



*COMISIÓN COORDINADORA DE  
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y  
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD*

INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR  
GENERAL

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA  
PENÍNSULA DE YUCATÁN**

2011

Dr. Marco Antonio de la Fuente Torres  
Director General

7 DE MARZO 2012

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## ASPECTOS CUANTITATIVOS

### INVESTIGACIÓN

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
<i>1) Núm. de publicaciones</i>						
Grupo I:	0	0	0	0	0	--
Grupo II:	0	0	0	0	0	--
Total:	0	0	0	0	0	--
Grupo III:	0	0	0	0	1	--
Grupo IV:	0	0	0	0	0	--
Grupo V:	0	0	0	0	1	--
Total:	0	0	0	0	2	--
<i>2) Núm. de plazas de investigador</i>			3	3	3	--
ICM A:	0	0	0	0	0	--
ICM B:	0	0	1	1	1	--
ICM C:	0	0	0	0	0	--
ICM D:	0	0	2	2	2	--
ICM E:	0	0	0	0	0	--
ICM F:	0	0	0	0	0	--
Total:	0	0	3	3	3	--
<i>3. Publicaciones (I-II) / Plazas de investigador:</i>	0	0	0	0	0	--
<i>4. Publicaciones (III-IV-V) / Plazas de investigador:</i>	0	0	0	0	0.67	--
<i>5) Sistema Nacional de Investigadores</i>						--
Candidato:	0	0	0	0	0	--
SNI I:	0	0	0	0	0	--
SNI II:	0	0	0	0	0	--
SNI III:	0	0	0	0	0	--
Total:	0	0	0	0	0	--
<i>6) Miembros del SNI / Plazas de investigador</i>	0	0	67%	67%	33%	--
<i>7) Núm. total de citas a publicaciones</i>	0	0	0	0	1	--
<i>8. Producción</i>	0	0	0	0	0	--
Libros editados:	0	0	0	0	0	--
Capítulos en libros:	0	0	0	0	0	--
<i>9) Núm. de tesis concluidas</i>						--
Licenciatura:	0	0	0	0	2	--
Especialidad:	0	0	0	0	0	--
Maestría:	0	0	0	0	0	--
Doctorado:	0	0	0	0	0	--

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

**2011**

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
10) Núm. de proyectos con patrocinio externo:	0	0	0	0	0	--
Núm. agencias no lucrativas:	0	0	0	0	0	--
Monto total:	0	0	0	0	0	--
Núm. industria farmacéutica:	0	0	0	0	0	--
Monto total:	0	0	0	0	0	--
11) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:	0	0	0	1	0	--
12) Señale las 10 líneas de Investigación más relevantes de la Institución						
	12.1 . <u>Enfermedades infecciosas</u> 12.2 : 12.3 : 12.4 : 12.5 : 12.6 : 12.7 : 12.8 : 12.9 : 12.10 :					
13. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V) Cita bibliográfica completa:						

Cerna-Cortes JF, Vega Negrete W, Ortega Villegas M.A., **Zaidi MB**, Estrada García T.  
*Consumption of street-vended beverage as a potencial exposure risk for non-0157 enterohemorrhagic Escherichia coli infection: The importance of testing for virulence loci.*  
*Clin. Infect. Dis.* 2011; 54: 154-155 (impact factor: 8.186)

Wiesner M, Calva E, Fernández-Mura M, Cevallos MA, Campos F, **Zaidi MB**, Silvia C.  
*Salmonella typhimurium STZ13 is associated with two types of Inc A/C plasmids carrying multiple resistance determinants.* BMC Microbiolog 2011; 11(Ci):9 (impact factor: 2.96)

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## ASPECTOS CUANTITATIVOS

### ENSEÑANZA

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
1) Total de residentes:	0	0	0	0	0	
Número de residentes extranjeros:	0	0	0	0	0	
Médicos residentes por cama:	0	0	0	0	0	
2) Residencias de especialidad:	0	0	0	0	0	
3) Cursos de alta especialidad:	0	0	0	0	0	
4) Cursos de pregrado:	0	0	2	3	3	
5) Núm. estudiantes en Servicio Social	0	0	0	2	2	
6. Núm. de alumnos de posgrado:	0	0	0	0	0	
7) Cursos de Posgrado:	0	0	0	0	0	
8) Núm. autopsias:	0	0	0	0	0	
% núm. de autopsias / núm. de fallecimientos	0	0	0	0	0	
9) Participación extramuros			0	0	0	
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	0	0	56	45	82	
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	0	0	0	0	0	
10) % Eficiencia terminal (Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados):	0	0	0	0	0	
11) Enseñanza en enfermería	0	0	0	0	0	
Cursos de pregrado:	0	0	0	0	0	
Cursos de Posgrado:	0	0	0	0	0	
12) Cursos de actualización (educación continua)	0	3	43	103	25	
Asistentes a cursos de actualización (educación continua)	0	6	1,806	4,635	451	
13) Cursos de capacitación:	0	94	70	45	20	
14) Sesiones interinstitucionales:	0	2	21	29	5	
Asistentes a sesiones interinstitucionales	0	24	1,070	1,202	1,240	
15) Sesiones por teleconferencia:	0	46	49	35	70	
16) Congresos organizados:	0	0	8	4	2	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
1.7) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:				0	0	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## ASPECTOS CUANTITATIVOS

### ASISTENCIA

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
1) Núm. de consultas otorgadas:	0	1,206	13,905	24,619	41,743	
Núm. de preconsultas:	0	711	5,403	7,693	2,895	
Consultas subsecuentes:	0	495	8,388	16,926	23,856	
2) Urgencias:	0	290	3,784	4,108	4,431	
Índice de urgencias reales / urgencias sentidas	0	0.49	0.38	0.53	0.34	
3) Núm. de casos nuevos atendidos:	0	238	2,795	2,928	10,561	
4) Total de médicos adscritos:	0	11	24	38	80	
Núm. de consultas otorgadas / Núm. de médicos adscritos:	0	109	579	648	522	
Núm. médicos clínicos	0	25	71	72	117	
Núm. de médicos cirujanos	0	7	22	41	74	
No. de camas censables	0	184	184	184	184	
No. de camas no censables	0	54	65	112	100	
Urgencias	0	8	8	8	8	
Terapia intensiva	0	14	14	14	14	
Terapia intermedia	0	6	6	6	6	
Atención de corta estancia	0	6	6	6	6	
Otras camas no censables	0	20	31	78	66	
5) Núm. de ingresos hospitalarios:	0	171	2,313	3,156	3,749	
6) Total de egresos	0	153	2,179	3,105	3,763	
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría	0	148	2,061	2,874	3,468	
Altas voluntarias	0	0	28	67	59	
7) Núm. de cirugías:	0	86	1,191	1,923	2,299	
Núm. de cirugías / Sala / Día:	0	0.4	0.8	1.11	1.26	
Núm. de cirugías ambulatorias:	0	4	71	77	390	
Cirugías ambulatorias / Núm. de Cirugías:	0	0.05	0.06	0.04	0.17	
8) Núm. de cirugías / Núm. de cirujanos:	0	6	54	87	51	
Diferimiento quirúrgico:	0	6	8	9	10.2	
9) Tasa bruta de mortalidad hospitalaria:	0	3.2	6	4.5	5.9	
10) Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria:	0	3.2	0.06	4.1	5	
11) Tasa de infecciones	0	0	1.59	1.83	3.0	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

**2011**

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
<i>nosocomiales (Núm. de pacientes con infecciones nosocomiales / total de egresos):</i>						
12) Porcentaje de ocupación hospitalaria:	0	3%	27%	36%	42.2%	
Promedio de días de estancia en hospitalización:	0	5	7	7.8	7.5	
13) Número de pacientes del SPSS atendidos en consulta	0	51%	5,496	17,876	18,465	
14) Número de pacientes del SPSS atendidos en hospitalización	0	40%	1,250	1,863	1,112	
15) Total de personal de enfermería:	0	148	257	257	407	
Personal Técnico:	0	37%	38%	38%	47%	
Postécnico:	0	9%	9%	9%	10%	
Licenciatura:	0	35%	43%	43%	29%	
Posgraduados:	0					
Especialistas	0	19%	20%	20%	14%	
Índice de enfermeras tituladas/técnicas	0					
16) Trabajo Social	0	15	23	23	39	
Núm. estudios socioeconómicos x trabajadora social	0	19	156	200	116	
Núm. de camas / Núm. de trabajadores sociales:	0	0	40	16	4.7	
Núm. de casos nuevos / Núm. de trabajadores sociales:	0	0.3	193	250	174	
17) Farmacia	0	0	0	0	0	
% de abasto de medicamentos (Recetas surtidas/Total de recetas):	0	NA	NA	NA	NA	
% Medicamentos Genéricos / Total Medicamentos:	0	68%	52%	80%	80%	
% Medicamentos innovadores / Total medicamentos:	0	9%	48%	20%	20%	
% de Medicamentos adquiridos por licitación:	0	91%	90%	70%	82%	
% de Medicamentos Adquiridos por adjudicación directa:	0	9%	10%	30%	18%	
18) Núm. de estudios de imagen (TAC, RM y PET)	0	276	4,024	3,822	3,304	
19) Núm. de estudios de laboratorio:	0	5,460	70,649	97,972	298,286	
20) Transfusiones de sangre y hemoderivados:	0	196	2,009	3,272	5,350	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

## 2011

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011	Referente nacional o internacional (cuando exista)
<i>21) Núm. de estudios de laboratorio especializados:</i>	0	0	2,819	6,764	6,933	
<i>22) Grupos de apoyo a pacientes constituidos (Denominación de los grupos):</i> 22.1 22.2 22.3 22.4		0	0	0	0	
<i>23) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos: 0</i>						



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## ASPECTOS CUANTITATIVOS

### ADMINISTRACIÓN

AÑO	2007	2008 Inicio de Operación	2009	2010	2011
1) Presupuesto federal original	169,327.5	167,337.2	154,316.0	415,914.0	414,265.0
1.1) Recursos propios original	N/A	33,865.5	33,865.5	20,000.0	30'000.0
2) Presupuesto federal modificado	1,009.3	52,954.7	114, 451.6	371,365.4	463,689.6
2.1) Recursos propios modificado	N/A	33,865.5	33,865.5	20,000.0	30'000.0
3) Presupuesto federal ejercido	1,009.3	52,954.7	114, 451.6	352,330.0	453'837.4
3.1) Recursos propios ejercido	N/A	767.5	7, 736.7	19,641.3	19,494.2
4) % del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:	N/A	N/A	N/A	51.05%	59.78%
4) % del Presupuesto a gastos de investigación:	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
6) % de Presupuesto a gastos de enseñanza:	N/A	0.29%	0.15%	0.24%	0.06%
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	N/A	156.6	178.2	953.1	84.2
7) % del Presupuesto a gastos de asistencia:	N/A	11%	71%	37.16%	38.23%
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	N/A	6,015.1	81,329.6	145,438.5	173,488.7
8) Total de recursos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

## 2011

<i>AÑO</i>	<i>2007</i>	<i>2008 Inicio de Operación</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
<i>de terceros</i>					
Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Recursos de origen externo:	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
9) <i>Núm. de plazas laborales:</i>	1,236	1,193	1,199	1,199	1,200
Núm. de plazas ocupadas	63	416	633	649	997
Núm. de plazas vacantes	1,173	777	566	551	203
% del personal administrativo:	68%	30%	19%	16%	15%
% del personal de áreas sustantivas:	11%	64%	77%	80%	81%
% del personal de apoyo (Limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.):	21%	6%	4%	4%	4%
10) <i>Núm. de plazas eventuales:</i>	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**ASPECTOS CUALITATIVOS**

**A. INVESTIGACIÓN**

El departamento de investigación se encuentra compuesto de 3 investigadores, 2 con categorías “B” y “D” contratados desde el 2010 y la tercera, con categoría “D”, inició actividades en noviembre de 2011. Los espacios físicos del área son suficientes.

No obstante, no se contó con presupuesto para operación en 2010 y 2011, en este último año se realizaron dos publicaciones en revistas indexadas.

Entre las actividades relevantes de 2011 se realizó un censo con el propósito de identificar al personal médico que estaba realizando algún proyecto y/o estuviera interesado en participar en un programa de investigación del hospital. Se identificaron 20 médicos interesados en participar en actividades de investigación interinstitucional, se realizaron 3 reuniones con la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y 1 con la Universidad Anáhuac Mayab, estableciéndose con la UADY un Programa de Trabajo con el propósito de desarrollar proyectos conjuntos en las áreas biomédica, clínica y epidemiológica.

