Guía Anual de Acciones de Participación Ciudadana 2014.

La Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional de la Secretaría de la Función Pública, informó al Hospital, que se tiene una

calificación de 100 en el cumplimiento de la Guía, respecto de los compromisos establecidos.

3.4 Respuesta a propuestas de los actores sociales.

Derivado de la actividad 6.1.4 de la Guía anual, se dio atención a las propuestas de los actores sociales y se publicaron en la sección de Participación Ciudadana del portal institucional. Dichas acciones se reportaron a la Unidad de Políticas de Transparencia y Cooperación Internacional de la Secretaría de la Función Pública.

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. Por lo anterior se reporta un acumulado al cierre del ejercicio 2014, de 522 proveedores registrados en este programa, 171 proveedores con cuentas por pagar registradas, 5,639 documentos registrados con un monto total de \$397,454 (miles de pesos), con un plazo promedio de pago de siete días.

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

Se presenta el informe correspondiente al ejercicio 2014.

Concepto	Unidad	Consumo por unidad programado 2014	Consumo por unidad realizado 2014	Variación por unidad
Energía eléctrica	KWS	4,110,036	5,226,950	27%
Fotocopiado	COPIA	1,400,000	1,574,985	12%
Agua potable	M ³	158,000	114,014	-28%
Telefonía local	LLAMADA	250,000	218,762	-12%
Telefonía L.D.	LLAMADA	4,400	980	-78%
Gasolina	LITRO	16,000	12,174	-24%

Energía Eléctrica. Se reporta un incremento del 27% respecto a la meta programada, debido a la instalación de nuevos equipos puestos en funcionamiento tales como la resonancia magnética, tomógrafo, equipo de cómputo, refrigeración, entre otros. No obstante, se realizaron trabajos en la restauración de gabinetes para la iluminación artificial, cambio de lámparas incandescentes de 100 watts por lámparas de 28 watts y focos ahorradores de energía, estandarizando el tipo de iluminación. Se continuaron los trabajos de balanceo de cargas eléctricas en tableros de servicio normal y de emergencia, se realizó la corrección de circuitos eléctricos, monitoreo constante de los tableros eléctricos, supervisión de cada conexión realizada para evitar un mayor desbalance en las fases.

Fotocopiado. Se reporta un incremento del 12% respecto a la meta programada; se continúa con la concientización al personal sobre el uso racional del servicio y al fomento en

el uso de correo electrónico para el envío, recepción y seguimiento de oficios, así como la implementación de marcar copias de documentos de manera digital.

Agua Potable. Se reporta un ahorro del 28% respecto a la meta programada, este resultado se debió a que se realizaron trabajos para la detección de fugas de agua que fueron corregidas, cambio de empaques a hidrantes de diversas áreas, así como la reparación de tuberías.

Telefonía local. Se reporta un ahorro del 12% respecto a la meta programada, este logro se debió a la concientización efectuada al personal en el uso del servicio y al mantenimiento preventivo que se realizó al conmutador telefónico, en el cual se revisó el contador de llamadas, se dio mantenimiento preventivo al banco de baterías lo que permite asegurar la continuidad del servicio, se realiza una valoración de servicios que cuentan con líneas telefónicas y se da seguimiento a los números que presentan una constante repetición en los servicios.

Telefonía L.D. Se reporta un ahorro del 78% respecto a la meta programada, debido a la concientización efectuada al personal en el uso del servicio y la valoración que se realizó sobre las líneas de larga distancia y se procedió a la cancelación de líneas las que se consideraron innecesarias.

Gasolina. Se reporta un ahorro del 24% por debajo de la meta programada (no obstante al incremento en el costo del combustible), debido a la implementación de controles como las bitácoras para el registro de salidas de vehículos, elaboración de rutas de traslado diarias para compartir vehículos y que los traslados de personal sólo se realizan para labores oficiales.

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, se realizaron las siguientes actividades:

- Cambio del tablero eléctrico de emergencia.
- Mantenimiento correctivo a las manejadoras de aire, ventiladores, unidades condensadoras y minisplits.
- Cambio de empaques a hidrantes de diferentes áreas.
- Identificación y reparación de fugas de agua en distintas áreas del Hospital.
- Ampliación de la cámara fría.
- Restauración de gabinetes utilizados para la iluminación artificial (pintura y suministro de piezas) para su reinstalación y puesta en servicio. Al periodo que se informa se han restaurado 200 gabinetes de los 1,500 existentes.
- Cambio de lámparas T-8 de 32, T-12 de 39 y lámparas incandescentes de 100 watts por lámparas más eficientes como la T-5 de 28 watts y foco ahorrador de energía, estandarizando el tipo de iluminación a luz de día.
- Trabajos de balanceo de cargas eléctricas, liberando circuitos sobre cargados en tableros de servicio normal y de emergencia.

- Revisión de instalaciones eléctricas en diversos servicios del Hospital.
- Monitoreo en el consumo de gas L.P y detección de posibles fugas en líneas de distribución, supervisión continua en el consumo de diesel.
- Cambio de tableros eléctricos en el área de cuartos de máquinas de aire acondicionado.
- Instalación de tierra física para los equipos de Resonancia Magnética y Tomógrafo que permiten mantener el voltaje en parámetros normales.
- Cambio de tableros eléctricos subgenerales.
- Encamisado de conductores de las celdas de cimentación.

Programa Nacional de Reducción del Gasto Público.

Durante el ejercicio 2014, se realizaron las siguientes actividades descritas en archivo anexo.

Programa de Mejora de la Gestión.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 2013, el Hospital llevó a cabo las siguientes acciones durante el ejercicio 2014:

- Participó en el proceso de capacitación los días 29 y 30 de enero de 2014, impartida por la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Se llevaron a cabo reuniones de trabajo entre las áreas involucradas del Hospital para definir metas e indicadores para los años 2014 a 2018.
- Los directores General y de Administración del Hospital, mediante los oficios DG/145/2014, DA/0149/2014 y DA/0152/2014 de fecha 25 y 27 de febrero de 2014 respectivamente, notificaron a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) y Subdirección de Integración y Programación de la DGPOP, las metas comprometidas para el indicador correspondiente a “Presupuesto basado en resultados”.
- A solicitud de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), se corrigieron las metas comprometidas por el Hospital de los temas “Optimización del uso de los recursos en la APF”, “Tecnologías de la Información” y “Presupuesto basado en resultados”.
- Mediante el oficio DG/0164/2014 de fecha 4 de marzo de 2014, el Director General del Hospital, envió a la DGPOP, la versión final de las metas comprometidas.
- Se implementaron un total de 68 acciones y estrategias en temas de: Contrataciones públicas, Archivos, Inversión e Infraestructura, Mejora Regulatoria, Participación

Ciudadana, Política de transparencia, Procesos, Optimización del uso de los recursos en la APF, Recursos Humanos, Presupuesto basado en resultados, Tecnologías de la información y Acceso a la información, en cumplimiento a las Bases de Colaboración celebradas entre la Secretaría de Salud y el Hospital Juárez de México. Asimismo, el Hospital diseñó un tablero de control en el cual se establecieron 22 indicadores con metas para los años 2014 a 2018. Lo anterior, con la finalidad de cumplir oportunamente con las metas establecidas, promover la eficiencia y eficacia en la gestión pública, modernizar y mejorar en la prestación de los servicios públicos, promover la productividad en el desempeño de las funciones y reducir gastos de operación.

- El Órgano Interno de Control en el Hospital, realizó la validación de la línea base de las metas comprometidas 2014-2018 de los 22 indicadores. Asimismo, corroboró en forma selectiva la documentación que dio origen a los indicadores.
- Se dio cumplimiento en un 100% de las contrataciones públicas y en relación a tecnologías de la información, se alcanzó un 30%.
- Con fecha 27 de junio de 2014, se acudió a reunión de trabajo en la Subsecretaría de Egresos de la SHCP, con el objetivo de conocer el planteamiento del requerimiento de información formulado por la SHCP, así como el procedimiento a realizar para la entrega formal de la información sobre los avances de compromisos pactados en las Bases de Colaboración e Indicadores del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM).
- Se recibió el oficio No. DGPOP/CIRCULAR/010/2014 de fecha 4 de julio de 2014, signado por el Director General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), en el cual se formalizó el requerimiento de información para el reporte de avances del segundo trimestre de 2014; asimismo, se formalizó el formato oficial para concentrar la información correspondiente.
- Se llevó a cabo reunión de trabajo en el Hospital Juárez del Centro, el 7 de julio de 2014, con el objetivo de presentar a los responsables de los temas de las Bases de Colaboración del PGCM, dicha reunión fue convocada por la DGPOP. En la citada reunión se comunica que la información deberá de ser entregada en forma electrónica a más tardar el 11 de julio de 2014, previa validación de la información por los responsables de los temas del PGCM.
- Con el objetivo de informar detalles sobre la concentración de la información para generar el reporte de información de los avances del segundo trimestre de 2014, se realizó reunión de trabajo con las áreas involucradas del Hospital, en la cual se comunicó que el informe trimestral comprenderá los 63 compromisos pactados en las Bases de Colaboración más los siguientes 4 indicadores: Porcentaje de procedimientos de contratación competidos con posibilidad de recibir proposiciones

de manera electrónica, Porcentaje de cumplimiento de las dependencias y entidades respecto al seguimiento del ejercicio de programas y proyectos de inversión, Simplificación normativa en trámites prioritarios y Reducción de la carga administrativa al ciudadano. Dicho informe se envió el 11 de julio de 2014 por correo electrónico a la DGPOP.