Se instalaron las comisiones de Investigación y la de Bioseguridad en Investigación, y se realizaron 7 sesiones del “Comité Hospitalario de Bioética”. Se dió inicio a los trámites de registro en COFEPRIS de estas 3 entidades.

Las acciones realizadas para el fortalecimiento de las actividades de investigación y mejorar sus resultados son:

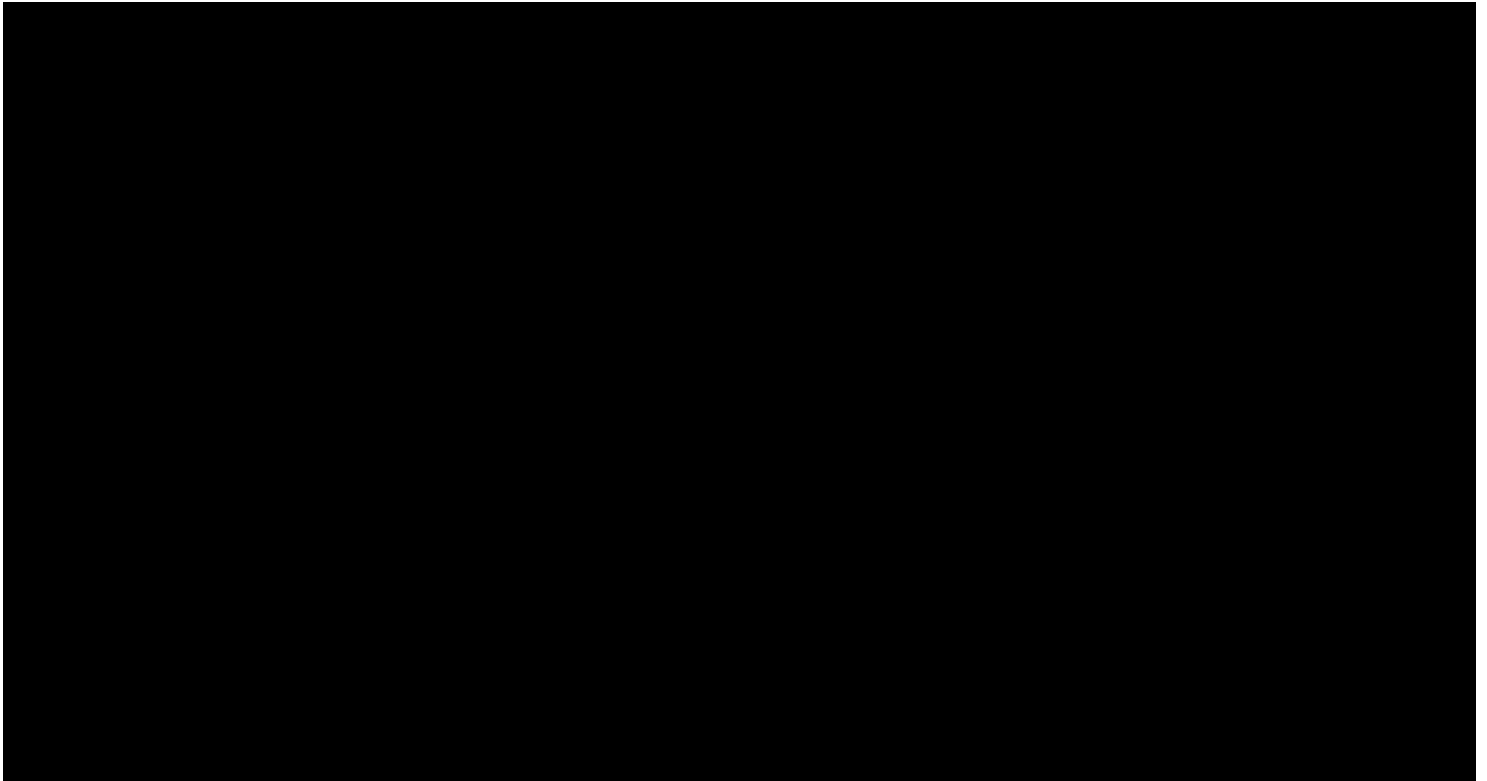
- I. La ocupación de la plaza vacante de Investigador en ciencias medicas “D” a partir del mes de noviembre de 2011.
- II. La publicación de:
  - 2 artículos entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2011 con filiación manifiesta del/ de los autor(es) al HRAEPY, con una productividad de 0.67 publicaciones por investigador (2 artículos/3 investigadores)
  - 5 artículos sometidos a revisión para publicación en revistas científicas indexadas entre el 01/ene/2011 y el 31/dic/2011 a revisión con filiación manifiesta del/ de los autor(es) al HRAEPY
  - 1 capítulo de Libro, en prensa
  - 3 protocolos que cumplen con las condiciones de calidad para ser sometidos a revisión de la Comisión Investigación del HRAEPY
  - 1 protocolo en colaboración HRAEPY-Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
  - 1 protocolo en colaboración con la Universidad Anáhuac Mayab, Escuela de Medicina
  - 2 tesis de Licenciatura concluidas

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

- 2 participaciones en Congresos con filiación manifiesta del/ de los autor(es) al HRAEPY
- III. La apertura del programa presupuestal E022 con un monto autorizado de 5,000,000 para 2012
- IV. La solicitud de ingreso del investigador de recién contratación al Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Medicas de la Secretaría de Salud 2012 y la renovación para permanencia del investigador en ciencias médicas “B”
- V. Desarrollo de tres nuevos protocolos de investigación con un avance aproximado de un 60% y programados para ser sometidos a la comisión de investigación en la sesión de abril.
- VI. Integración de cuatro grupos interinstitucionales HRAEPY-UADY para el desarrollo de protocolos de investigación en las líneas: Epidemiológica, Social, Clínica-Quirúrgica y Microbiológica.

### PROTOCOLOS VIGENTES



## B. ENSEÑANZA

### I. PREGRADO

A través del convenio con la Universidad Anáhuac-Mayab, vigente desde julio de 2009, en 2011 se contó con 41 estudiantes de tercer y cuarto año de la licenciatura en Medicina. Los alumnos reciben clases teóricas y realizan prácticas clínicas en las instalaciones del hospital.

Enmarcado en el convenio con la Facultad de Medicina de la UNAM, el HRAEPY recibió por segunda ocasión, como campo clínico de Internado de Pregrado a 18 médicos para cursar el internado Rotatorio de Pregrado.

El programa académico para el “Internado de Pregrado” que se desarrolla en el HRAEPY contempla dos componentes:

**Teórico Académico:** Revisión de la temática comprendida en el programa académico a cargo de los profesores titulares y médicos residentes de diferentes especialidades de otros Hospitales Federales e Institutos Nacionales de Salud que rotan en el HRAEPY; participación en los seminarios académicos de los servicios por los que rotan y en las sesiones generales del hospital.

**Práctico:** El programa contempla la rotación por campos clínicos de las 6 áreas definidas para la formación de un médico general y ésta quedó organizada en un programa conjunto con el Instituto Mexicano del Seguro Social Yucatán de la siguiente manera:

- HRAEPY: Medicina Interna, Cirugía y Urgencias
- Hospitales del IMSS Yucatán: Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina Familiar.

### II. POSGRADO

A través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad a partir de marzo de 2010 entró en operaciones un programa para recibir residentes en servicio social de las Especialidades Básicas (Tabla 01) y residentes de los cursos de Alta Especialidad, provenientes de Hospitales Federales de Referencia y de los Institutos Nacionales de Salud (Tabla 02).

Igualmente, a través de un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social Yucatán, a partir de marzo de 2010, se reciben residentes en rotación por diferentes campos clínicos (Tabla 03).

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

En el caso de rotaciones de médicos residentes de Cursos de Alta Especialidad-, participan en actividades de práctica clínica, aplicando sus conocimientos del área tales como: apoyo durante la consulta externa, pase de visita, aplicación de tratamientos, curaciones, realización de procedimientos terapéuticos y formando parte del equipo quirúrgico.

El proceso enseñanza-aprendizaje se realiza en un modelo tutorial y por adiestramiento en servicio durante las jornadas laborales, bajo la supervisión del personal médico del hospital y se complementa con sesiones académicas y de revisión de casos clínicos. Los médicos residentes participan como ponentes en las sesiones académicas generales del hospital, en los servicios por los que rotan e impartiendo actividades de docencia dirigidas a médicos internos de pregrado y otros residentes.

TABLA 01.

## RESIDENTES DE ESPECIALIDADES BÁSICAS EN SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA E INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD ENERO – DICIEMBRE 2011

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Medicina Interna	4
Cirugía General	4
Anestesiología	4
<b>Total</b>	<b>12</b>

Fuente: Subdirección de Enseñanza e Investigación

TABLA 02.

## RESIDENTES DE CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA E INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD ENERO – DICIEMBRE 2011

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Neurología y Neurocirugía	4
Oncología Quirúrgica	1
Cardiología	2
Patología	1
Urología	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente: Subdirección de Enseñanza e Investigación

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 03.

## RESIDENTES DE CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL YUCATÁN ENERO – DICIEMBRE 2011

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Cirugía General (Cirugía Laparoscópica)	4
Anestesiología	19
Urología	16
Radiología	4
Medicina Interna (UCI)	6
Epidemiología	4
Urgencias Médicas	8
<b>Total</b>	<b>61</b>

Fuente: Subdirección de Enseñanza e Investigación

Bajo la modalidad de rotaciones el año 2011 se tuvo un total de 82 médicos residentes que comparado con 2010 representa un incremento significativo derivado de residentes en áreas de epidemiología, anestesiología y urología provenientes del IMSS.

Se elaboraron los programas académicos y operativos e iniciaron las gestiones y trámites con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y con la Universidad Autónoma de Yucatán para que a partir del ciclo académico que inicia en marzo de 2012, el HRAEPY sea sede de residencia de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Imagenología diagnóstica y terapéutica, Anestesiología y Urología.

Se cuenta con aval académico de la Universidad Autónoma de Yucatán para los programas de residencias médicas y se está en espera de las plazas por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para dar inicio al ciclo en marzo de 2012.

### III. AUTOPSIAS

El servicio de autopsias del HRAEPY se encuentra en proceso de estructuración por no contar con el equipamiento necesario. Actualmente se realizan los trámites para la identificación de recursos financieros para los proyectos de inversión que apoyarían al área de anatomía patológica para la operación del programa de cáncer mama y los programas de enseñanza a través de la realización de autopsias.

### IV. CURSOS O ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTINUA

Durante el 2011 se realizaron 25 cursos de educación continua con 451 participantes (Tabla 04).

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 04.

## ENSEÑANZA MÉDICA CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA ENERO – DICIEMBRE 2011

CURSO	2010	2011
Actualización	103	25
TOTAL	103	25

Fuente: Subdirección de Enseñanza e Investigación

Durante 2011 únicamente se registró el número de asistentes a cursos de educación continua que llenaban los requisitos para este tipo de actividades académicas y que fueron reportados a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.

## V. APOYOS PARA LA ENSEÑANZA

RECURSOS E INDICADORES																				
B I B L I O T E C A  O C E N T R O	M A T E R I A L Y E Q U I P O	LIBROS		TITULOS REVISTAS		FOTOCOPIADORAS		COMPUTADORAS		BASES DE DATOS		REVISTAS ELECTRONICAS		WEB						
		1		3	TOTAL	5		6		7		8		9						
		455				1		3 usuarios 1 en el aservo		4		12								
		2	NUEVOS	4	NUEVOS															
		26																		
E S T A D I S T I C A S	HORAS SEM.		NO. DE ATENCIONES			NO. DE PRESTAMOS			NO. DE PRESTAMOS INTERBIBLIOTECARIOS		FOTOCOPIAS		NO. DE CONSULTAS							
			INTERNOS		EXTERNOS	LIBROS		REVISTAS					BASES DE DATOS	REV. ELEC.	WEB					
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19	
	60		475		159	48			0		1965		104		No se dispone de contador de visitantes	No se dispone de contador de visitantes				
RECURSOS HUMANOS																				
C A T E G O R I A	BIBLIOTECARIO PROFESIONAL		OTRO PROFESIONAL		ADMINISTRATIVOS		SECRETARIA		TOTAL											
	20		21		22		23		24											
0		1		1		0		2												



**2011**

**OTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES**

- a) Desde 2009 se cuenta con un Comité de Bibliohemeroteca el cual se encarga de decidir el acervo a adquirir.
- b) Vinculación con la biblioteca de la UNAM, con las de la RED ANAHUAC y de la Univ. del Valle de México.
- c) Servicio de UP TO DATE, actualmente en modo de prueba y programada la contratación del servicio para el mes de marzo de 2012.
- d) Programa de selección de libros en apoyo a las residencias médicas que inician en 2012.
- e) El uso de la Bibliohemeroteca incluye alumnos de pregrado, servicio social, residentes y médicos especialistas, así como personal del área paramédica.
- f) Trámite de presupuesto por \$620,000 pesos para el ejercicio presupuestal 2012.