- Se generó el reporte de avances al tercer trimestre de 2014, incorporándolo con fecha 13 de octubre de 2014 en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS-PGCM), previa validación de los Enlaces de la DGPOP de cada tema.
- Los días 13,14 y 15 de octubre 2014, se asistió a la capacitación impartida por la Dirección de Desarrollo Organizacional de la Secretaría de Salud, para revisar los temas relacionados a procesos y estructura orgánica.
- Con fecha 9 de enero de 2015, se registraron los avances al cuarto trimestre de 2014, de los resultados de los indicadores y compromisos pactados en las Bases de Colaboración del Programa de Gobierno Cercano y Moderno” en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS-PGCM), previa validación de los Enlaces de cada tema de la DGPOP. Asimismo, se informó al Órgano Interno de Control en el Hospital, quedando a la espera de sus comentarios. (Anexo electrónico).

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.

Sesionó de manera ordinaria en siete ocasiones, en las cuales se trataron los siguientes asuntos:

- Presentación del cuarto informe trimestral de 2013 con los resultados generales de las Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- Volumen anual de Adquisiciones, servicios y montos máximos de adjudicación 2014.
- Presentación para su revisión y, en su caso, aprobación del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAS) 2014.
- Presentación para aprobación y firma del acta correspondiente a la 8ª sesión ordinaria de 2013 del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- Contratación de mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos de la marca Zyoptix.
- Contratación de mantenimiento preventivo y correctivo a dos equipos de ultrasonido de la marca Aloka para el servicio de consulta externa y rayos X.
- Contratación del suministro de tres fuentes radiactivas de iridio 192 para el equipo de braquiterapia y calibración al momento de la instalación para el servicio de oncología.

- Excepción a licitación pública para el caso de contratación del seguro de bienes patrimoniales para el Hospital 2014.
- Presentación del primer informe trimestral de los resultados generales de las Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- Presentación para su aprobación de caso de excepción al procedimiento de licitación pública para su contratación por adjudicación directa bajo el artículo 41-I de la LAAS de mantenimiento preventivo y correctivo a dos unidades radiológicas para el servicio de radiodiagnóstico, contratación del proyecto de instalación de resonancia magnética, mantenimiento y actualización del sistema RICS y PACS, para el servicio de radiodiagnóstico y contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a equipo de la marca General Electric.
- Aprobación y firma del acta de la Segunda sesión extraordinaria.
- Presentación del segundo informe Trimestral de 2014 de los resultados generales de las Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- Presentación del tercer informe Trimestral de 2014 de los resultados generales de las Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios. Presentación para aprobación y firma del acta correspondiente en la 3 sesión extraordinaria y 5 sesión ordinaria del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

Asimismo, sesionó en tres ocasiones de manera extraordinaria, en las cuales se trataron los siguientes temas:

- Actualización a las Políticas, Bases y Lineamientos (POBALINES).
- Presentación para su aprobación de caso de excepción al procedimiento de licitación pública para la contratación por adjudicación directa bajo el artículo 41-I de la LAAS para la contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos de endoscopia y colposcopia de la marca Olympus, servicio de arrendamiento de un VideogastroscoPIO, videocolonoscoPIO y videobroncoscoPIO de la marca Pentax con la empresa Medical Scope, contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a dos unidades móviles, arco en C, radiografía y fluroscopía, ambas de la marca GMM, contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo a equipo médico de la marca Pentax, contratación del servicio de administración, mantenimiento, soporte técnico, actualización, capacitación y crecimiento tecnológico al Sistema integral de Administración de personal, para la adquisición de equipo primario para bomba de infusión de dos canales de la marca Abbott y para la adquisición de “Fuente sellada de cobalto 60, para la unidad de cobalto”.

Cabe señalar, que en cada una de las sesiones se contó con la presencia de un representante del Órgano Interno de Control.

Comité Interno para el Uso Eficiente de Energía.

Durante el ejercicio de 2014, este Comité no llevó a cabo sesiones, sin embargo se realizaron las actividades correspondientes al Programa de Trabajo Anual 2014 sobre eficiencia energética.

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

Durante el ejercicio de 2014, este Comité no llevó a cabo sesiones; sin embargo, se llevó a cabo la campaña permanente sobre el Acoso y el Hostigamiento Sexual y los medios para denunciarlo.

Control Interno Institucional.

En cumplimiento a lo establecido en el “Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno” publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010, mismo que tuvo la última reforma el 4 de mayo de 2014, los avances al cierre del ejercicio 2014 fueron los siguientes:

En el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) 2014, se determinaron 79 acciones de mejora comprometidas, integradas por 20 acciones de mejora del PTCI del ejercicio anterior, 33 acciones de mejora de la Auditoría Superior de la Federación y 26 acciones de mejora correspondientes al ejercicio de 2014, las cuales presenta el siguiente porcentaje de cumplimiento:

Elemento de control	Acción de Mejora Comprometidas	Porcentaje de cumplimiento
1.1.c	1. Difundir entre los servidores públicos y terceros relacionados, los Códigos de Ética y de Conducta, por los medios idóneos.	100
1.1.d	1. Implementar una política a efecto de que los servidores públicos realicen una declaración dirigida al Comité de Ética y de Conducta, en la que manifiesten que han cumplido y aplicado los Códigos de Ética y de Conducta, 70%. 2. Implementar una línea de denuncias anónimas, o algún otro mecanismo análogo, que apoye al Comité de Ética en la captación e investigación de actos contrarios a la ética y conducta, 100%.	85
1.1.e	1. Continuar capacitando al personal del Hospital en el curso de sensibilización en trato digno al usuario. 2. Establecer una política de actualización profesional permanente para los miembros del COCODI u Órgano Colegiado homólogo, con énfasis en finanzas públicas, auditoría de estados financieros, auditoría interna, control interno y administración de riesgos, prevención de fraude y ética e integridad, entre otros. 3. Establecer una política y un programa de capacitación y actualización para los servidores públicos con énfasis en: ética e integridad, marco legal del control interno, control interno y su evaluación, administración de riesgos, prevención, disuasión, detección y corrección de posibles actos de corrupción entre otros y autoevaluación de control interno. 4. Implantar una política general que establezca la obligación de que a los mandos medios y superiores evalúen y actualicen el control interno en sus respectivos ámbitos de competencia y establezcan los programas de trabajo conducentes a su fortalecimiento, informando de su cumplimiento.	100
1.1.f	1. Dar seguimiento a las acciones comprometidas en el Programa de Trabajo 2014 de cada área, 75%. 2. Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los	75

	indicadores de desempeño estratégico 2014 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias, 75%.	
1.1.g	1. Actualizar los Manuales de Organización y los Manuales de Procedimientos funcionales 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo.	25
1.1.h	1. Elaborar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC), mismo que deberá ajustarse conforme a las disposiciones del Acuerdo.	100
1.1.i	1. Identificar los sistemas de información relevantes y llevar a cabo la evaluación de control interno y riesgos, así como establecer los programas de trabajo necesarios para su mejoramiento continuo.	10
1.1.j	1. Establecer una política con el fin de informar periódicamente al Órgano de Gobierno y al Titular de la Institución el estado que guarda el control interno de los principales procesos sustantivos y adjetivos, alineados al logro de los objetivos y metas institucionales, así como al programa de trabajo para mantenerlo en condiciones de eficiencia y eficacia.	100
1.2.a	1. Establecer la función de administración general de riesgos, la cual dependa directamente del Titular con la supervisión del órgano colegiado correspondiente (comité de auditoría y/o riesgos) con el fin de que se establezcan las políticas, lineamientos y metodologías técnicas para la identificación, evaluación, registro, mitigación, control y seguimiento de los riesgos asociados a los objetivos estratégicos, 50%. 2. Asignar la administración de los riesgos a los servidores públicos responsables del logro de los objetivos estratégicos, incluyendo la elaboración de programas de mitigación y evaluación periódica e informar del estado que guardan a los órganos de supervisión y vigilancia correspondiente, 100%. Establecer un procedimiento mediante el cual se informe a los mandos superiores el surgimiento de nuevos riesgos, derivados de la modificación de condiciones internas o externas en la institución y que puedan impactar a los objetivos y metas institucionales, 100%. 3. Establecer una política para informar periódicamente al Órgano de Gobierno, en su caso, y al Titular de la institución el estado que guarda la administración de los riesgos relevantes, 100%.	87
1.2.b	1. Identificar los procesos susceptibles a posibles actos de corrupción y llevar a cabo la evaluación de riesgos a los mismos, además de determinar las acciones para su prevención y mitigación. 2. Implantar un programa para la evaluación, mitigación y control de riesgos a la integridad.	15
1.3.a	1 Revisar y/o actualizar la normatividad y lineamientos de los Comités en funcionamiento del Hospital. Asimismo, dar seguimiento a los acuerdos generados.	50
1.3.c	1. Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2014 e informar los resultados y, en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.	75
1.3.d	1. Dar seguimiento a las observaciones formuladas por los entes fiscalizadores.	86
1.5.a	1. Concluir los manuales de organización y de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo. 60% 2. Actualizar los Manuales de Organización y los Manuales de Procedimientos funcionales 2014 de cada área, identificando los tramos	42