**C. ATENCIÓN MÉDICA**

**INTRODUCCIÓN**

El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, desde su puesta en operación el 11 de junio de 2008 mantiene un crecimiento sostenido en el número de atenciones a la población de la región sureste. Para la obtención de los resultados se han realizado acciones para mantener la comunicación con los hospitales públicos y privados de la región (estados de Campeche, Quintana Roo y el estado de Yucatán), convenios de colaboración con el sector educativo público y privado, el apoyo constante de la industria farmacéutica y a través de los propios usuarios.

El hospital cuenta con una capacidad instalada de 184 camas. Durante el año se realizaron las gestiones para aumentar la capacidad de atención al realizar la contratación del personal de base que permitió aumentar de 80 a 100 el número de camas censables habilitadas.

**I. CONSULTA EXTERNA**

**1. PROYECTO PILOTO DE “ORIENTACIÓN MÉDICA”**

Durante los meses de agosto del 2010 a junio de 2011, el Hospital contó con el servicio de “Orientación Médica”. Este servicio estuvo a cargo de dos médicos pasantes del servicio social de la Universidad Anáhuac Mayab. A lo largo del período, ambos médicos se encargaron de realizar una atención gratuita a todo aquel paciente nuevo verificando que cumpliera con los requisitos de cada especialidad para ser aceptados por los servicios ofrecidos como pacientes de nuevo ingreso al hospital.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

En este periodo se recibieron pacientes referidos o espontáneos de diversos municipios del estado de Yucatán y de estados aledaños. Del total de pacientes recibidos en este proyecto, 1,469 fueron aceptados como paciente en las diversas especialidades para su estudio y tratamiento. Esto representó el pase del 43% de los pacientes recibidos de agosto 2010 a junio 2011 a las distintas especialidades. Las tres especialidades con mayor número de casos nuevos fueron: Cirugía General, Medicina Interna y Urología.

TABLA 05.

## ORIENTACIÓN MÉDICA TOTAL DE PACIENTES RECIBIDOS 2011

CONCEPTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
Pacientes recibidos	327	425	404	419	389	423	2,387

Fuente: Informe Servicio de Orientación Médica

A partir del mes de julio de 2011 inició el servicio de preconsulta operado por médicos internistas de base, distribuidos y organizados durante la semana en el turno matutino.

Para el período comprendido de julio a diciembre, la productividad de preconsultas efectuadas es de 508 consultas.

## 2. CONSULTAS

Con 28 especialidades funcionando, se logró un 35.46% de incremento en las consultas en comparación con 2010.

En 2011, el 64% de las consultas realizadas fueron subsecuentes, 28% fueron de primera vez y el 8% de preconsulta. (Tabla 6A)

Las 10 principales causas de consulta se presentan en la Tabla 6B.

## CONSULTA EXTERNA COMPARATIVO POR TIPO DE CONSULTA ENERO - DICIEMBRE 2011

TABLA 6A.

TIPO DE CONSULTA	2010	%	2011	%	% VARIACIÓN
Primera vez	2,928	10.63%	10,561	28%	260.69%
Consulta Subsecuente	16,923	61.44%	23,856	64%	40.97%
Preconsulta	7,693	27.93%	2,895	8%	-62.37%
<b>Total</b>	<b>27,544</b>	<b>100%</b>	<b>37,312</b>	<b>100%</b>	<b>35.46%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## CONSULTA EXTERNA MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA ENERO - DICIEMBRE 2011

TABLA 6B.

DIAGNÓSTICO	2011
Cálculo del riñón	1,987
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	853
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	625
Hiperplasia de la próstata	539
Hipertensión esencial (primaria)	525
Lumbago no especificado	499
Otras colecistitis	485
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	439
Episodio depresivo moderado	417
Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	400

Fuente: Departamento de Estadística

## II. HOSPITALIZACIÓN

Los ingresos hospitalarios en 2011 registraron un incremento de 18.8% en relación al mismo periodo del año anterior. En lo relativo a los egresos, el incremento fue de 21.2%. (Tabla 07).

TABLA 07.

### HOSPITALIZACIÓN COMPARATIVO DE INGRESOS Y EGRESOS ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011	% VARIACIÓN
Ingresos	3,156	3,749	18.8%
Egresos	3,105	3,763	21.2%

Fuente: Departamento de Estadística

El crecimiento en el número de egresos totales en comparación al año anterior se debió principalmente a la apertura del tercer piso de hospitalización en el último trimestre de 2011 producto de la colaboración con los Servicios de Salud de Yucatán para la atención de pacientes con dengue. Así mismo, a la contratación de personal el último bimestre del año.

Durante el 2011, la distribución por motivos de egreso presenta variaciones con respecto al año anterior. (Tabla 08).

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 08.

## HOSPITALIZACIÓN COMPARATIVO EGRESO POR TIPO ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE EGRESO	2010		2011		% VARIACIÓN
Mejoría	2,874	92.6%	3,468	92.2%	20.7%
Altas voluntarias	67	2.0%	59	1.6%	-12.0%
Defunción	164	5.4%	218	5.8%	32.9%
Pase a otro hospital	9	0.0%	18	0.4%	100%
<b>Total</b>	<b>3,114</b>	<b>100%</b>	<b>3,763</b>	<b>100%</b>	<b>21.2%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

En lo relativo a la ocupación hospitalaria, la capacidad programada para 2011 fue considerando 184 camas y el resultado obtenido fue 42.2%; sin embargo al tomar en cuenta únicamente las 100 camas habilitadas a partir del último trimestre del año, el índice de ocupación es de 77.6%. La principal limitante para la habilitación de las camas disponibles es la plantilla de personal de enfermería y médica incompleta, para lo cual se realizará la convocatoria de contratación en 2012 de las plazas vacantes.

El resultado del indicador de días de estancia en el año 2010 fue de 7.8 días y para el año 2011 fue de 7.5 días. Sobresale la recepción de pacientes de dengue que se presentó en el último trimestre del año.

En la Tabla 09 se presenta la comparación de ocupación hospitalaria y los días paciente con lo programado, 184 camas, y con 100 camas, las actualmente funcionando.

TABLA 09.

## HOSPITALIZACIÓN OCUPACIÓN HOSPITALARIA ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010		2011	
	184 CAMAS	80 CAMAS	184 CAMAS	100 CAMAS
Ocupación hospitalaria	35.2%	81.0%	42.2%	77.6%
Días paciente	23,669	23,669	28,328	28,328

Fuente: Departamento de Estadística

## OCUPACIÓN HOSPITALARIA 2008 – 2011

CONCEPTO	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
Ocupación hospitalaria	3.0%	27.0%	36.0%	42.2%
Promedio días estancia	5	7	7.8	7.5

Fuente: Informe Anual de Autoevaluación del Director General 2010

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

Al cierre del 2011 han sido superados los niveles de ocupación hospitalaria reportados en años anteriores.

En el comparativo con el año anterior, la tasa de mortalidad hospitalaria registra un incremento, con una tasa bruta de 4.5 para 2010 y de 5.9 para 2011; y la ajustada para los mismos periodos de 4.1 y 5.0 (incremento de 22%) respectivamente.

Este resultado es producto del mayor número de ingresos de pacientes geriátricos y neurológicos con de patologías complejas, así como el aumento de casos oncológicos.

## TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA ENERO- DICIEMBRE 2011

TASA	2010	2011
TASA BRUTA	4.5	5.9
TASA AJUSTADA	4.1	5.0

Fuente: Departamento de Estadística

## MORBILIDAD HOSPITALARIA ENERO- DICIEMBRE 2011

DIAGNÓSTICO	TOTAL
Fiebre del dengue [dengue clásico]	334
Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	192
Otras colecistitis	188
Cálculo del riñón	173
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	92
Insuficiencia renal crónica, no especificada	91
Cálculo del uréter	69
Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	56
Neumonía, no especificada	51
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	46

Fuente: Departamento de Estadística

## MORTALIDAD HOSPITALARIA ENERO- DICIEMBRE 2011

DIAGNÓSTICO	TOTAL
Tumores malignos	48
Septicemia	24
Neumonía e influenza	20
Enfermedades del corazón	19
Enfermedades cerebrovasculares	18
Enfermedades del hígado	17
Diabetes mellitus	7
Insuficiencia renal	7
Leucemias	7
Tumor maligno del estómago	7

Fuente: Departamento de Estadística

## **ACCIONES INTERINSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON FIEBRE DE DENGUE EN EL HRAEPY**

Siendo el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) un hospital federal, destinado a la atención médica de alta complejidad, integrante del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica, y de la Red Hospitalaria del Estado, en estrecha coordinación con los Servicios de Salud de Yucatán (SSY), en particular con la Jurisdicción Sanitaria No. 1, amparados en el marco del convenio de colaboración celebrado entre ambas instituciones, estos vínculos se vieron fortalecidos durante el último cuatrimestre de 2011, por motivo del brote de fiebre de dengue, acontecido en el Estado en este periodo.

Para estar en condiciones de dar cabida a todos los pacientes referidos por el Hospital General “Agustín O’Horán”, se requirió la adquisición de insumos extraordinarios, la ampliación del número de camas disponibles, por lo que se aperturó el 3er. piso de hospitalización con 30 camas, y de la participación de personal de enfermería proveniente de los SSY, situación que fue subsanada con el incremento de la plantilla de enfermería mediante contratación en noviembre de este mismo año.

Se brindó atención médica hospitalaria a 384 pacientes, con el fallecimiento de 2 casos, que representa el 0.52% de los egresos hospitalarios por esta causa. El laboratorio Estatal de Salud Pública del Estado fue el encargado de realizar las pruebas histoquímicas y confirmar los casos sin costo alguno para el HRAEPY.

### **III. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES**

#### **1. LABORATORIO CLÍNICO**

Este servicio presentó un crecimiento exponencial en el año 2011, aumentando un 204.5% respecto al año anterior. Básicamente el incremento se debió a las solicitudes que son generadas en la consulta externa, existiendo especialidades como Oncología, por citar un ejemplo, en las cuales el tipo de pacientes y enfermedades que abarca, requiere de la realización de varias pruebas de laboratorio a un mismo paciente. Los estudios con mayor demanda son la química clínica, la hematología y las pruebas de coagulación (Tabla 10).

Consulta Externa, Hospitalización, Terapias y Admisión Continua son las áreas que solicitaron más estudios de laboratorio durante el período reportado (Tabla 11).

Probablemente este incremento se deba a problemas de registro dado que se ha detectado que la información básica que se registra es la generada por el laboratorio subrogado, que se integra por procedimiento para el cobro del servicio, y no por estudio.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

**TABLA 10.**

## LABORATORIO CLÍNICO COMPARATIVO POR TIPO DE ESTUDIOS ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE ESTUDIO	2010		2011		% VARIACIÓN
	CANT	%	CANT	%	
Química Clínica	49,346	50.36%	213,939	71.72%	333.55%
Hematología	18,219	18.59%	16,171	5.42%	-11.24%
Coagulación	7,393	7.54%	22,349	7.49%	202.30%
Inmunología	1,519	1.55%	8,871	2.97%	484.00%
Serología	1,474	1.50%	2,251	0.75%	52.71%
Especiales	6,764	6.90%	6,933	2.32%	2.50%
Urología	4,636	4.73%	6,254	2.09%	34.90%
Hormonas	4,267	4.35%	3,667	1.22%	-14.06%
Infeciosas	370	0.37%	101	0.03%	-72.70%
Microbiología	3,252	3.31%	4,579	1.53%	40.81%
Parasitología	394	0.40%	1,607	0.53%	307.87%
Citometría	68	0.06%	9,482	3.17%	13844.12%
Gasotometria	0	0.00%	2,010	0.67%	100.00%
Líquidos corporales	270	0.27%	72	0.02%	-73.33%
<b>Total</b>	<b>97,972</b>	<b>100%</b>	<b>298,286</b>	<b>100%</b>	<b>204.46%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

**TABLA 11.**

## LABORATORIO CLÍNICO ESTUDIOS REALIZADOS POR SERVICIO SOLICITANTE ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011
Total de estudios	97,972	298,286
Personas atendidas	12,543	27,917
No. estudios por persona	7.8	10.7

SERVICIO SOLICITANTE	2010		2011	
	CANT	%	CANT	%
Consulta Externa	39,045	39.85%	132,187	44.31%
Hospitalización	28,462	29.05%	73,521	24.64%
Admisión continua	17,041	17.39%	44,930	15.06%
Terapias	12,539	12.79%	45,086	15.11%
Ambulatorios	63	0.06%	1,308	0.43%
Quirófanos	822	0.83%	542	0.18%
Banco de Sangre	0	0.00%	712	0.23%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

SERVICIO SOLICITANTE	2010		2011	
	CANT	%	CANT	%
<b>Total</b>	<b>97,972</b>	<b>100.00%</b>	<b>298,286</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

## 2. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Durante el año 2011, los estudios de Imagenología se incrementaron en un 8.8% en comparación con los realizados en 2010.