	de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.	
1.5.b	1. Implantar una política general que establezca la obligación de que a los mandos medios y superiores evalúen y actualicen el control interno en sus respectivos ámbitos de competencia y establezcan los programas de trabajo conducentes a su fortalecimiento, informando de su cumplimiento.	100
1.5.c	1. Establecer lineamientos para que los servidores públicos informen al Coordinador de Control interno los resultados de las autoevaluaciones llevadas a cabo, así como las acciones de corrección para las posibles deficiencias detectadas, con el propósito de que el Coordinador o Enlace de control interno efectúe su seguimiento.	100
2.1.a	1. Dar seguimiento a las acciones de mejora comprometidas en el Diagnóstico Integral.	89
2.1.c	1. Dar seguimiento a las acciones del PAM derivado de la aplicación de la Encuesta de Clima Organizacional 2013; asimismo, aplicar la Encuesta 2014.	100
2.1.d	1. Actualizar los Manuales de Organización y los Manuales de Procedimientos funcionales 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo.	25
2.1.e	1. Concluir los manuales de organización y de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo, 60%. 2. Actualizar los Manuales de Organización y los Manuales de Procedimientos funcionales 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.	42
2.2.a	1. Establecer la función de administración general de riesgos, la cual dependa directamente del Titular con la supervisión del órgano colegiado correspondiente (comité de auditoría y/o riesgos) con el fin de que se establezcan las políticas, lineamientos y metodologías técnicas para la identificación, evaluación, registro, mitigación, control y seguimiento de los riesgos asociados a los objetivos estratégicos, 50%. 2. Asignar la administración de los riesgos a los servidores públicos responsables del logro de los objetivos estratégicos, incluyendo la elaboración de programas de mitigación y evaluación periódica e informar del estado que guardan a los órganos de supervisión y vigilancia correspondiente, 100%. 3. Establecer un procedimiento mediante el cual se informe a los mandos superiores el surgimiento de nuevos riesgos, derivados de la modificación de condiciones internas o externas en la institución y que puedan impactar a los objetivos y metas institucionales, 100%. 4. Establecer una política para informar periódicamente al Órgano de Gobierno, en su caso, y al Titular de la institución el estado que guarda la administración de los riesgos relevantes, 100%.	90
2.2.b	1. Identificar los procesos susceptibles a posibles actos de corrupción y llevar a cabo la evaluación de riesgos a los mismos, además de determinar las acciones para su prevención y mitigación. 2. Implantar un programa para la evaluación, mitigación y control de riesgos a la integridad.	15

2.3.a	<p>1. Concluir los manuales de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo, 60%.</p> <p>2. Actualizar los Manuales de Organización 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.</p> <p>3. Continuar con la revisión del proceso, controles y registros, para la exención de pago, pagos diferidos y cambio de nivel provisional, así como la aplicación de los procedimientos, 100%.</p>	62
2.3.b	<p>1. Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2014 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.</p>	75
2.3.c	<p>1. Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2014 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.</p>	75
2.3.d	<p>1. Continuar capacitando al personal del Hospital en el curso de sensibilización en trato digno al usuario.</p>	100
2.4.a	<p>1. Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2014 e informar los resultados y, en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias</p>	75
2.4.e	<p>1. Revisar el proceso para la atención de quejas presentadas por los usuarios de los servicios y proponer acciones de mejora y/o medidas de control que permitan disminuirlas.</p>	75
2.5.a	<p>1. Concluir los manuales de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo, 60%.</p> <p>2. Actualizar los Manuales de Organización 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control; asimismo, difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.</p>	42
2.5.b	<p>1. Implementar una política general que establezca la obligación de que a los mandos medios y superiores evalúen y actualicen el control interno en sus respectivos ámbitos de competencia y establezcan los programas de trabajo conducentes a su fortalecimiento, informando de su cumplimiento.</p>	100
3.1.a	<p>1. Concluir los manuales de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo, 60 %.</p> <p>2. Actualizar los Manuales de Organización 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.</p>	42
3.1.b	<p>1. Concluir los manuales de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo, 60%</p> <p>2. Actualizar los Manuales de Organización 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.</p>	42
3.2.a	<p>1. Establecer la función de administración general de riesgos, la cual dependa directamente del Titular con la supervisión del órgano colegiado correspondiente (comité de auditoría y/o riesgos) con el fin de que se establezcan las políticas, lineamientos y metodologías técnicas para la identificación, evaluación, registro, mitigación, control y seguimiento de los riesgos asociados a los objetivos estratégicos, 50%.</p> <p>2. Asignar la administración de los riesgos a los servidores públicos responsables del logro de los objetivos estratégicos, incluyendo la elaboración de programas de mitigación y evaluación periódica e informar del estado que guardan a los órganos de supervisión y vigilancia correspondiente, 100%.</p>	87

	<p>3. Establecer un procedimiento mediante el cual se informe a los mandos superiores el surgimiento de nuevos riesgos, derivados de la modificación de condiciones internas o externas en la institución y que puedan impactar a los objetivos y metas institucionales, 100%.</p> <p>4. Establecer una política para informar periódicamente al Órgano de Gobierno, en su caso, y al Titular de la institución el estado que guarda la administración de los riesgos relevantes, 100%.</p>	
3.2.b	<p>1. Identificar los procesos susceptibles a posibles actos de corrupción y llevar a cabo la evaluación de riesgos a los mismos, además de determinar las acciones para su prevención y mitigación.</p> <p>2. Implementar un programa para la evaluación, mitigación y control de riesgos a la integridad.</p>	15
3.3.a	<p>1. Concluir los manuales de procedimientos funcionales 2012 y difundirlos entre el personal a su cargo, 60%.</p> <p>2. Actualizar los Manuales de Procedimientos 2014 de cada área, identificando los tramos de supervisión y control, asimismo difundirlos entre el personal a su cargo, 25%.</p> <p>3. Dar seguimiento al Programa de Trabajo del área del Archivo de Concentración, con el objetivo de dar cumplimiento al MAAG en materia de transparencia y archivos, 25%.</p>	37
3.3.b	<p>1. Implementar acciones para el cumplimiento a la elaboración de contratos por la prestación de servicios o por la adquisición de bienes, que permita concluirlos en tiempo y forma. 55%</p> <p>2. Dar seguimiento al Programa de Trabajo del área del Archivo de Concentración, con el objetivo de dar cumplimiento al MAAG en materia de transparencia y archivos, 25%.</p>	40
3.3.c	<p>1. Dar seguimiento al Programa de Trabajo del área del Archivo de Concentración, con el objetivo de dar cumplimiento al MAAG en materia de transparencia y archivos.</p>	25
3.3.d	<p>1. Identificar los procesos susceptibles a posibles actos de corrupción y llevar a cabo la evaluación de riesgos a los mismos, además de determinar las acciones para su prevención y mitigación, 15%.</p> <p>2. Dar seguimiento al Programa de Trabajo del área del Archivo de Concentración, con el objetivo de dar cumplimiento al MAAG en materia de transparencia y archivos, 25%.</p>	20
3.3.e	<p>1. Revisar el proceso para la atención de quejas presentadas por los usuarios de los servicios y proponer acciones de mejora y/o medias de control que permitan disminuirlas.</p>	75
3.3.f.1	<p>1. Elaborar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC), mismo que deberá ajustarse conforme a las disposiciones del Acuerdo, 100%.</p> <p>2. Elaborar el Proyecto para la aplicación del MAAGTICSI en la institución, mismo que deberá ser remitido a la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública. Dicho proyecto deberá contener cuando menos objetivo, cronograma, actividades, puntos de control, duración, responsables, consideraciones de administración de riesgos, fecha de inicio y conclusión, 100%.</p> <p>3. Identificar los sistemas de información relevantes y llevar a cabo la evaluación de control interno y riesgos, así como establecer los programas de trabajo necesarios para su mejoramiento continuo, 50%.</p> <p>4. Establecer un plan estratégico de Tecnologías de Información y de Comunicaciones (TIC's), alineado a los objetivos y metas estratégicas de la institución y evaluar periódicamente su cumplimiento, 70%.</p>	70

3.3.f.2	1. Conclusión de la implementación del MAAGTICSI (operación de la totalidad de los procesos) relacionados con el elemento.	45
3.3.f.3	1. Elaborar un Plan de Recuperación de Desastres, que incluya un programa de capacitación y prueba, con el objeto de reducir los riesgos de vulnerabilidad, en cuanto a la disponibilidad de la infraestructura de las TIC's e información de la institución, relacionadas con el logro de los objetivos y metas institucionales, 50%. 2. Conclusión de la implementación del MAAGTICSI (operación de la totalidad de los procesos) relacionados con el elemento, 45%.	48
3.3.f.4 3.3.f.5 3.3.f.6 3.3.f.7	1. Conclusión de la implementación del MAAGTICSI (operación de la totalidad de los procesos) relacionados con el elemento.	45
3.4.a	1. Realizar revisiones aleatorias de la información reportada en los indicadores de desempeño estratégico 2014 e informar los resultados y en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias.	75

Cabe señalar, que derivado de la insuficiencia presupuestal, se ha retrasado la implementación de algunas acciones comprometidas, sin embargo, se han buscado otras fuentes de financiamiento.

El Programa de Trabajo de Control Interno 2014, presenta un porcentaje de avance global al cierre del ejercicio 2014 de un 61%. Asimismo, a continuación se mencionan las siguientes actividades realizadas para el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas:

- Se realizó difusión entre el personal del Hospital sobre los Códigos de Ética y de Conducta, a través de medios como: Intranet, Carteles, Portal de Obligaciones de Transparencia, Portal Institucional, Gaceta Institucional, Correo electrónico a mandos medios y superiores, Redes sociales y Talones de pago.
- Se aprobó el Formato para la Declaración Anual de cumplimiento de los Códigos de Ética y Conducta Institucional, dicho formato ha sido requisitado por servidores públicos del Hospital.
- Se diseñaron y se encuentran en funcionamiento el Buzón del Código de Ética y Conducta, a través del cual se pueden hacer denuncias relacionadas con posibles actos de corrupción. Asimismo, se elaboró el formato para informar al Titular del Hospital las denuncias y seguimiento de los actos contrarios a la ética e integridad.
- Se continuó capacitando al personal del Hospital, tanto del área médica como administrativa en el tema de Trato Digno al Usuario.
- Se elaboró y difundió el "Procedimiento para la aplicación general del control interno institucional."
- Se elaboró una política de actualización profesional, así como el Programa de Capacitación para servidores públicos a partir de mandos medios, el cual será una herramienta que permita desempeñar de manera eficiente las responsabilidades que se adquieren en sus respectivos puestos.