Los estudios de radiología simple y contrastada representaron los 50.3% del total en 2011, seguidos por la tomografía (22.1%) y la ultrasonografía (12.9%), como se observa en la Tabla 12.

Con relación a la distribución por servicios solicitante, durante el 2011 aparecen en primer lugar los ambulatorios externos, seguidos por Hospitalización y Admisión Continua. (Tabla 13).

TABLA 12.

### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO COMPARATIVO POR TIPO DE ESTUDIO ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010		2011	
Total de estudios	10,310		11,221	
Personas atendidas	9,272		9,003	
No. estudios por persona	1.1		1.2	
TIPO DE ESTUDIO	CANT	%	CANT	%
Radiología simple y contrastada	5,518	53.5%	5,648	50.3%
Tomografía axial	2,772	26.9%	2,483	22.1%
Ultrasonografía	580	5.6%	1,445	12.8%
Mastografía	133	1.3%	246	2.2%
Densitometría	95	0.9%	227	2.0%
Resonancia magnética	1,050	10.2%	821	7.2%
Fluoroscopia		0.0%	174	1.6%
Arco en C	109	1.1%	6	0.1%
Litotricia	3	0.0%	170	1.5%
Urodinamia	50	0.5%	42	0.3%
Omitidos		0.0%	1	0.0%
<b>Total</b>	<b>10,310</b>	<b>100.00%</b>	<b>11,263</b>	<b>100.00%</b>



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 13.

## AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ESTUDIOS REALIZADOS POR SERVICIO SOLICITANTE ENERO- DICIEMBRE 2011

SERVICIO SOLICITANTE	2010		2011	
	CANT	%	CANT	%
Consulta Externa	4,409	42.8%	1,234	11.0%
Hospitalización	1,812	17.6%	1,948	17.4%
Admisión continua	1,434	13.9%	1,229	11.0%
Terapias	591	5.7%	724	6.5%
Ambulatorios (externos)	2,039	19.8%	5,009	44.6%
Quirófano	25	0.2%	29	0.3%
No registrado	0	0.0%	1,048	9.3%
<b>Total</b>	<b>10,310</b>	<b>100.00%</b>	<b>11,221</b>	<b>100%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

### 3. GABINETES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Actualmente el hospital cuenta con 9 gabinetes de diagnóstico y tratamiento: Endoscopia, Fisiología Pulmonar, Inhaloterapia, Cardiología, Electrocardiografía, Hemodinamia, Hemodiálisis, Quimioterapia y Audiología. (Tabla 14).

TABLA 14.

## GABINETES COMPARATIVO POR GABINETE DEL TOTAL DE PROCEDIMIENTOS ENERO- DICIEMBRE 2011

GABINETE	2010	2011
Endoscopia	1,194	1,463
Fisiología Pulmonar	101	348
Inhaloterapia	7,966	8,938
Cardiología	410	691
Electrocardiografía	2,306	2,568
Hemodinamia	263	148
Hemodiálisis	1,007	3,352
Quimioterapia Ambulatoria	1,280	2,349
Audiología	240	578

Fuente: Departamento de Estadística

#### 3.1 ENDOSCOPIA

En 2011, la panendoscopia representó el 64.04% de los estudios realizados; seguidos por la colonoscopia (16.26%) y la CEPRE (12.16%), como se observa en la Tabla 15.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 15.

## GABINETE ENDOSCOPIA COMPARATIVO POR TIPO DE PROCEDIMIENTO ENERO – DICIEMBRE 2011

TIPO DE PROCEDIMIENTO	2010		2011	
	CANT	%	CANT	%
Panendoscopia	802	67.16%	937	64.04%
Colonoscopia	187	15.66%	238	16.26%
CEPRE	121	10.13%	178	12.16%
Broncoscopia	40	3.35%	34	2.32%
Intervencionismo (ligadura varices....)	44	3.68%	22	1.50%
Escleroterapia	0	0.00%	1	0.06%
Gastrostomia	0	0.00%	5	0.34%
Intubación Endoscópica	0	0.00%	1	0.06%
Traqueostomia	0	0.00%	4	0.27%
Otros	0	0.00%	43	2.93%
<b>Total</b>	<b>1,194</b>	<b>100.00%</b>	<b>1,463</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

### 3.2 FISIOLÓGIA PULMONAR

Se incrementó en más del doble el número de procedimientos realizados en el gabinete de Fisiología Pulmonar en comparación con el mismo período del año anterior (Tabla 16).

TABLA 16.

## GABINETE FISIOLÓGIA PULMONAR POR TIPO DE ESTUDIO ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE PROCEDIMIENTO	2010		2011	
Espirometría	56	55.44%	165	47.41%
Pletismografía	0	0.00%	38	10.91%
Revisión endoscópica	45	44.55%	89	25.57%
Biopsia de Garganta	0	0.00%	2	0.57%
Biopsia Pleural	0	0.00%	4	1.14%
Cambio de cánula	0	0.00%	1	0.28%
Cateterismo pleural	0	0.00%	2	0.57%
Colocación de Sonda	0	0.00%	10	2.87%
Minitoractomía	0	0.00%	1	0.28%
Nasoendoscopia	0	0.00%	5	1.43%
Retiro de sonda	0	0.00%	5	1.43%
Ventilación máximo desempeño	0	0.00%	8	2.29%
Pleurodesis	0	0.00%	5	1.43%
Teracocentesis	0	0.00%	2	0.57%
Fluoroscopia	0	0.00%	1	0.28%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TIPO DE PROCEDIMIENTO	2010		2011	
Traqueoscopia	0	0.00%	10	2.87%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100.00%</b>	<b>348</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

## 3.3 INHALOTERAPIA

Durante el 2011, los procedimientos realizados en el gabinete de Inhaloterapia aumentaron en un 12.2% en comparación con el año anterior (Tabla 17).

TABLA 17.

### GABINETE INHALOTERAPIA PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011	% VARIACIÓN
Número de procedimientos realizados	7,966	8,938	12.20%

Fuente: Departamento de Estadística

## 3.4 CARDIOLOGÍA

El incremento en el número de estudios de gabinete de Cardiología fue de 68.5%. En 2011, el ecocardiograma fue el estudio de mayor demanda (41.5%), seguido por estudios Holter (40.7%). (Tabla 18)

TABLA 18.

### GABINETE CARDIOLOGÍA COMPARATIVO POR TIPO DE ESTUDIO ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE ESTUDIO	2010		2011	
Estudio Holter	211	51.46%	281	40.66%
Prueba de esfuerzo	119	29.02%	123	17.80%
Ecocardiograma	80	19.51%	287	41.53%
<b>Total</b>	<b>410</b>	<b>100.00%</b>	<b>691</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

## 3.5 ELECTROCARDIOGRAFÍA

En 2011, el número de estudios en el gabinete de Electrocardiografía creció un 11.36% en comparación con el 2010 (Tabla 19).

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 19.

## GABINETE ELECTROCARDIOGRAFÍA COMPARATIVO POR TIPO DE PROCEDIMIENTO ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE ESTUDIO	2010	2011	% VARIACIÓN
Electrocardiograma	2,306	2,568	11.36%

Fuente: Departamento de Estadística

### 3.6 HEMODINAMIA

Durante el año 2011 el número de estudios realizados en el gabinete de Hemodinamia descendió un 43.7% en comparación con el año anterior. Las causas de este descenso son resultado de:

- A. Aplicación más rigurosa de las Políticas y Criterios de Admisión en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.
- B. Aplicación de filtro de pacientes con afiliación a instituciones de seguridad social.
- C. Recursos presupuestales limitados que obligaron a priorizar servicios.

En 2011, los cateterismos coronarios diagnósticos representaron el 34.45% de los estudios realizados, seguidos de angiografía periférica diagnóstica (14.86%) y angioplastia coronaria (12.83%). (Tabla 20).

TABLA 20.

## GABINETE HEMODINAMIA COMPARATIVO POR TIPO DE ESTUDIO ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE PROCEDIMIENTO	2010		2011		% VARIACIÓN
	CANT	%	CANT	%	
Cateterismo coronario diagnóstico	93	35.36%	51	34.45%	-45.16%
Angiografía periférica diagnóstica	37	14.06%	22	14.86%	-40.54%
Angioplastia coronaria	23	8.74%	19	12.83%	-17.39%
Angioplastia con Stent	0	0.00%	9	6.08%	0.00%
Angioplastia de vasos periféricos	1	0.38%	0	0.00%	-100.00%
Cardioversión	0	0.00%	1	0.67%	0.00%
Ablación	15	5.70%	6	4.05%	-60.00%
Colocación de marcapaso definitivo	26	9.88%	9	6.08%	-65.38%
Colocación Balón de contrapulsación	0	0.00%	1	0.67%	0.00%
Colocación de port a cath	2	0.76%	0	0.00%	-100.00%
Drenaje Pericardio	0	0.00%	2	1.35%	0.00%
Embolización	0	0.00%	5	3.37%	0.00%
Embolización de malformaciones	24	9.12%	0	0.00%	-100.00%
Embolización de aneurisma	4	1.52%	0	0.00%	-100.00%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TIPO DE PROCEDIMIENTO	2010		2011		% VARIACIÓN
	CANT	%	CANT	%	
Embolización de tumor derecho	2	0.76%	0	0.00%	-100.00%
Salinoteresis	1	0.38%	1	0.67%	0.00%
Trombolisis	1	0.38%	0	0.00%	-100.00%
Arteriografía	4	1.52%	0	0.00%	-100.00%
Panangiografía	22	8.36%	12	8.10%	-45.45%
Portoesplenografía	1	0.38%	0	0.00%	-100.00%
Tamponamiento Cardíaco	1	0.38%	0	0.00%	-100.00%
Cambio marcapaso renal	5	1.90%	1	0.67%	-80.00%
Drenaje Precardio	0	0.00%	2	1.35%	0.00%
Ecodobutamina	0	0.00%	4	2.70%	0.00%
Estudio Electrofisiológico	0	0.00%	2	1.35%	0.00%
Implante de monitor	0	0.00%	1	0.67%	0.00%
Valvuloplastia	1	0.38%	0	0.00%	-100.00%
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100.00%</b>	<b>148</b>	<b>100.00%</b>	<b>-43.72%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

## 3.7 HEMODIÁLISIS

El servicio de Hemodiálisis funciona subrogado desde julio del 2010 con 9 sillones. A partir de enero, el hospital cuenta con 4 médicos nefrólogos (2 en cada turno de lunes a viernes) y con base en el personal médico y de enfermería capacitado; el espacio físico y el número de máquinas que puede albergar dicha área, se contempló un máximo de 8 pacientes en el turno matutino, 4 en turno intermedio y 6 en el turno vespertino, de lunes a viernes.

Con los resultados obtenidos durante el 2011, se sobrepasó la meta anual estimada (2,400 sesiones). Existe un área de oportunidad para incrementar la capacidad del servicio ampliando los horarios de atención en fines de semana, de contar con el personal médico y/o de enfermería necesarios. (Tabla 21).

Se estima el inicio de la operación del programa de trasplante renal para 2012 y será cuando se determine los procesos de vinculación con la hemodiálisis.

TABLA 21.

### GABINETE HEMODIÁLISIS COMPARATIVO PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ENERO – DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011	% VARIACIÓN
Número de procedimientos realizados	1,007	3,352	232.87%

Fuente: Dirección Médica

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## 3.8 QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA

El HRAEPY cuenta con 9 sillones para efectuar tratamientos de quimioterapia. En 2011, los procedimientos realizados aumentaron en un 83.52% en comparación con el 2010. (Tabla 22).

TABLA 22.

### GABINETE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011	% VARIACIÓN
Número de procedimientos aplicados	1,280	2,349	83.52%

Fuente: Departamento de Estadística

## 3.9 AUDIOLOGÍA

Con el ingreso de nuevo personal médico especialista, en el 2011 se registró un incremento de 141% en la capacidad de atención de este gabinete, siendo la audiometría tonal el estudio realizado con mayor frecuencia (41.86%). (Tabla 23)

TABLA 23.

### GABINETE AUDIOLOGÍA COMPARATIVO POR TIPO DE ESTUDIO ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE ESTUDIO	2010		2011	
Audiometría tonal	120	50.00%	242	41.86%
Audiología básica	11	4.58%	34	5.88%
Auditivos de tallo cerebral	1	0.41%	3	0.51%
Emisiones otoacústicas	4	1.66%	0	0.00%
Impedancia básica	1	0.41%	0	0.00%
Logoaudiometría	0	0.00%	10	1.73%
Potenciales evocados auditivos	96	40.00%	131	22.66%
Timpanometría	7	2.91%	122	21.10%
Sin referencia	0	0.00%	36	6.22%
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100.00%</b>	<b>578</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

## 4. TERAPIAS INTENSIVAS

El hospital a la fecha cuenta con total de 24 camas, de las que 14 corresponden a la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de las que están en función 6; Terapia Intensiva Pediátrica cuenta con 4, de las que funcionan 2. La Terapia Intermedia cuenta con 6 camas, funcionando 4. Esta capacidad corresponde a la misma del 2010. (Tabla 24).

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

Durante el periodo del 2011, se atendieron 308 pacientes con un promedio de días de estancia de 6.1 en Terapia Intensiva Adultos. (Tabla 25); y 51 pacientes con un promedio de días de estancia de 4.2 en Terapia Intensiva Pediátrica. (Tabla 26)

TABLA 24.

## UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA POR TIPO Y NÚMERO DE CAMAS

ÁREA	TOTAL DE CAMAS	No. CAMAS HABILITADAS
Unidad de Terapia Intensiva Adultos	14	6
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	4	2
Unidad de Terapia Intermedia	6	4

Fuente: Subdirección de Enfermería

TABLA 25.

## UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011
Total de pacientes atendidos	249	308
Promedio días de estancia	6.0	6.1

Fuente: Departamento de Estadística

TABLA 26.

## UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA ENERO- DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	2010	2011
Total de pacientes atendidos	28	51
Promedio días de estancia	6.0	4.2

Fuente: Departamento de Estadística

## 5. QUIRÓFANOS

En el año 2011 se realizaron 376 procedimientos más que el año anterior, lo que representó un incremento de un 19.6% en relación al mismo período. El 59.1% fueron cirugías programadas; el 23.9%, cirugías de urgencia y el 17.0%, ambulatorias. (Tabla 27).

Del total de cirugías, 1,572, el 68.4% fueron cirugías mayores y 31.6% menores (Tabla 28).

Desde enero de 2011 se realizan procedimientos de Cirugía Ambulatoria. El área destinada para este servicio inició operaciones en abril de 2011 con 6 camas que funcionan exclusivamente de lunes a viernes en los turnos matutino y vespertino.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 27.

## QUIRÓFANOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPOS DE CIRUGÍA	2010		2011		% VARIACIÓN
	CANT	%	CANT	%	
Programado	1,316	68.43%	1,359	59.11%	3.26%
Urgencia	524	27.24%	550	23.92%	4.96%
Ambulatoria	83	4.31%	390	16.96%	369.87%
<b>Total</b>	<b>1,923</b>	<b>100%</b>	<b>2,299</b>	<b>100%</b>	<b>19.6%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

TABLA 28.

## QUIRÓFANOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR TIPO DE CIRUGÍA Y MES ENERO- DICIEMBRE 2011

TIPO DE CIRUGIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<b>MAYORES</b>	103	162	148	138	129	142	132	126	138	130	115	109	<b>1,572</b>
<b>MENORES</b>	58	53	57	69	68	85	61	52	63	61	64	36	<b>727</b>

Fuente: Departamento de Estadísticas

Con base en la morbilidad de 2011, la cirugía que más se realizó fue la Colectectomía laparoscópica, la cual se realiza en pacientes con diferentes co-morbilidades atendidas en tercer nivel (trastornos hematológicos, reumatológicos, etc.); procedimientos bariátricos como colocación de banda gástrica, manga gástrica, bypass gástrico; plastías de hernia diafragmática con y sin malla completamente endoscópicas, así como grandes hernias ventrales que han requerido de nuevas y complejas técnicas dado el gran tamaño de éstas. Se realizaron procedimientos que requieren microcirugía y alta especialidad con la trasposición de colon en pacientes con lesiones esofágicas y colectomías laparoscópicas.

## 6. INFECCIONES NOSOCOMIALES

Las causas de infecciones nosocomiales fueron por infecciones de catéter, de vías urinarias, neumonías, dehiscencias de heridas quirúrgicas y bacteriemia (Tabla 29).

A pesar de que la tasa de infecciones nosocomiales se encuentra por debajo de la media nacional, se registra un incremento de 1.83 a 3.0, probablemente por la intensificación de actividades tendientes a la búsqueda intencionada de casos nuevos, motivo por el cual se fortalecen los controles para el manejo de los equipos médicos, la vigilancia en los indicadores de enfermería; se instala la clínica de catéteres, y el programa de lavado de manos.



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

El HRAEPY actualmente se encuentra en proceso de preparación para someterse al proceso de Certificación por el Consejo de Salubridad General, por lo que se está desarrollando, entre otros, el “Procedimiento para la Identificación y Registro de Evento Adverso” como parte del estándar de mejora de la calidad y seguridad del paciente QPS. A partir de 2012 se iniciará el registro y seguimiento de todos los eventos que se generen en la institución

TABLA 29.

## INFECCIONES NOSOCOMIALES COMPARATIVO DE CASOS POR SERVICIO ENERO- DICIEMBRE 2011

SERVICIO	2010		2011	
	No. DE CASOS	TASA DE INFECCIÓN X SERVICIO	No. DE CASOS	TASA DE INFECCIÓN X SERVICIO
Cirugía	24	1.91	43	2.17
Medicina Interna	33	1.84	34	2.17
UTIA	3	1.3	30	9.80
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>1.83</b>	<b>107</b>	<b>3.0</b>

Fuente: Departamento de Estadística

## 7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La unidad de vigilancia epidemiológica se encuentra conformada actualmente por dos médicos epidemiólogos y dos enfermeras.

La tasa de infección nosocomial en el año que se informa, se ha mantenido por debajo de la tasa media de 5%.

## 8. DIFUSIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS.

La cartera de servicios de la institución fue actualizada en el mes de junio de 2011, incrementándose la oferta de servicios. Este documento está integrado en tres partes: Cartera de Servicios Clínicos, Cartera de Servicios Quirúrgicos y Cartera de Servicios Auxiliares, que fueron difundidos al personal médico y a todas las direcciones del hospital para su conocimiento y aplicación. Al exterior, esta difusión se ha realizado mediante el portal web del hospital y directamente al público, vía telefónica o presencial, en los controles de admisión de Consulta Externa y Admisión Continua.

## 9. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

En relación a la meta de contar con el 80% de las Guías de Práctica Clínica de las 20 patologías más frecuentes (70 guías), durante el 2011 se trabajó en el diseño de 67 guías

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

(95.7%). Al cierre del año, el avance fue significativo, ya que las 67 guías se encuentran concluidas.

## 10. CLÍNICAS DE ATENCIÓN MÉDICA

El avance en la captación de pacientes y el funcionamiento de las cuatro clínicas de atención médica que están dentro del programa anual de la Dirección Médica es el que a continuación se detalla (Tabla 30).

TABLA 30.

CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA  
COMPARATIVO DE PACIENTES ATENDIDOS POR TIPO DE CLÍNICA  
ENERO – DICIEMBRE 2011

TIPO DE CLÍNICA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT	% DE AVANCE	MET A ANUAL
De heridas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	200
De cuidados paliativos	14	18	24	17	14	18	12	13	36	42	25	35	268	111%	240
De alteraciones alimenticias	19	13	21	16	14	20	32	18	24	21	25	12	235	470%	50
De mama	4	3	9	4	8	7	4	4	6	9	21	5	84	280%	30

Fuente: Dirección Médica

- 1) La clínica de heridas cuenta con los insumos y espacio físico adecuados y destinados para tal fin; sin embargo, no pudo ser abierta por falta de personal de enfermería. En 2012 se revalorará la apertura de esta clínica con el personal de enfermería de nuevo ingreso.
- 2) La clínica de cuidados paliativos se encuentra funcionando con una demanda importante.
- 3) La clínica de alteraciones alimenticias está funcionando en conjunto con el programa de cirugía bariátrica del hospital.
- 4) La clínica de mama se encuentra en proceso de conformación, y en espera de la resolución de un proyecto de inversión presentado al Sistema de Protección Social en Salud para la obtención de los recursos financieros que permitirán la adquisición del equipo necesario. Sin embargo, en 2011 se ofrecieron un total de 84 atenciones por cáncer de mama lo que significa un avance casi el triple en relación a la meta anual programada que fue de 30 atenciones.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## 11. NUTRICION PARENTERAL

Se han incluido en las licitaciones correspondientes los insumos necesarios para poner en funcionamiento el servicio de nutrición parenteral. La Subdirección de Enfermería ha capacitado y designado personal específico para el área de preparación de mezclas contribuyendo, durante el presente año, en el otorgamiento continuo de este tipo de alimentación, como se muestra en la Tabla 31.

TABLA 31.

### NUTRICIÓN PARENTERAL ENERO – DICIEMBRE 2011

DESCRIPCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Nutrición Parenteral	9	52	67	138	167	96

DESCRIPCIÓN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT	%	META
Nutrición Parenteral	106	131	216	106	136	97	1,321	138%	960

Fuente: Subdirección de Enfermería

## IV. CALIDAD

Durante el año se ha mantenido operando el programa SI CALIDAD a través de las siguientes líneas estratégicas:

**1. Seguridad del paciente:** Se identificaron los indicadores para la Seguridad del Paciente (Las 6 metas internacionales, los indicadores de Infecciones Nosocomiales y los Indicadores de INDICAS) a través del “Tablero de Mando de Indicadores para la Seguridad del Paciente” que incluye: metas, objetivos e indicadores de medición. El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) es el responsable de dar seguimiento a los resultados.

**2. Prevención y reducción de la infección Nosocomial:** Entrega de 2,250 dípticos a usuarios y 360 a empleados en el año. El programa inició en mayo con fecha de terminación en agosto.

Quedó instalada la campaña permanente de carteles en baños y área de lavado de manos para personal y para el paciente; y los mensajes de voceo interno para la difusión de la Campaña “Está en tus manos”.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

**3. Expediente clínico integrado y de calidad.** Durante el año se realizaron cuatro sesiones ordinarias cumpliendo el calendario aprobado. El Subcomité funge como grupo auditor. Se revisaron 123 expedientes en conjunto con el área médica, enfermería, trabajo social y paramédicos para verificar el cumplimiento de la NOM 168 del Expediente Clínico, encontrando un cumplimiento del 77.8%.

**4. Alternativas a la hospitalización para mejorar la calidad de vida, cuidados paliativos, cirugía de día y atención hospitalaria.** Se creó la “Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos” con dos médicos, una enfermera y una trabajadora social que, simultáneamente con las diferentes especialidades, atienden al paciente.

**5. Uso racional de medicamentos.** En cumplimiento del estándar MMU del proceso de certificación se elaboró el proyecto “Sistema de distribución en dosis unitaria” para ser implementado al inicio del 2012, y medirlo con indicadores de administración de medicamentos y errores en la administración en el programa INDICAS de enfermería.

**6. Medicina basada en evidencia, difusión de guías clínicas.** Se cuenta al final del año con 67 Guías de Práctica Clínica aprobadas y difundidas al área médica por los medios electrónicos. A continuación se desglosa la distribución por jefatura.

	7
Nefro-Urología	
Cardío-Neumología	8
Medicina Interna	10
Cirugía	7
Unidad de Terapia Adultos	3
Unidad de Cardiopediatría	10
Neurociencias	2
Anestesia	10
Hemato-Oncología	10

**7. Construir ciudadanía en salud, Aval Ciudadano.** Se generaron dos cartas compromiso en el año, con 12 áreas de oportunidad, de las cuales 6 están cumplidas y las restantes se encuentran programadas para su cumplimiento en el transcurso del 2012.