- Se elaboró una herramienta para la evaluación y detección de riesgos, asimismo, se elaboró y difundió un procedimiento para la comunicación de riesgos a instancias superiores. Por último, se determinó un inventario de riesgos institucionales.
- Se asistió a la Auditoría Superior de la Federación para una exposición general del Estudio Técnico para la Promoción de la Integridad en el Sector Público, para llevar a cabo la implementación de una política institucional de integridad.
- Se llevaron a cabo diversas reuniones de trabajo con la Auditoría Superior de la Federación, con la finalidad de dar continuidad al Estudio en materia de Control, por lo que fue revalorado el Diagnóstico inicial efectuado, logrando incrementar la puntuación de 42 a 94 puntos.
- Se cargó y envió en la herramienta de la gestión de la política TIC, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) del Hospital.

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

Los Programas y Proyectos de Inversión vigentes al cierre del ejercicio 2014, son los siguientes:

Clave Cartera	Nombre del programa o proyecto de inversión	Tipo de programa o proyecto	Costo total Original	Avance físico	Etapas en el periodo
1112NAW0001	Programa de inversión para adquisición de equipo médico 2014.	Programa de inversión de adquisiciones	\$3,573,452.00	0%	Se ejercerán los recursos hasta nuevas indicaciones de la CCINSHAE.
1312NAW0001	Programa de adquisiciones de instrumental quirúrgico para la Unidad de Quirófanos 2014.	Programa de inversión de adquisiciones	\$6,158,382.38	100%	Concluido
1412NAW0001	Programa de adquisiciones de equipo médico para la unidad de radiodiagnóstico e imagen 2014.	Programa de inversión de adquisiciones	\$21,754,427.00	100%	Concluido

Otros Aspectos.

Recursos Humanos

Grupo de plazas	enero-diciembre 2014	% que representa el total de plantilla
Mandos medios y superiores	18	0.7
Médica	343	13.6
Investigación	15	0.6
Enfermería	950	37.7
Paramédica	286	11.4
Afín (apoyo médico)	114	4.5
Afín (apoyo administrativo)	543	21.6
Afín (apoyo a servicios)	250	9.9
Total	2,519	100%

Como se puede observar, se ha cuidado el equilibrio de la fuerza de trabajo esencialmente en los grupos sustantivos (médica, paramédica y enfermería), 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.

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:** en el periodo enero-diciembre 2014, se registró un 0.027%, lo que representa un 80% por omisión del trabajador y un 20% por parte de la captura de incidencias; asimismo, se aplicaron los descuentos principalmente por faltas, omisiones de entrada y/o salida, retardo mayor que no fueron justificados en tiempo y forma.
- **Certeza del personal pagado a través de nómina:** durante el ejercicio 2014 no se reportaron inconsistencias, la dispersión de la nómina se realiza a través de la Tesorería de la Federación.
- **Incrementar la satisfacción del personal:** se continúa fomentando la competitividad del personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos, a través de mejora de procesos, capacitación, entre otros, lo que ha permitido brindar una atención de calidad al personal.

Abasto.

Al cierre del ejercicio 2014, el porcentaje de abasto de medicamentos e insumos fue del 96.9% mostrando un nivel óptimo.

Informe del Programa de Trabajo 2014.

Durante el ejercicio 2014, se realizaron las siguientes actividades relacionadas con las líneas de acción comprometidas en el Programa de Trabajo 2014 de la Dirección de Administración:

1. Implementar acciones que permitan incrementar la captación de ingresos propios.
 - 1.1 Gestión oportuna de los ingresos generados por casos atendidos del Seguro Popular: Durante el ejercicio de 2014, se ejercieron al cien por ciento los ingresos generados por casos atendidos del Seguro Popular. Por lo anterior, esta acción se consideró como atendida.
 - 1.2 Celebración de convenios de prestación de servicios médicos: Con fecha 16 de marzo de 2014, se firmó el contrato de prestación de servicios entre la Operadora de Hospitales Ángeles y el Hospital Juárez de México, en materia de prestación de estudios de Tomografía por Emisión de Positrones (PET). Por lo anterior, esta acción se consideró como atendida.
 - 1.3 Reducir el tiempo de pago de los usuarios en cajas recaudadoras: se realizaron acciones que permitieron que en el área de cajas se contara con suficiente moneda fraccionaria al momento en que los pacientes realizan sus pagos, asimismo se cuenta con dos cajeros adicionales y se cubren tiempos de alimentación de cajeros por personal administrativo de la Tesorería. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.
 - 1.4 Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación. Durante el mes de junio de 2014, se envió a la CCINSHAE información adicional a la propuesta de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación, dicha información consistió en un comparativo entre las cuotas vigentes y la propuesta de actualización, la justificación de los incrementos de costos y la manifestación de que la propuesta tarifaria se realizó conforme a las disposiciones aplicables. Por lo anterior, la CCINSHAE continúa realizando los trámites a través de la DGPOP para la autorización ante la shcp, quedando el Hospital a la espera de respuesta. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró pendiente de concluir.
2. Fortalecer los procesos administrativos para incrementar la Transparencia y la Rendición de Cuentas.
 - 2.1 Dar cumplimiento a las medidas de austeridad estipuladas por el Gobierno Federal, así como el Programa de Ahorro Institucional. Durante el ejercicio 2014, se llevaron a cabo acciones necesarias para dar cumplimiento a las Medidas de austeridad estipuladas por el Gobierno Federal, así como para el programa de ahorro institucional, logrando obtener ahorros en los consumos de gasolina, agua potable y telefonía. Dicho informe se encuentra publicado

en la página del Hospital. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.

- 2.2 Implementar acciones que permitan continuar con el uso eficiente de los recursos destinados a servicios personales y gasto de operación. En relación a los recursos de gastos de operación fiscales autorizados se informa que fueron ejercidos al 100%. Asimismo, se ejercieron de manera eficiente los recursos autorizados para el capítulo 1000 correspondiente a servicios personales. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.
- 2.3 Dar cumplimiento oportuno a las solicitudes de información y observaciones generadas por los órganos fiscalizadores. Se continuó con la atención al 100% de las solicitudes que se recibieron del IFAI. Por otra parte, las áreas involucradas trabajaron de manera conjunta y enviaron documentación soporte para la atención de las observaciones generadas por las instancias fiscalizadoras, por lo que al cierre del ejercicio 2014 se cuenta con un saldo de 10 observaciones pendientes de solventar, de un total de 29 observaciones generadas en el 2014. Dicha acción se da por atendida, debido a que 7 de las 10 observaciones pendientes de atender se generaron en el último trimestre de 2014.
3. Implementar acciones que permitan cambios en los procesos administrativos enfocados a la mejora continua.
 - 3.1 Gestionar recursos para la implementación de un sistema GRP administrativo que permita dar cumplimiento a la normatividad contable emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). Se realizaron las gestiones y actividades solicitadas ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) y la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) para llevar a cabo la implementación del sistema GRP, al periodo que se informa se iniciaron las actividades para la implementación, asimismo, se impartieron cursos de capacitación a las áreas involucradas. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.
 - 3.2 Fortalecer la coordinación entre las áreas responsables de la planeación, programación y ejecución del presupuesto autorizado al Hospital: se realizaron conciliaciones entre la Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos en relación al capítulo 1000, asimismo se realizó conciliación entre el Departamento de Almacenes y el Departamento de Contabilidad en relación a los almacenes de consumo y se realizó conciliación de los capítulos 2000 y 3000 respectivamente. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.
 - 3.3 Mantener actualizada la información de los inventarios. En los almacenes se realiza la captura de todos los movimientos al día siguiente en que fueron

realizados, Además, se supervisa que no existan atrasos en la captura y se realiza la conciliación con el Departamento de Contabilidad. Asimismo, se llevaron a cabo dos inventarios totales en los almacenes de consumo y se ha dado seguimiento a los controles implementados en los almacenes. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.

- 3.4 Fortalecer los procesos de contratación de servicios y adjudicación de medicamentos e insumos que garanticen la obtención de las mejores condiciones para el Hospital. Se impulsó la realización de procedimientos de contratación privilegiando la licitación pública y la exposición de casos ante el Comité de Adquisiciones del Hospital; asimismo, se ha reiterado a las áreas solicitantes de servicios, la información de los requisitos y tiempos para la formalización oportuna de los contratos. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró atendida.
- 3.5 Integrar el total de adquisiciones que se realizan por licitaciones públicas e invitación a cuando menos tres personas, en el sistema electrónico Compranet. En conjunto con las áreas requirentes del Hospital, se da continuidad al programa de licitaciones públicas, las cuales se realizan al 100% por medios electrónicos, así como las invitaciones a cuando menos tres personas. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.

4. Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento del Hospital.