**8. Medición de satisfacción de los usuarios.** Se realizan en forma periódica encuestas de satisfacción de los usuarios, en el área de Consulta externa, Admisión continua y Hospitalización. Se cuenta con un sistema de quejas y sugerencias, que incluye en el proceso al personal directivo y operativo. (Grafico 01)

**9. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.** Participación activa en los indicadores de trato digno en consulta externa, admisión continua y enfermería, también se informó el índice de organización y servicios que incluye el tiempo de espera, el diferimiento quirúrgico y el indicador de infecciones nosocomiales. Se reportaron tres cuatrimestres en la plataforma nacional de INDICAS. Los resultados se muestran en los gráficos 01 y 02.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

**10. Comités Estatales de Calidad.** El HRAEPY es integrante del Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS) y participó en las cuatro reuniones programadas en 2011.

**11. Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales:** En 2008 fue designado el Gestor de Calidad del Hospital en cumplimiento a las instrucciones 108/2008 y 118/2008 emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

**12. Creación y fortalecimiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales y Atención Primaria.** El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) se instaló el 25 de septiembre del 2008. En 2011, se realizaron cuatro sesiones ordinarias y una extraordinaria,

**13. Vinculación a SICALIDAD del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal médico, de enfermería y odontología:** El Gestor de Calidad es integrante de la "Comisión Local de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud", aplicando la instrucción 158/2009 emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. En 2011 se inscribieron 31 trabajadores y finalizaron 13.

**14. RED SICALIDAD:** Se recibió y dio difusión a los Boletines e Instrucciones de SICALIDAD enviadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

**INDICAS.** Durante el periodo enero-diciembre de 2011, se recopilaron 1,986 encuestas de satisfacción en trato digno en la consulta externa, tomando en cuenta las siguientes preguntas:

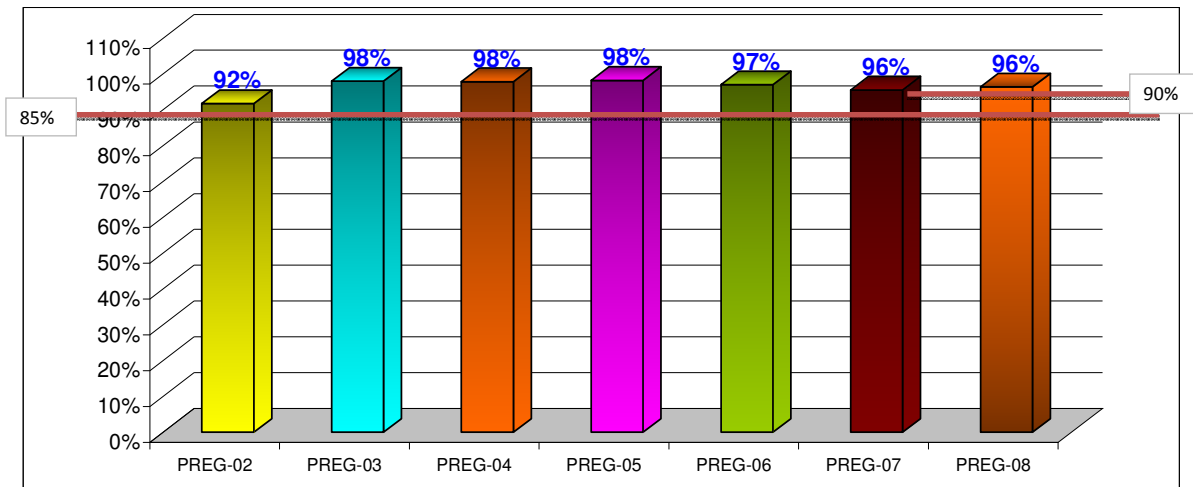
- Pregunta 2. Con el tiempo que espero para pasar a consulta ¿Quedó Usted.....?
- Pregunta 3. ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?
- Pregunta 4. ¿El médico le explico sobre su estado de salud?
- Pregunta 5. ¿El médico le explico sobre el tratamiento que debe seguir?
- Pregunta 6. ¿El médico le explico sobre los cuidados que debe seguir?
- Pregunta 7. En relación con la información que le dio el médico. ¿Cómo la considero usted?
- Pregunta 8. ¿En general el trato que recibió Usted en esta unidad fue...?

Obteniendo un 96.42% de satisfacción, como se aprecia en el siguiente gráfico 01.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

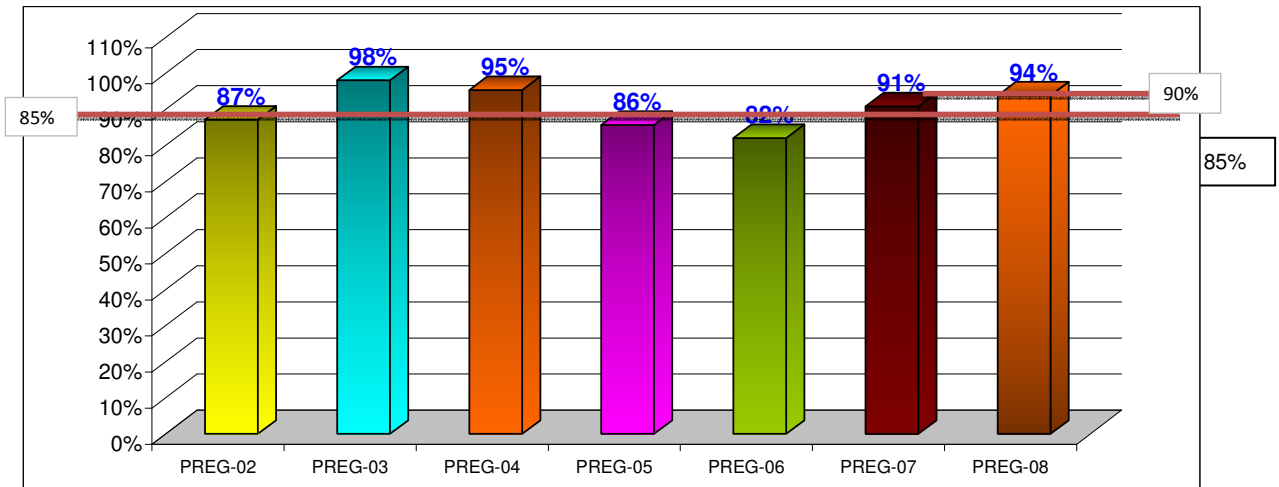
**GRÁFICO 01.**  
**PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA**



Fuente: Departamento de Calidad

En el área de admisión continua, se aplicaron 493 encuestas de trato digno, con las mismas preguntas que se realizaron en la consulta externa, obteniéndose un 90.42% de satisfacción, como se observa en el gráfico 02.

**GRÁFICO 02.**  
**PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A ADMISIÓN CONTINUA**



Fuente: Departamento de Calidad

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El proceso se encuentra actualmente en marcha. Se cuenta con un programa de trabajo calendarizado con el propósito de estar en condiciones de solicitar la auditoría para la certificación en el año 2012.

Los trabajos del proceso de certificación se intensificaron a partir del mes de mayo de 2011, mediante la integración de un equipo líder conductor, encargado de la planificación y coordinación.

A partir de junio de 2011, se constituyó un Equipo Líder Conductor del proceso de certificación, integrado por 8 personas, bajo el liderazgo de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación. El proyecto contiene objetivos, actividades, metas, responsables y calendario detallado del proceso. Al término del 2011 el Hospital contaba con la definición del 89% de las políticas, procedimientos y programas que el Consejo de Salubridad General solicita como evidencias documentales para la certificación.

Aunado a lo anterior, se constituyeron 15 Equipos Multidisciplinarios, uno por cada estándar internacional de certificación. En cada equipo se nombró y brindó capacitación a un responsable, en materia de:

- a) Estándares internacionales de certificación de hospitales;
- b) Metas internacionales de seguridad del paciente;
- c) Elaboración de manuales de procedimientos;
- d) Integración y manejo de equipos multidisciplinarios.

Así mismo, se integraron y les fueron entregadas 15 carpetas con archivos electrónicos que contienen la siguiente información:

- a) Proyecto y Calendario de Actividades de la primera etapa del Proceso de Certificación del HRAEPY (Mayo a diciembre de 2011).
- b) Cédula de Estándares Internacionales de Certificación de Hospitales; del Consejo de salubridad General (versión 2011).
- c) Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos; de la Secretaría de Salud (versión 2008).
- d) Auditoría por la Metodología Rastreadora; del Consejo de Salubridad General.
- e) Formatos de Integración de Equipos Multidisciplinarios.
- f) Formatos para Elaboración de Manuales de Procedimientos, del HRAEPY (versión 2008).
- g) Información de apoyo de otras instituciones en proceso de certificación, APEC, ISSSTE, IMSS, PEMEX, SEDENA, así como del propio HRAEPY.

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

Se desarrolló un programa de capacitación para los mandos medios del hospital, lográndose capacitar al 100% de ellos, en materia de los estándares internacionales de certificación de hospitales.

Se inició un programa de difusión para el personal operativo del Hospital, y hasta el mes de diciembre fueron realizadas:

- a) 6 sesiones generales, con el tema “Calidad, Seguridad y Certificación de Hospitales”.
- b) 10 sesiones específicas, con el tema “Metas Internacionales de Seguridad del Paciente”.

Durante el último trimestre se reforzó el seguimiento a estándares y otorgaron asesorías con el objeto de incrementar el nivel de cumplimiento de las metas establecidas para el presente año.

Participaron en el Curso de Inducción, impartido por la Comisión de Certificación de Establecimientos Médicos del Consejo de Salubridad General, 3 profesionales y 2 más en el Curso de Formación de Auditores del Proceso de Certificación.

Al cierre del 2011, de un total de 63 manuales programados se contaba con 43 (68.2%) realizados y 20 estaban en proceso de revisión, edición y actualización. El proceso de certificación se encontraba con el avance programado para la fecha del 33.0%, para iniciar 2012 con la conclusión de la evidencia documental e iniciar los proceso de capacitación del personal y aplicación de las metas internacionales en todas las áreas.



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## MANUALES DE PROCEDIMIENTOS PARA CERTIFICACIÓN

Manuales de Procedimientos PROGRAMADOS	Manuales de Procedimientos Realizados	Manuales de Procedimientos en Revisión, Edición y Actualización
63	43	20

## TABLERO DE CONTROL PARA CERTIFICACIÓN

Avance Programado Mensual (para cada estándar en "Fase Documental")	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	6	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	12	SEMANA	SEMANA	SEMANA	18	SEMANA	SEMANA	SEMANA	24	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	30	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA			
Tablero de Seguimiento Semanal por Estándar	12-18/Jun/11	19-25/Jun/11	26-30/Jun/11	1-9/Jul/11	10-16/Jul/11	17-23/Jul/11	24-31/Jul/11	1-6/Ago/11	7-13/Ago/11	14-20/Ago/11	21-27/Ago/11	28-31/Ago/11	1-10/Sep/11	11-17/Sep/11	18-24/Sep/11	25-30/Sep/11	1-8/Oct/11	9-15/Oct/11	16-22/Oct/11	23-31/Oct/11	1-5/Nov/11	6-12/Nov/11	13-19/Nov/11	20-26/Nov/11	27-30/Nov/11	1-10/Dic/11	11-17/Dic/11	18-24/Dic/11	25-31/Dic/11		
<b>Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	13.33	13.33	16.67	20.00	23.33	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	26.67	30.00	30.00
Acceso a la Atención y Continuidad de la Misma (ACC)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	10.71	10.71	13.10	13.10	13.10	20.24	21.43	21.43	21.43	23.81	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	26.19	26.19	33.33	33.33	
Derechos del Paciente y de su	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.11	1.11	1.11	1.11	4.44	4.44	4.44	4.44	4.44	4.44	4.44	4.44	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	17.78	17.78	17.78	17.78	
Evaluación de Pacientes (AOP)	0.00	0.00	0.00	0.00	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	11.90	26.19	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	29.76	29.76	29.76	29.76	
Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.38	2.38	2.38	2.38	2.38	2.38	2.38	2.38	2.38	2.38	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14	8.33	8.33	8.33	
Cuidados de Pacientes (COP)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.08	2.15	2.15	2.15	2.15	2.69	3.23	4.30	4.30	7.53	8.60	8.60	8.60	8.60	8.60	10.75	10.75	10.75	10.75	10.75	13.44	13.44	23.12	23.12	
Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	8.33	12.50	12.50	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	
Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	8.67	12.67	12.67	18.00	18.00
Educación del Paciente y su Familia (PFE)	0.00	0.00	0.00	0.00	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	33.33	
Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (QPS)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.79	0.79	1.59	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	3.97	
Prevención y Control de Infecciones (PCI)	0.00	0.00	0.00	0.00	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	
Gobierno Liderazgo y Dirección (GLD)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12.96	12.96	16.67	20.37	20.37	20.37	20.37	20.37	20.37	20.37	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	29.63	
Gestión y Seguridad de las	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.57	3.57	3.57	3.57	3.57	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	5.95	14.29	14.29	14.29	
Calificación y Educación del Personal (SQE)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.08	2.08	6.25	6.25	6.25	6.25	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	16.67	20.83	20.83	20.83	
Manejo de la Comunicación e Información (MCI)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	29.63	29.63	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	31.48	

## VI. METAS PRESUPUESTALES COMPROMETIDAS

El presupuesto de egresos del HRAEPY está integrado por tres programas E023, E010 y M001, de los cuales, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad solamente estableció indicadores para el programa presupuestal E023, Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención en Salud.