- 4.1 Diseñar un programa de atención al diagnóstico de infraestructura y equipamiento para evaluar el cumplimiento de sus objetivos a través de indicadores. La Subdirección de Conservación y Mantenimiento dio seguimiento oportuno a las acciones determinadas en el Diagnóstico de acuerdo a las necesidades prioritarias de la infraestructura y equipamiento. Asimismo, se cumplieron las metas del Programa Presupuestal E020. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.
- 4.2 Gestionar recursos para la adquisición y/o actualización de mobiliario, equipo médico e infraestructura. Se realizaron acciones para la adquisición de mobiliario, equipo médico e infraestructura, como el seguimiento a los proyectos de inversión y se ejercieron oportunamente los recursos autorizados en el Programa Presupuestal E020. Por lo anterior, esta línea de acción se consideró como atendida.
- 4.3 Elaborar programa de mantenimiento predictivo y preventivo a corto, mediano y largo plazo para la infraestructura y equipamiento del Hospital, que permita contribuir a la prestación de servicios con calidad y seguridad. Se elaboró un Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura a corto, mediano y largo plazo y se elaboró el Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento 2014, de los dos se cuenta con los

cronogramas de acciones a realizar a corto plazo. Por lo anterior, esta acción se consideró como atendida.

- 4.4 Optimizar, adecuar o reubicar los espacios físicos de acuerdo a las necesidades de las áreas. Se llevaron a cabo acciones para optimizar espacios físicos de acuerdo a las necesidades de las áreas, por ejemplo en el servicio de Oncología Planta Baja, Medicina Nuclear, Alergia e Inmunología, Farmacia, Laboratorio Central. Derivado de lo anterior, esta acción se consideró como atendida.
- 4.5 Actualizar y dar seguimiento oportuno a los proyectos de inversión que se encuentran registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Se reportó de manera mensual ante la Coordinadora de Sector (DGPOP) y la SHCP los proyectos que se encuentran registrados en la cartera de inversión, de acuerdo a los nuevos lineamientos emitidos en diciembre de 2013, para el seguimiento al ejercicio de los programas y proyectos de inversión de la APF. Fueron registrados en el 2014 los siguientes proyectos de inversión: "Programa de inversión para la adquisición de equipo médico 2014", "Programa de adquisiciones de instrumental quirúrgico para la Unidad de Quirófanos 2014" y "Programa de adquisiciones de equipo médico para la unidad de radiodiagnóstico e imagen 2014". Al cierre del ejercicio de 2014 fueron concluidos dos proyectos de inversión. Como consecuencia de, esta acción se consideró como atendida.
- 4.6 Participar con las áreas en la generación de proyectos de inversión para la adquisición de equipo, mobiliario e infraestructura. Se dio seguimiento oportuno a los proyectos registrado en cartera de inversión de la SHCP. . Asimismo, se realizaron reuniones con los servicios que tienen necesidad de participar en proyectos de inversión y ya se cuenta con la propuesta de los proyectos que se incorporarán en el ejercicio 2015. Por lo anterior, esta acción se consideró como atendida.
5. Mejorar los procesos en el área del Archivo de Concentración, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Archivos.
 - 5.1 Elaborar programa de trabajo para la calendarización de las acciones a implementar. Se llevaron a cabo acciones de acuerdo a lo señalado en el Programa de Trabajo de la Coordinación de Archivos, como realizar gestiones para contar con alumnos de servicio social o estancia profesional y para llevar a cabo la capacitación del personal del Hospital en materia archivística, sin embargo, se algunas actividades programadas no se concluyeron en su totalidad. Por lo anterior, esta acción se consideró pendiente de atender.
 - 5.2 Fomentar una cultura archivística, a través de la capacitación del personal involucrado en este tema: se realizaron gestiones para la impartición de

capacitación en materia archivística; sin embargo, se tiene contemplado realizar la capacitación en el ejercicio 2015. Por lo anterior, esta acción se consideró pendiente de atender.

- 5.3 Depurar y actualizar la información que se encuentra resguardada en el área del Archivo de Concentración. Esta actividad se programará para el ejercicio 2015, debido a que se espera la respuesta por parte del Archivo General de la Nación para la baja de algunos expedientes. Por lo anterior, esta acción se consideró pendiente de atender.
6. Continuar fortaleciendo los procesos del área de Recursos Humanos que permitan brindar una mejor atención y orientación al personal.
 - 6.1 Gestionar plazas de nueva creación para las áreas sustantivas, a fin de garantizar la efectiva distribución del personal. Se realizaron las gestiones correspondientes para la autorización de plazas de nueva creación, logrando obtener un total de 41 plazas destinadas al área médica y paramédica. Por lo anterior esta línea de acción se consideró atendida.
 - 6.2 Fortalecer los procesos de los Departamentos que pertenecen a la Subdirección de Recursos Humanos. El Departamento de Relaciones Laborales continuó realizando el escaneo de expedientes del personal, con la finalidad de mejorar la integración de la información relacionada a la antigüedad laboral de los trabajadores, siendo al periodo que se informa un total de 496 expedientes escaneados. Asimismo, se reiteró al personal sobre el cuidado que deben de tener al archivar la documentación que se encuentra en el archivo de personal y se instruyó al personal sobre el proceso que se está desarrollando para generar el archivo digital de antigüedad. Por último, derivado del Programa Anual de premios, estímulos y recompensas y del Programa de antigüedad se analizaron 287 solicitudes, las cuales fueron actualizadas en la base de datos respecto a la antigüedad de los trabajadores.

En el Departamento de Nóminas, se implementó el Comprobante Fiscal Digital por internet, de conformidad con la Resolución Miscelánea para el ejercicio 2014 y los artículos 27 fracción V y 99, fracción III de la Ley del Impuesto Sobre la Renta; y 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, que señalan que "El único esquema vigente para 2014 será el Comprobante Fiscal Digital por pago de sueldos y salarios (Recibo Digital de Nómina) CFDI's; Por lo anterior, esta acción se consideró como atendida.

- 6.3 Capacitar a los servidores públicos a partir de mandos medios en temas prioritarios, orientados a objetivos estratégicos. Se elaboró el Programa de Capacitación 2014. Asimismo, se realizaron diversas cotizaciones y búsqueda de posibles capacitadores y se inició la capacitación con el Taller sobre Administración de Riesgos que se impartió a los servidores públicos del

Hospital a partir de mando medios, por parte de la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria. Por lo anterior, esta acción se consideró como atendida.

Presupuesto Basado en Resultados, cumplimiento de metas institucionales 2014, del Programa Presupuestal E020 “Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud”.

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

NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E020 DIGNIFICACIÓN, CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN SALUD							
ACTIVIDAD (1)	Porcentaje de evaluaciones realizadas a equipo de la unidad médica	7.3	7.3	7.3	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100%, en el porcentaje de evaluaciones realizadas a equipo de la unidad médica, con respecto a la meta programada de 7.3%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color verde.
	V:1 Total de Equipo Evaluado en las Unidades de Salud	141	141	141			Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se realizó en tiempo y forma el diagnóstico del equipo médico.
	V:2 Total de Equipo en Unidades de Salud (Universo) X 100	1,926	1,926	1,926			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, con el resultado de una buena evaluación realizada a los equipos de la unidad para su oportuno mantenimiento.
ACTIVIDAD (2)	Porcentaje de acciones efectivamente realizadas a equipo de la unidad médica	98.6	98.6	98.6	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100%, en el porcentaje de acciones efectivamente realizadas a equipo de la unidad médica, con respecto a la meta programada de 98.6%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	V:1 Número Total de Acciones de Conservación y Mantenimiento Realizadas al Equipo	139	139	139			Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se logró realizar el mantenimiento oportuno de los siguientes equipos: Imagenología (Arco en C, rayos X, braquiterapia, tomógrafo, resonancia magnética, ultrasonidos); cunas de calor; incubadoras; máquinas de anestesia; microscopios, y monitores de signos vitales, totalizando 139 equipos.
	V:2 Total de Hallazgos Registrados en la Evaluación X 100	141	141	141			EFEECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, logrando realizar las acciones de conservación y mantenimiento a los 139 equipos programados. El buen funcionamiento de los mismos permitirá que los servicios del Hospital no suspendan sus actividades, ofreciendo un servicio oportuno y calidad que garantizan una atención adecuada a los pacientes. OTROS MOTIVOS: Para garantizar el cumplimiento de los contratos de conservación y mantenimiento se realizan las siguientes actividades. Se supervisará que se cumpla en tiempo y forma los mantenimientos preventivos contratados de los 139 equipos, vigilando que se realicen las rutinas de mantenimiento estipulada en los contratos. IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: Al ejercer acertadamente los recursos para el mantenimiento de los equipos de la unidad médica, se benefician los pacientes, al brindarles una atención oportuna y pertinente para su diagnóstico y tratamiento en sus padecimientos.

ACTIVIDAD (3)	Porcentaje de evaluaciones efectivamente realizadas a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100%, en el porcentaje de evaluaciones efectivamente realizadas a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color verde.
	V:1 Número de Unidades Evaluadas	1	1	1			EFECTO: Se realizó un diagnóstico de la infraestructura el cual fue presentado ante la Junta de Gobierno en la Cuarta Sesión Ordinaria de 2013, y en la cual se establecieron prioridades para 2014.
	V:2 Número de Unidades Consideradas en la Meta (Acumuladas por Trimestre) X 100	1	1	1			OTROS MOTIVOS:
ACTIVIDAD (4)	Porcentaje de acciones realizadas a la infraestructura e instalaciones de las unidades médicas	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	CAUSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100%, en el porcentaje de acciones realizadas a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a que se llevaron a cabo las siguientes actividades:
	V:1 Número de Unidades que reciben acciones de Conservación y Mantenimiento	1	1	1			1) Trabajos de desalOLVE, limpieza y sanitización de las celdas de cimentación 2) Reparación de las tuberías hidro-sanitarias en los edificios B, C y D. 3) Remodelación total al laboratorio clínico. 4) Cambio de tableros eléctricos en casa de máquinas de aire acondicionado. 5) Cambio de tableros Sub-generales del edificio D. 6) Colocación de sistemas de tierra-electrónica para equipos de tomógrafo y resonancia magnética.
	V:2 Número de Unidades con Hallazgos Registrados en la Evaluación X 100	1	1	1			EFECTO: Se realizaron las metas presupuestales de acuerdo a lo programado, evitando problemas de hundimiento del edificio, desperdicio de agua potable y calentamiento de conductores de energía eléctrica en los edificios B, C, D y E del Hospital, garantizando el óptimo funcionamiento de las mismas en beneficio de los usuarios del Hospital. OTROS MOTIVOS: Debido a las necesidades del Hospital a 25 años de su inauguración y al reto que implica mantener en funcionamiento las instalaciones, motivó la realización de trabajos realizados, supervisando cada detalle y registrando cada modificación para facilitar el mantenimiento futuro, todo fundamentado en las distintas normas vigentes para cada especialidad.
							IMPACTO SOCIO-ECONOMICO: La determinación de mejorar la

Sistema de Evaluación del Desempeño (SED)

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EVOLUCIÓN DEL GASTO PROGRAMABLE DE ENERO A DICIEMBRE DE 2014 (PRELIMINAR)

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	PROGRAMADO (3)	EJERCIDO (4)	ABSOLUTA (5) = (4) - (3)	RELATIVA (6) = (5) / (3)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	(7) = (4) / (2)
I.- GASTO CORRIENTE	1,341.1	1,356.2	1,356.2	1,355.5	-0.8	-0.1			99.9
SERVICIOS PERSONALES	847.3	778.8	778.8	778.1	-0.8	-0.1			99.9
MATERIALES Y SUMINISTROS	300.8	394.8	394.8	394.8	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS GENERALES	192.9	182.5	182.5	182.5	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0			100.0
II.- GASTO DE CAPITAL	0.0	24.1	24.1	24.1	0.0	0.0			100.0
INVERSIÓN FÍSICA	0.0	24.1	24.1	24.1	0.0	0.0			100.0
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	0.0	24.1	24.1	24.1	0.0	0.0			100.0
OBRAS PUBLICAS					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
III.- OPERACIONES AJENAS NETAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
TERCEROS					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
IV.- TOTAL DEL GASTO	1,341.1	1,380.4	1,380.4	1,379.6	-0.8	-0.1			99.9

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

Criterios de asignación de color de los semáforos.

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

ANEXO I BIS

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

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

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL			VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN %
	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO	ABSOLUTA	RELATIVA	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	CONTRA
	(1)	(2)	(3)	(4) = (3) - (2)	(5) = (4) / (2)			MODIFICADO (6) = (3) / (2)
I.- GASTO CORRIENTE	1,341.1	1,356.2	1,355.5	-0.8	-0.1			99.9
SERVICIOS PERSONALES	847.3	778.8	778.1	-0.8	-0.1			99.9
MATERIALES Y SUMINISTROS	300.8	394.8	394.8	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS GENERALES	192.9	182.5	182.5	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0			100.0
II.- GASTO DE CAPITAL	0.0	24.1	24.1	0.0	0.0			100.0
INVERSIÓN FÍSICA	0.0	24.1	24.1	0.0	0.0			100.0
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	0.0	24.1	24.1	0.0	0.0			100.0
OBRAS PUBLICAS				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
III.- OPERACIONES AJENAS NETAS	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
TERCEROS				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
IV.- TOTAL DEL GASTO	1,341.1	1,380.4	1,379.6	-0.8	-0.1			99.9

*/ 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

PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) Y CLAVE 1/	INDICADOR			UNIDAD DE MEDIDA	META				SEMÁFORO
	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2014 PLANEADA	REALIZADA	PORCENTAJE DE AVANCE	
Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL PEF									
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Porcentaje de aprobación de médicos especialistas en formación clínica.	Porcentaje de médicos especialistas en formación clínica que acreditaron el ciclo académico anual (especialidad, subespecialidad y alta especialidad) respecto a los inscritos en el mismo ciclo a estudios de especialidades, subespecialidad y alta especialidad.	Porcentaje	Anual	98.2	96.7	98.5%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua.	Porcentaje de cumplimiento de la meta de personas inscritas a cursos de educación continua realizados por la institución respecto a las programadas o proyectadas.	Porcentaje	Trimestral	98.5	94.6	96.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficiencia	Eficiencia terminal de médicos especialistas.	Porcentaje de eficiencia terminal de médicos especialistas formados por las entidades de la COINSHA.	Porcentaje	Anual	100.0	100.0	100.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Calidad	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos.	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los médicos que concluyen estudios de especialidad clínica respecto a la calidad percibida de su formación.	Promedio	Anual	8.0	8.0	100.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua.	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución. No incluye cursos de capacidades gerenciales para el personal de la institución.	Porcentaje	Trimestral	98.0	96.8	98.8%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Calidad	Percepción sobre la calidad de la educación continua.	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud respecto a la calidad percibida de los cursos de educación continua que concluyen en el periodo recibidos.	Promedio	Trimestral	8.8	9.0	102.3%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitados en habilidades docentes.	Porcentaje de profesores que desarrollan actividades docentes formales capacitados en el año en curso en habilidades docentes respecto al total de profesores que participan en formación de especialistas médicos.	Porcentaje	Anual	76.6	76.6	100.0%	
E010 Formación de recursos humanos especializados para la salud	Eficacia	Eficacia en la impartición de programas de formación de posgrado clínico.	Porcentaje de programas de formación de posgrado clínico (residencias médicas) realizados respecto a los programados.	Porcentaje	Semestral	100.0	94.3	94.3%	
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 periodo.	Porcentaje	Trimestral	98.8	111.3	112.7%	
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 en la Secretaría de Salud	Contribuir a asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud, mediante la capacitación técnica y gerencial de los recursos humanos.	Porcentaje	Anual	89.0	215.0	241.6%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de acciones de capacitación del personal 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 en sus funciones.	Porcentaje	Anual	88.0	195.0	221.6%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de acciones de capacitación por persona en materia gerencial y técnica	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados en sus funciones.	Porcentaje	Semestral	100.0	224.0	224.0%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de personas susceptibles de capacitar en materia técnica y gerencial.	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados en sus funciones.	Porcentaje	Anual	24.0	49.0	204.2%	
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 y técnica a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	87.0	133.0	152.9%	
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 y técnica a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	86.0	148.0	172.1%	
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	31.0	39.0	125.8%	

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 funciones	Elaboración del Programa Anual de Capacitación.	Porcentaje	Anual	100.0	100.0	100.0%	
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de avance en la contratación de proveedores de capacitación	Requerimiento de contratación de proveedores de capacitación y desarrollo de cursos.	Porcentaje	Trimestral	58.0	133.0	229.3%	
E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	Eficacia	Porcentaje de evaluaciones realizadas a equipo de la unidad médica	Evaluación del funcionamiento de los equipos.	Porcentaje	Trimestral	7.3	7.3	100.0%	
E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	Eficacia	Porcentaje de acciones efectivamente realizadas a equipo de la unidad médica	Realización de acciones de conservación y mantenimiento de equipos.	Porcentaje	Trimestral	98.6	98.6	100.0%	
E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	Eficacia	Porcentaje de evaluaciones efectivamente realizadas a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica	Evaluación del funcionamiento de la infraestructura e instalaciones.	Porcentaje	Trimestral	100.0	100.0	100.0%	
E020 Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	Eficacia	Porcentaje de acciones realizadas a la infraestructura e instalaciones de las unidades médicas	Realización de acciones de conservación y mantenimiento de la infraestructura e instalaciones.	Porcentaje	Trimestral	100.0	100.0	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Índice de investigadores de alto nivel	Proporción de investigadores vigentes en el Sistema Nacional de Investigadores respecto al total de investigadores del sistema institucional.	Porcentaje	Semestral	56.3	64.7	114.9%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Tasa de variación de productividad científica de impacto alto respecto al año previo	Tasa de variación de productividad científica de impacto alto en referencia al año previo.	Tasa	Anual	18.2	163.6	898.9%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Economía	Tasa de incremento del presupuesto federal institucional destinado a investigación	Variación porcentual del presupuesto federal institucional anual para investigación respecto al presupuesto ejercido en el periodo anterior.	Tasa	Anual	-85.8	-84.1	98.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas de los grupos III a VII, respecto al total de artículos científicos publicados en revistas indexadas.	Porcentaje	Semestral	59.1	96.7	163.6%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigador	Promedio de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas indexadas por investigador.	Promedio	Semestral	1.6	2.9	181.3%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Economía	Porcentaje de presupuesto complementario obtenido para investigación	Financiamiento complementario al presupuesto federal que se destina para realizar investigación, (recursos de terceros y donativos obtenidos complementarios al presupuesto federal).	Porcentaje	Anual	0.5	5.6	1120.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Promedio de productos por investigador del Sistema Institucional	Promedio de productos de la investigación por investigador.	Promedio	Semestral	1.4	1.8	128.6%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Proyectos de investigación vigentes en colaboración	Porcentaje de proyectos de investigación vigentes vinculados con otras instituciones que realizan investigación.	Porcentaje	Semestral	14.3	14.4	100.7%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Tasa de variación de publicaciones indexadas por proyectos vigentes	Variación porcentual en la productividad de publicaciones indexadas por proyectos de investigación en el año actual respecto al promedio de publicaciones indexadas por proyectos vigentes en los últimos 3 años.	Tasa	Semestral	0.0	100.0	0.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas.	Porcentaje	Semestral	100.0	100.0	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficiencia	Tasa de variación de proyectos financiados por CONACYT	Variación porcentual respecto del año previo del número de proyectos de investigación institucionales financiados por fondos del CONACYT (fondos sectoriales y fondos mixtos) incluyendo el FOSISS.	Tasa	Anual	0.0	100.0	0.0%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría	Porcentaje de egresos institucionales por mejoría.	Porcentaje	Trimestral	94.0	95.5	101.6%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Calidad	Porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida	Porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida.	Porcentaje	Trimestral	85.0	90.9	106.9%	
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 de presentar una infección nosocomial imputable a la unidad médica.	Tasa por 100 egresos hospitalarios	Trimestral	3.1	3.8	122.6%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	Porcentaje de expedientes clínicos revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional que cumplen satisfactoriamente con los criterios esenciales definidos institucionalmente para dar cumplimiento a la NOM SSA 004.	Porcentaje	Trimestral	80.0	82.3	102.9%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de sesiones de terapia realizadas respecto a programadas	Porcentaje de sesiones de terapia realizadas respecto a las programadas.	Porcentaje	Trimestral	93.3	101.8	109.1%	