La Tabla 32 presenta los resultados del programa presupuestal E023 para 2011.

**TABLA 32.**

### INDICADORES

INDICADOR	DEFINICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2011		% AVANCE	CAUSA	EFECTO
		PLANEADA	REALIZADA			
Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE	(Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa / Total de egresos hospitalarios del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa) x 100.	94.9%	92.16%	97.1%	Para el Programa Anual de Trabajo 2011 se estableció el objetivo (65%) de ocupación con base a 120 camas del total de la infraestructura disponible de 184 camas censables. Con la infraestructura y los recursos disponibles es alcanzado el 75.9% del número de egresos hospitalarios totales programados. El resultado del indicador al cierre del año representa un 97.1% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo verde	El resultado alcanzado del indicador Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE es 92.16%. El crecimiento en el número de egresos hospitalarios totales respecto del año anterior es de un 21.2%
Promedio de consultas subsecuentes	Número de consultas subsecuentes / Número de consultas de primera vez	1.96	1.93	98.5%	Los resultados alcanzados son: un 95.5% del número de consultas de primera vez y un 94.0% del número de consultas subsecuentes programadas. El resultado del indicador al cierre del año representa un 98.5% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo verde	El resultado alcanzado del indicador Promedio de consultas subsecuentes es 1.93. El crecimiento en el número de consultas totales respecto del año anterior es de un 34.3%

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

INDICADOR	DEFINICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2011		% AVANCE	CAUSA	EFECTO
		PLANEADA	REALIZADA			
Porcentaje de ocupación hospitalaria en camas censables	(Días paciente durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa / Días camas censables durante el mismo periodo en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa) x 100	61.96%	42.18%	68.0%	Para el Programa Anual de Trabajo 2011 se estableció el objetivo (65%) de ocupación con base a 120 camas del total de la infraestructura disponible de 184 camas censables. Con la infraestructura y los recursos disponibles es alcanzado el 68.0% del número de Días paciente programados(variable 1). El resultado del indicador al cierre del año representa un 68.0% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo rojo	El resultado alcanzado del indicador Porcentaje de ocupación hospitalaria en camas censables es 42.18%. El crecimiento en la ocupación hospitalaria respecto del año anterior es de un 17.2%
Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos	(Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de atención psiquiátrica / Días camas de cuidados intensivos disponibles durante el mismo periodo en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica x 100	60.0%	35.33%	58.9%	Para el Programa Anual de Trabajo 2011 se estableció el objetivo (60%) de ocupación con base al total de la infraestructura disponible de 14 camas. Con la infraestructura y los recursos disponibles es alcanzado el 58.9% del número de Días cama programados (variable 1). El resultado del indicador al cierre del año representa un 58.9% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo rojo	El resultado alcanzado del indicador Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos es 35.33% y se obtiene un crecimiento de un 23.0% en el número de pacientes atendidos en comparación con el año anterior.
Promedio de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario	Número de exámenes de laboratorio realizados a pacientes egresados en el período / Total de egresos hospitalarios realizados en el período	9.5	31.66	233.3%	Los resultados alcanzados son: El 153.1% del número de exámenes de laboratorio realizados a pacientes egresados (variable 1) y un 75.9% del total de egresos hospitalarios programados. El resultado del indicador al cierre del año representa un 233.3% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo rojo	En los últimos meses la ocupación de las áreas críticas (Cuidados Intensivos e Intermedios) permanecieron cercanos a su nivel máximo, los estudios de gasometría (medición de gases arteriales y venosos) son procesados por el laboratorio central. En promedio se procesan entre 3-4 gasometrías por paciente por turno. Los resultados de estos incrementos son esperados. Aunado a lo anterior, se ha incrementado el número y la frecuencia de cirugías de alto riesgo y alta complejidad en el último año que implican su manejo en la UCI. Con el ingreso de nuevos médicos especialistas y apertura de más consultorios en ambos turnos de consulta externa, se incrementó el número de estudios de laboratorio realizados.

**INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL**

**2011**

INDICADOR	DEFINICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2011		% AVANCE	CAUSA	EFECTO
		PLANEADA	REALIZADA			
Porcentaje de ingresos hospitalarios programados	(Número de ingresos hospitalarios programados / Ingresos hospitalarios totales) x 100	64.16%	59.14%	92.2%	Los resultados alcanzados son: El 65.7% del número de ingresos hospitalarios (variable 1) y un 71.3% del número de ingresos hospitalarios programados. El resultado del indicador al cierre del año representa un 92.2% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo amarillo	El resultado alcanzado del indicador Porcentaje de ingresos hospitalarios programados es 59.14%. El crecimiento en el número de ingresos hospitalarios programados respecto del año anterior es de un 14.6%.
Porcentaje de estudios de laboratorio realizados	Número de estudios de laboratorio realizados en el período / Número de estudios de laboratorio programados en el mismo período x 100	80.0%	250.02%	212.5%	Los resultados alcanzados son: El 212.5% del número de estudios de laboratorio realizados en el período (variable 1). El resultado del indicador al cierre del año representa un 212.5% de cumplimiento con respecto al indicador programado colocando el resultado en semáforo rojo	En los últimos meses la ocupación de las áreas críticas (Cuidados Intensivos e Intermedios) permanecieron cercanos a su nivel máximo, los estudios de gasometría (medición de gases arteriales y venosos) son procesados por el laboratorio central. En promedio se procesan entre 3-4 gasometrías por paciente por turno. Los resultados de estos incrementos son esperados. Aunado a lo anterior, se ha incrementado el número y la frecuencia de cirugías de alto riesgo y alta complejidad en el último año que implican su manejo en la UCI. Con el ingreso de nuevos médicos especialistas y apertura de más consultorios en ambos turnos de consulta externa, se incrementó el número de estudios de laboratorio realizados.

Fuente: Departamento de Estadísticas

## D. ADMINISTRACIÓN

### I. INFORME DEL EJERCICIO DE LOS PRESUPUESTOS DE INGRESOS Y EGRESOS

Los gastos más representativos al cierre del ejercicio 2011, son los concernientes a medicamentos, material de curación, mantenimiento de maquinaria y equipo, servicios de lavandería, limpieza, higiene y fumigación, servicio de vigilancia, subcontratación de los servicios de laboratorio y banco de sangre y subcontratación de servicios médicos integrales.

Cabe señalar, que se han optimizado los recursos propios que se han captado durante todo el ejercicio del año, invirtiéndolos en instrumentos financieros autorizados para un mejor control y aprovechamiento.

Se inició el ejercicio 2011, con el presupuesto autorizado original enero-diciembre dado a conocer mediante oficio No. DGPOP/06/07833 de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto por un monto de \$444'265,049.00; integrado por \$414'265,049.00 de recursos fiscales y \$30'000,000.00 de recursos propios. El total de recursos fiscales está conformado por 221'818,587.00 del Capítulo 1000, \$52'640,266.00 del Capítulo 2000, y \$139'806'196.00 del Capítulo 3000; así mismo el total de recursos propios está conformado por \$9'480,000.00 del Capítulo 2000 y \$20'520,000.00 del Capítulo 3000.

### II. ADECUACIONES (INTERNA Y EXTERNAS)

El presupuesto federal original, sufrió ampliaciones y reducciones para llegar a un Presupuesto Modificado de \$463'689,619.47, siendo el monto total para el Capítulo 1000 de \$277'220,530.19, para el Capítulo 2000 de \$44,897,114.48, y para el Capítulo 3000 \$141'571,974.80. Lo anterior, a través de 40 adecuaciones presupuestarias internas, 16 solicitada por el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY), y 24 realizadas por la DGPOP. Así mismo, se tiene 19 adecuaciones presupuestarias externas a esta fecha. (Tabla 33)

TABLA 33.

#### ADECUACIONES PRESUPUESTALES INTERNAS Y EXTERNAS ENERO – DICIEMBRE 2011

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
305	Interna	La DGPOP realizó cambio de calendario compensado con la finalidad de recalendarizar los recursos que quedaron disponibles en el periodo enero-febrero, a efecto de evitar recortes presupuestales por parte de la SHCP, realizando la alimentación de recursos en el mes de abril.	\$1,128,723.08

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
736	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos en el mes de abril, aumentando en subcontratación de servicios con terceros y reduciendo en Alimentos y utensilios, Productos químicos, Servicios básicos, Serv. de arrendamiento, Serv. profesionales, Serv. de reparación y mantto. y Otros servicios generales.	\$2,490,874.41
884	Interna	La DGPOP realizó cambio de calendario compensado con la finalidad de recalendarizar los recursos de Vestuario y uniformes que quedaron disponibles en el mes de marzo, a fin de adecuar el presupuesto de acuerdo a las necesidades del gasto, realizando la alimentación de recursos en el mes de abril.	\$150,000.00
1045	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos en el mes de mayo, aumentando en Artículos metálicos, Medicamentos, Refacciones para equipo médico, Subcontratación de servicios con terceros e Instalación y reparación de instrumental médico; y reduciendo en Materiales y artículos de construcción, Material de curación, Producción y servicios administrativos, Prendas de protección, Refacciones y accesorios, Energía eléctrica, Servicio de internet, Servicios de arrendamiento, Servicios profesionales y Mantenimiento y conservación.	\$3,819,079.76
1329	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado con la finalidad de regularizar la adecuación 1419, ampliando en necesidades de operación del presente ejercicio del capítulo 1000 en los meses de abril a diciembre.	\$21,045,605.54
1371	Interna	La DGPOP realizó cambio de calendario compensado con la finalidad de recalendarizar recursos de Sueldos base de Diciembre al mes de mayo del presente ejercicio.	\$1,598,000.00
1626	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos en el mes de junio, aumentando en Material eléctrico, Medicamentos, Combustible para equipo de producción, Blancos y productos textiles, Refacciones para equipo médico, Impresión de documentos oficiales e Instalación y reparación de instrumental médico; y reduciendo en Artículos de vidrio, Refacciones de maquinaria, Energía eléctrica, Servicio de internet, Renta de equipo. de cómputo, Servicios profesionales, Mantenimiento y conservación y Otros impuestos.	\$2,113,243.16
1652	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos en el mes de marzo, aumentando en Medicamentos, Servicios profesionales, Mantenimiento de instrumental médico y Servicios de vigilancia y reduciendo en Útiles de oficina, Materiales y artículos de construcción, Productos químicos y de laboratorio, Combustible para servicios administrativos, Blancos, Herramientas y refacciones, Energía eléctrica, Servicio de internet, Renta de equipo. de computo, Servicios profesionales, Seguros de bienes, Mantenimiento y conservación, Pasajes de avión, Congresos y Otros impuestos.	\$5,459,994,.49

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

**2011**

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
1743	Interna	La DGPOP realizó cambio de calendario compensado con la finalidad de recalendarizar recursos de Sueldos base de agosto, septiembre y octubre al mes de mayo del presente ejercicio.	\$3,300,000.00
1856	Interna	La DGPOP realizó cambio de calendario compensado con la finalidad de recalendarizar recursos de Materiales, accesorios y suministros médicos de marzo, al mes de abril del presente ejercicio.	\$684,957.03
1863	Interna	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de marzo, abril, mayo y junio, de los rubros de Servicios profesionales, Mantenimiento y conservación, Difusión de mensajes y Congresos y convenciones. Estos recursos fueron reorientados para cubrir presiones de gasto de esa dependencia.	\$1,194,672.21
1864	Interna	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de marzo, abril, mayo y junio, de los capítulos 2000 y 3000. Estos recursos fueron reorientados para cubrir presiones de gasto de esa dependencia.	\$3,181,897.25
1866	Interna	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de marzo, abril, mayo y junio, de los rubros de Servicio telefónico, Renta de equipo informático, Mantenimiento y conservación de equipo administrativo. Estos recursos fueron reorientados para cubrir presiones de gasto de esa dependencia.	\$179,837.60
1876	Interna	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto en los meses de junio y julio en diferentes rubros de los capítulos 2000 y 3000.	\$2,632,736.45
1877	Interna	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto del mes de julio en Servicio telefónico, Renta de equipo de cómputo y Mantenimiento y conservación de equipo administrativo.	\$166,147.59
1878	Interna	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto del mes de julio en Información en medios masivos, Otras asesorías, Mantto y conservación de inmuebles, Difusión de mensajes sobre programas y Congresos y convenciones.	\$1,094,672.21
1968	Externa	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto del mes de junio en Acreditación por titulación en la docencia y en prestaciones establecidas generales de trabajo.	\$4,519,945.00
1980	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado en el mes de julio, con la finalidad de reorientar recursos para cubrir compromisos adquiridos, reduciendo en Materiales y útiles, Materiales de construcción, Medicamentos, Suministros médicos, Servicio de energía, Señales analógicas, Renta de equipo informático, Servicio de vigilancia y Congresos y convenciones; y ampliando en Material eléctrico, Otros productos químicos, Combustible para equipo de producción y administrativo, Refacciones menores, Servicios con terceros e Instalación de equipo médico.	\$2,820,079.23