E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Proporción de cirugías de corta estancia	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas con respecto al total de cirugías.	Porcentaje	Trimestral	19.3	25.4	131.6%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Ocupación de las camas censables de la institución.	Porcentaje	Trimestral	78.0	82.8	106.2%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa	Porcentaje de prescripciones de medicamentos surtidas en forma completa a pacientes hospitalizados.	Porcentaje	Trimestral	96.2	96.9	100.7%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica inferior a 4	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica inferior a 4	Porcentaje	Trimestral	98.4	99.3	100.9%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficiencia	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa	Promedio de consultas externas (día laborales) por médico adscrito en contacto con pacientes.	Promedio	Trimestral	1068.5	1076.4	100.7%	
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	Eficacia	Ingresos hospitalarios programados	Expresa la proporción de ingresos hospitalarios que fueron programados en consulta externa respecto a los ingresos hospitalarios totales.	Porcentaje	Trimestral	48.0	50.5	105.2%	
NO SELECCIONADOS EN EL PEF ^{2/}									
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	

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

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

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

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

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

ANEXO IV

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

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

Programa Presupuestario Seleccionado ^{1/}:

(Millones de Pesos con un decimal)

AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCIDO 2014	PRESUPUESTO ANUAL 2014 MODIFICADO	DE ENERO A DICIEMBRE 2014		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	1,325.8	1,326.5	1,326.5	1,325.8	-0.8	-0.1		

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

INDICADORES DE DESEMPEÑO				UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	PERIODO Y VALOR DE LA LINEA BASE	META			SEMÁFORO
NIVEL DE OBJETIVO	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN				ENERO - DICIEMBRE 2014 PLANEADA	ENERO - DICIEMBRE 2014 REALIZADA	DIFFERENCIA ABSOLUTA	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de aprobación de médicos especialistas en formación clínica.	Porcentaje de médicos especialistas en formación clínica que acreditaron el ciclo académico anual (especialidad, subespecialidad y alta especialidad) respecto a los inscritos en el mismo ciclo a estudios de especialidades, subespecialidad y alta especialidad.	Porcentaje	Anual	diciembre	98.2	96.7	-1.5	
Propósito	Eficacia	Eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua.	Porcentaje de cumplimiento de la meta de personas inscritas a cursos de educación continua realizados por la institución respecto a las programadas o proyectadas.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	98.5	94.6	-3.9	
Componente	Eficiencia	Eficiencia terminal de médicos especialistas.	Porcentaje de eficiencia terminal de médicos especialistas formados por las entidades de la CCINSHAE.	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0	
Componente	Calidad	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos.	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los médicos que concluyen estudios de especialidad clínica respecto a la calidad percibida de su formación.	Promedio	Anual	diciembre	8.0	8.0	0.0	
Componente	Eficacia	Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua.	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución. No incluye cursos de capacidades gerenciales para el personal de la institución.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	98.0	96.8	-1.2	
Componente	Calidad	Percepción sobre la calidad de la educación continua.	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud respecto a la calidad percibida de los cursos de educación continua que concluyen en el periodo recibidos.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	8.8	9.0	0.2	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitados en habilidades docentes.	Porcentaje de profesores que desarrollan actividades docentes formales capacitados en el año en curso en habilidades docentes respecto al total de profesores que participan en formación de especialistas médicos.	Porcentaje	Anual	diciembre	76.6	76.6	0.0	
Actividad	Eficacia	Eficacia en la impartición de programas de formación de posgrado clínico.	Porcentaje de programas de formación de posgrado clínico (residencias médicas) realizados respecto a los programados.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	100.0	94.3	-5.7	
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	98.8	111.3	12.5	

Fin	Eficacia	Porcentaje de profesionalización de los recursos humanos a través de la capacitación gerencial y técnica en la Secretaría de Salud	Contribuir a asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud, mediante la capacitación técnica y gerencial de los recursos humanos.	Porcentaje	Anual	diciembre	89.0	215.0	126.0	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de acciones de capacitación del personal 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 en sus funciones.	Porcentaje	Anual	diciembre	88.0	195.0	107.0	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de acciones de capacitación por persona en materia gerencial y técnica	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados en sus funciones.	Porcentaje	Semestral	junio-diciembre	100.0	224.0	124.0	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de personas susceptibles de capacitar en materia técnica y gerencial.	Los servidores públicos están capacitados en materia técnica y gerencial lo que les permite mejorar los conocimientos desarrollados en sus funciones.	Porcentaje	Anual	diciembre	24.0	49.0	25.0	
Componente	Eficacia	Porcentaje de cumplimiento en la impartición de cursos en materia gerencial y técnica	Cursos proporcionados en materia gerencial y técnica a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	junio-diciembre	87.0	133.0	46.0	
Componente	Calidad	Porcentaje de cursos que cumplen con los objetivos establecidos.	Cursos proporcionados en materia gerencial y técnica a los servidores públicos de la Secretaría de Salud en las áreas detectadas mediante Detección de Necesidades de Capacitación.	Porcentaje	Semestral	junio-diciembre	86.0	148.0	62.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de Participación en la Detección de Necesidades de Capacitación	Detección de Necesidades de Capacitación	Porcentaje	Anual	diciembre	31.0	39.0	8.0	
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	100.0	0.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de avance en la contratación de proveedores de capacitación	Requerimiento de contratación de proveedores de capacitación y desarrollo de cursos.	Porcentaje	Trimestral	marzo-junio-septiembre-diciembre	58.0	133.0	75.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de evaluaciones realizadas a equipo de la unidad médica.	Evaluación del funcionamiento de los equipos.	Porcentaje	Trimestral	marzo-diciembre	7.3	7.3	0.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de acciones efectivamente realizadas a equipo de la unidad médica.	Realización de acciones de conservación y mantenimiento de equipos.	Porcentaje	Trimestral	junio-diciembre	98.6	98.6	0.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de evaluaciones efectivamente realizadas a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica.	Evaluación del funcionamiento de la infraestructura e instalaciones.	Porcentaje	Trimestral	marzo-diciembre	100.0	100.0	0.0	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de acciones realizadas a la infraestructura e instalaciones de las unidades médicas.	Realización de acciones de conservación y mantenimiento de la infraestructura e instalaciones.	Porcentaje	Trimestral	junio-septiembre-diciembre	100.0	100.0	0.0	
Fin	Eficacia	Índice de investigadores de alto nivel	Proporción de investigadores vigentes en el Sistema Nacional de Investigadores respecto al total de investigadores del sistema institucional.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	56.3	64.7	8.4	
Propósito	Calidad	Tasa de variación de productividad científica de impacto alto respecto al año previo	Tasa de variación de productividad científica de impacto alto en referencia al año previo.	Tasa	Anual	diciembre	18.2	163.6	145.4	
Propósito	Economía	Tasa de incremento del presupuesto federal institucional destinado a investigación	Variación porcentual del presupuesto federal institucional anual para investigación respecto al presupuesto ejercido en el periodo anterior.	Tasa	Anual	diciembre	-85.8	-84.1	1.7	

Componente	Calidad	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas de los grupos III a VII, respecto al total de artículos científicos publicados en revistas indexadas.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	59.1	96.7	37.6	
Componente	Eficiencia	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigador	Promedio de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas indexadas por investigador.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	1.6	2.9	1.3	
Componente	Economía	Porcentaje de presupuesto complementario obtenido para investigación	Financiamiento complementario al presupuesto federal que se destina para realizar investigación, (recursos de terceros y donativos obtenidos complementarios al presupuesto federal).	Porcentaje	Anual	diciembre	0.5	5.6	5.1	
Actividad	Eficiencia	Promedio de productos por investigador del Sistema Institucional	Promedio de productos de la investigación por investigador.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	1.4	1.8	0.4	
Componente	Eficacia	Proyectos de investigación vigentes en colaboración	Porcentaje de proyectos de investigación vigentes vinculados con otras instituciones que realizan investigación.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	14.3	14.4	0.1	
Actividad	Eficacia	Tasa de variación de publicaciones indexadas por proyectos vigentes	Variación porcentual en la productividad de publicaciones indexadas por proyectos de investigación en el año actual respecto al promedio de publicaciones indexadas por proyectos vigentes en los últimos 3 años.	Tasa	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.0	100.0	100.0	#DIV/0!
Actividad	Eficacia	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	100.0	100.0	0.0	
Actividad	Eficiencia	Tasa de variación de proyectos financiados por CONACYT	Variación porcentual respecto del año previo del número de proyectos de investigación institucionales financiados por fondos del CONACYT (fondos sectoriales y fondos mixtos) incluyendo el FOSISS.	Tasa	Anual	diciembre	0.0	100.0	100.0	#DIV/0!
Propósito	Eficacia	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría	Porcentaje de egresos institucionales por mejoría.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	94.0	95.5	1.5	
Propósito	Calidad	Porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida	Porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	85.0	90.9	5.9	
Propósito	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios)	Expresa el riesgo de los pacientes hospitalizados de presentar una infección nosocomial imputable a la unidad médica.	Tasa por 100 egresos hospitalarios	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	3.1	3.8	0.7	
Componente	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	Porcentaje de expedientes clínicos revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional que cumplen satisfactoriamente con los criterios esenciales definidos institucionalmente para dar cumplimiento a la NOM SSA 004.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	80.0	82.3	2.3	
Componente	Eficacia	Porcentaje de sesiones de terapia realizadas respecto a programadas	Porcentaje de sesiones de terapia realizadas respecto a las programadas.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	93.3	101.8	8.5	
Componente	Eficacia	Proporción de cirugías de corta estancia	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas con respecto al total de cirugías.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	19.3	25.4	6.1	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Ocupación de las camas censables de la institución.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	78.0	82.8	4.8	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa	Porcentaje de prescripciones de medicamentos surtidas en forma completa a pacientes hospitalizados.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	96.2	96.9	0.7	

Actividad	Eficacia	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica inferior a 4	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica inferior a 4	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	98.4	99.3	0.9	
Actividad	Eficiencia	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa	Promedio de consultas externas (día laborales) por médico adscrito en contacto con pacientes.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	1068.5	1076.4	7.9	
Actividad	Eficacia	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	48.0	50.5	2.5	

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

AI = Actividad Institucional

PP = Programa Presupuestario, de acuerdo con el Análisis Funcional Programático Económico del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2014.

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

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

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 2014, el Hospital Juárez de México, comprometió un total de 44 indicadores para resultados en cinco Programas Presupuestales:

Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total de Indicadores
	trimestral	semestral	anual	
E010 "Formación de recursos especializados para la salud"	4	1	4	9
E019 "Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud"	1	3	5	9
E020 "Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud"	4	0	0	4
E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	7	4	11
E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"	11	0	0	11
Total	20	11	13	44

Durante el periodo de 2014, el Hospital reportó en tiempo y forma un total de 44 indicadores dando cumplimiento a lo comprometido en la Matriz de Indicadores para Resultados por programa presupuestal y al Programa Anual de Trabajo del Director General, reportándolos a la CCINSHAE en el Sistema de Indicadores de Gestión (SIG), con diversos grados de cumplimiento, que de acuerdo a los criterios de semaforización de la SFP, se situaron de la siguiente manera:

En lo referente al Programa Presupuestal E010 “Formación de recursos humanos especializados para la salud”, se reportaron un total de 9 indicadores de los cuales 4 se situaron en cumplimiento preventivo y 5 se ubicaron en semáforo razonable.

Los indicadores que lograron un desempeño razonable fueron: “Eficiencia terminal de médicos especialistas”, “Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos”, “Percepción sobre la calidad de la educación continua”, “Porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitados en habilidades docentes” y “Eficacia en la impartición de cursos de educación continua”, por lo que se alcanzaron los objetivos y las metas planteadas de cada uno de ellos.

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

“Porcentaje de aprobación de médicos especialistas en formación clínica”, las causas por las que se tuvo este cumplimiento, obedecen a que el indicador al final del periodo enero-diciembre de 2014 tuvo un desempeño inferior en un 1.5%, con respecto a la meta programada de 98.2%, debido a que 14 médicos especialistas en formación no acreditaron el ciclo académico anual (especialidades, subespecialidades y alta especialidad) por diversas causas, de un total de 424 médicos inscritos.

“Eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua”, las causas por las cuales se ubicó en semáforo preventivo, obedecen a que el indicador al final del periodo que se reporta tuvo un desempeño menor en un 4.0%, con respecto a la meta programada de 98.5%, esta variación se debió a que en algunos cursos hubo menos inscripciones (223) de los 5,603 profesionales de la salud inscritos programados a los cursos de educación continua, con relación a los 5,690 profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua.

“Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua”, el motivo por el que se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en 1.2%, con relación a la meta programada de 98%, este logro se debió al énfasis que los organizadores de los cursos hacen al inicio de los cursos, sobre la importancia de cumplir con la asistencia para la obtención de la constancia.

“Eficacia en la impartición de programas de formación de posgrado clínico”, las causas por las cuales se situó en semáforo preventivo, se debió a que el indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 5.7%, con respecto a la meta programada del 100%, esta variación obedece a que de un total de 35 programas de formación de posgrado clínico programados (especialidad, subespecialidad y alta especialidad), en dos programas (Hematología y Nutrición Clínica) no fueron autorizadas las becas respectivas por parte de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 13.7 mdp.

Respecto al Programa Presupuestal E019 “Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud”, se reportaron un total de 9 indicadores “Porcentaje de profesionalización de los recursos humanos a través de la capacitación gerencial y técnica en la Secretaría de Salud”, “Porcentaje de acciones de capacitación del personal en materia gerencial y técnica en los dos últimos ejercicios”, “Porcentaje de acciones de capacitación por persona en materia gerencial y técnica”, “Porcentaje de personas susceptibles de capacitar en materia técnica y gerencial”, “Porcentaje de cumplimiento en la impartición de cursos en materia gerencial y técnica”, “Porcentaje de cursos que cumplen con los objetivos establecidos”, “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, los cuales se situaron en semáforo de cumplimiento razonable. Se alcanzaron los objetivos y las metas planteadas, logrando capacitar a más trabajadores, mejorando sus habilidades y capacidades técnicas a través de la adquisición de nuevos conocimientos, en beneficio de la atención a los pacientes, así como al uso eficiente de los recursos.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 0.3 mdp.

En cuanto a los indicadores del Programa Presupuestal E020 "Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud", se

reportaron 4 indicadores mismos que se situaron en semáforo de cumplimiento razonable: "Porcentaje de evaluaciones realizadas a equipo de unidad médica", "Porcentaje de evaluaciones efectivamente realizadas a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica", "Porcentaje de acciones efectivamente realizadas a equipo de la unidad médica" y "Porcentaje de acciones realizadas a la infraestructura e instalaciones de las unidades médicas". Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que se lograron alcanzar las metas y los objetivos planteados, al realizarse las evaluaciones al equipo y a la infraestructura e instalaciones de la unidad médica y se efectuaron las acciones correspondientes al mantenimiento del equipo médico y a la infraestructura e instalaciones, permitiendo ofrecer a los pacientes servicios de atención médica oportuna en su diagnóstico y tratamiento.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 14.2 mdp.

Con relación al Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud", se reportaron un total de 11 indicadores de los cuales; 10 se situaron en semáforo de cumplimiento razonable y uno en semáforo de cumplimiento preventivo.

Los indicadores que se situaron en cumplimiento razonable fueron los siguientes: "Índice de investigadores de alto nivel", "Tasa de variación de productividad científica de impacto alto respecto al año previo", "Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas", "Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigador", "Porcentaje de presupuesto complementario obtenido para investigación", "Promedio de productos por investigador del Sistema Institucional", "Proyectos de investigación vigentes en colaboración", "Tasa de variación de publicaciones indexadas por proyectos vigentes", "Porcentaje de ocupación de plazas de investigador" y "Tasa de variación de proyectos financiados por CONACYT". Las causas por las que se tuvo un cumplimiento satisfactorio en estos indicadores, obedecen a que se lograron alcanzar las metas y los objetivos planteados, al contar con un mayor número de investigadores con nombramiento en el SNI, así como contar con mayor productividad científica publicada en revistas de los grupos I-V y al incremento en el presupuesto complementario obtenido para investigación.

El indicador "Tasa de incremento del presupuesto federal institucional destinado a investigación", las causas por las cuales se ubicó en semáforo preventivo, obedece a los criterios de semaforización de la SFP, al haber obtenido un resultado en la tasa del -84.1%, con relación a la meta programada de -85.8%, no obstante se incrementó el presupuesto destinado a investigación en un 12.2% (\$3,000,000), con relación al presupuesto programado de \$2,673,738, alcanzándose resultados relevantes para la Institución, al concluir las investigaciones planteadas generando investigación de alto impacto.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 17.5 mdp.

En cuanto al Programa Presupuestal E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud", se reportaron 11 indicadores mismos que se situaron en semáforo de cumplimiento razonable: "Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría",

“Porcentaje de satisfacción del usuario por la atención recibida”, “Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios)”, “Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004”, “Porcentaje de sesiones de terapia realizadas respecto a programadas”, “Proporción de cirugías de corta estancia”, “Porcentaje de ocupación hospitalaria”, “Porcentaje de recetas surtidas en forma completa”, “Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica inferior a 4”, “Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa” e “Ingresos hospitalarios programados”. Los resultados obtenidos en estos indicadores se debieron a que se otorgaron servicios médicos de calidad, al contar con una plantilla médica completa con más de 50 especialidades, medicamentos e insumos suficientes, así como de equipo moderno para el diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes, logrando que los pacientes recuperen su salud con menores costos y puedan ser reintegrados a la sociedad productivamente.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 1,325.8 mdp.