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
2017	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado en los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre con la finalidad de regularizar partidas de acuerdo al clasificador actual, reduciendo en Mantenimiento y conservación de inmuebles para servicios administrativos y ampliando en Mantenimiento y conservación de inmuebles para servicios públicos.	\$168,400.00
1705	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado en los meses de junio, julio, agosto, septiembre y octubre con la finalidad de reorientar recursos para cubrir compromisos adquiridos, reduciendo en Vidrio, Refacciones menores de maquinaria, Energía eléctrica, Renta de equipo informático, Serv. de vigilancia y Serv. de instalación y mantto. y ampliando en Material eléctrico, Medicinas, Blancos y otros productos, Refacciones menores de equipo médico, Impresiones de documentos oficiales e Instalación y reparación de instrumental médico.	\$200,235.77
2369	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado en el mes de agosto, con la finalidad de reorientar recursos para cubrir compromisos adquiridos, reduciendo en Medicinas y ampliando en Blancos.	\$1,308,150.32
1435	Externa	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio en los rubros de Medicinas, Instalación y Mantto. de equipo médico, Servicio de lavandería, Pasajes y Materiales y suministros médicos.	\$1,228,616.91
1434	Externa	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio en los rubros de Otros servicios comerciales y Subcontratación de servicios con terceros.	\$2,856,084.50
1902	Externa	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de enero, febrero, marzo y mayo en los rubros de Sueldo base, Seguridad social, Impuestos s/nomina, Prestaciones contractuales y Estímulos al personal operativo.	\$90,787.30
2517	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado en el mes de julio, con la finalidad de reorientar recursos para cubrir compromisos adquiridos. Reduciendo en Productos alimenticios, Materiales y útiles para bienes informáticos, Materiales de construcción, Productos químicos, Combustibles, Vestuario, blancos y prendas de protección, Herramientas y refacciones, Serv. Telefónico, Serv. profesionales y otros, Reparación y mantto, Difusión de mensajes, Congresos y convenciones y Otros impuestos; y Ampliando en Blancos y Subcontratación de serv. con terceros.	\$2,995,905.90
1903	Externa	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de enero, febrero, abril y mayo, en los rubros de Sueldo base, Seguridad social y Vestuario y uniformes.	\$841,233.27



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
2113	Externa	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en el mes de abril, en los rubros de Artículos metálicos, serv. de lavandería y Pasajes aéreos nacionales.	\$209,217.83
1371	Externa	RESERVA realizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	\$3,742,222.89
1703	Interna	La DGPOP realizó recalendarización de recursos compensado en los meses de marzo, abril, junio y diciembre en los rubros de Otros materiales de construcción y Otros servicios comerciales.	\$1,486,590.08
1707	Interna	La DGPOP realizó cambio entre conceptos compensado en los meses de abril a octubre con la finalidad de anular movimientos de la adecuación 1626. Reduciendo en Material eléctrico, Medicamentos, Combustible para equipo de producción, Blancos y productos textiles, Refacciones para equipo médico, Impresión de doctos. oficiales e Instalación y reparación de instrumental médico; y Ampliando en Artículos de vidrio, Refacciones de maquinaria, Energía eléctrica, Servicio de internet, Renta de equipo. de cómputo, Servicios profesionales, Mantenimiento y conservación y Otros impuestos.	\$1,841,940.13
3164	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos en el mes de septiembre, reduciendo en Artículos de construcción y reparación, Material de laboratorio, Combustibles, Prendas de protección, Refacciones y accesorios de mobiliario y bienes muebles, Renta de equipo informático, Servicio de vigilancia y Otros impuestos. Y ampliando en Material de apoyo, Otros materiales de construcción, Medicinas, Refacciones para laboratorio, Servicio de reparación, mantenimiento y conservación.	\$511,210.00
3173	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos en el mes de agosto, ampliando en Medicinas, Subcontratación de servicios, Instalación y mantto. de instrumental médico y Servicio de lavandería. Y Reduciendo en Material de oficina y apoyo administrativo, Material eléctrico y otros materiales de construcción, Material médico, de laboratorio y otros productos químicos, Combustibles, Prendas de protección, Refacciones y accesorios de mobiliario y de laboratorio, Serv. de teléfono y conducción de señales, Impresión de documentos, Seguros de bienes, Mantto y conservación de mobiliario y de maquinaria y equipo y Pasajes aéreos.	\$2,253,528.15
1706	Interna	La DGPOP realizó recalendarización de recursos compensado reduciendo en los meses de enero a junio y ampliando en diciembre.	\$15,798.26

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
3250	Externa	La DGPOP realizó recalendarización de recursos compensado del mes de octubre para pasar a abril, reduciendo y ampliando en los siguientes rubros Sueldo base, Prima vacacional, Compensaciones adicionales, por actualización, Aportaciones al ISSSTE, al SAR, al seguro de cesantía y cuotas para el seguro de vida y Otras prestaciones.	\$6,010,060.09
3268	Interna	El HRAEPY realizó cambio entre conceptos compensado de recursos del mes de septiembre, reduciendo en Vestuario y uniformes y ampliando en Suministros médicos y Blancos y otros productos textiles.	\$600,000.00
1410	Externa	RESERVA realizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	\$342,478.52
3325	Interna	El HRAEPY solicitó recalendarización de recursos compensado de octubre a septiembre en las partidas de Asignaciones adicionales al sueldo y Otras prestaciones.	\$1,566,090.00
1548	Externa	RESERVA realizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	\$932,020.57
3423	Interna	La DGPOP realizó una adición y cambio entre conceptos compensado de recursos en diciembre reduciendo en Otras prestaciones y ampliando en Prima de vacaciones y aguinaldo, Sueldos, Compensaciones, Seguridad social y Estímulos al personal.	\$47,232.33
3504	Interna	La DGPOP realizó una recalendarización de recursos compensado de abril y julio para octubre de las partidas Sueldo base, Prima vacacional, Compensaciones, Seguridad social y Otras prestaciones.	\$6,010,633.15
2117	Externa	La DGPOP realizó una adición y ampliación al presupuesto de septiembre y octubre en las partidas de Sueldo base, Prima de vacaciones y aguinaldo, Compensaciones, Seguridad social y Otras prestaciones.	\$10,301,582.83
2607	Externa	RESERVA realizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	\$9,601,464.42
3664	Interna	El HRAEPY realizó un cambio entre conceptos compensado de recursos en septiembre reduciendo en Material de oficina, De apoyo informativo, Eléctrico, Medicinas, Material médico, Otros químicos, Combustibles, Refacciones de mobiliario y de laboratorio, Luz, Teléfono, Internet, Renta de equipo informático, Mantenimiento de inmuebles, Instrumental médico, Vehículos y Maquinaria y ampliando en Subcontratación de servicios con terceros.	\$706,528.12

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

**2011**

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
3718	Interna	El HRAEPY realizo un cambio entre conceptos compensado de recursos en octubre reduciendo en Material de apoyo informativo, Vidrio, Material de laboratorio, Prendas de protección, Luz, Renta de equipo informático, Servicio de vigilancia, Lavandería y otros impuestos y ampliando en refacciones de mobiliario, Cómputo, Instrumental médico, Maquinaria, Subcontratación con terceros y Mantenimiento de maquinaria.	\$470,459.00
3870	Externa	La DGPOP realizó una ampliación a nuestro presupuesto en el mes de diciembre a la partida de Asignaciones adicionales al sueldo.	\$2,088,120.00
4092	Interna	El HRAEPY solicitó un cambio entre conceptos compensado de recursos en los meses de junio, julio, agosto y septiembre Ampliando en las partidas de Material de oficina y de bienes informático, Cal, Vidrio, Material eléctrico, Artículos metálicos, Complementarios, Otros materiales, Medicinas, Material de curación, De laboratorio, Otros químicos, Combustibles, Prendas de protección, Blancos, Refacciones y accesorios de mobiliario de Administración, De computo, De otros bienes muebles, Luz, Internet, Renta de equipo informático, Servicio de vigilancia, Subcontratación de servicios con terceros, Mantenimiento y conservación de inmuebles, De instrumental médico, De vehículos, Servicio de lavandería y de Otros impuestos y Reduciendo en vestuario y uniformes y en Refacciones menores de equipo e instrumental médico.	\$1,913,915.49
4136	Interna	El HRAEPY solicitó un cambio entre conceptos compensado de recursos en los meses de noviembre y diciembre Reduciendo en las partidas de Material de oficina y de bienes informático, Cal, Vidrio, Material eléctrico, Artículos metálicos, Complementarios, Otros materiales, Material de laboratorio, Otros químicos, Prendas de protección, Refacciones y accesorios de mobiliario de Administración, De cómputo, De instrumental médico, De maquinaria, Patentes, Otras asesorías, Otros servicios comerciales, Servicio de vigilancia, Subcontratación de servicios con terceros, Seguros de bienes, Mantenimiento y conservación de mobiliario, De instrumental médico, De maquinaria, Servicio de lavandería, Pasajes aéreos y Otros impuestos y Ampliando en Medicinas.	\$1,821,638.53
2540	Interna	La DGPOP realizo recalendarización de recursos reduciendo en marzo, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre y ampliando en diciembre; en las partidas de Subcontratación de Servicios con terceros, Material de curación, Capacitación a servidores, Manito de inmuebles, Viáticos nacionales y Congresos y convenciones.	\$6,937,109.45

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

**2011**

NO.	TIPO DE ADECUACIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO (PESOS)
3061	Externa	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de abril a septiembre.	\$9,018,967.09
4543	Externa	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto en el mes de noviembre para la partida de Aguinaldo, gratificación de fin de año	\$7,000,000.00
4656	Externa	La DGPOP realizó una adición y ampliación al presupuesto en los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre en las partidas de Remuneración por horas extraordinarias, Sueldo base, Prima quinquenal, Prima de vacaciones y dominical, Compensaciones, Seguro de responsabilidad civil, Prestaciones contractuales, Otras prestaciones y Estímulos al personal.	\$17,000,000.00
2996	Interna	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en el mes de diciembre de la partida Servicio de energía eléctrica.	\$563,928.33
4919	Interna	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en los meses de septiembre y diciembre de la partida Otros servicios comerciales.	\$18,569.00
5022	Interna	El HREAPY solicitó una reducción compensada a nuestro presupuesto en el mes de diciembre de las partidas Servicio de vigilancia, Mantenimiento de maquinaria y Servicio de lavandería, y ampliando en Subcontratación de servicios con terceros.	\$904,814.00
3148	Externa	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto en el mes de diciembre en diversas partidas.	\$253,539.00
5047	Externa	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto en el mes de diciembre de la partida Otras prestaciones.	\$9,071,926.80
5062	Externa	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto en el mes de diciembre de la partida Servicio de energía eléctrica.	\$420,000.00
5064	Externa	La DGPOP realizó una ampliación al presupuesto en el mes de diciembre de las partidas Primas de vacaciones, Aguinaldo de fin de año, Compensación por actualización y Otras prestaciones.	\$21,632,943.33
5239	Interna	La DGPOP realizó una reducción al presupuesto en el mes de diciembre de la partida Otras prestaciones.	\$970,000.00

Fuente: Subdirección de Recursos Financieros

El total del presupuesto ejercido en el período de enero a diciembre de este ejercicio fiscal, por recursos fiscales es de \$453,837,414.32, conformado por \$277,220,530.19 del Capítulo 1000; \$42,651,036.11 del Capítulo 2000 y \$133,965,848.02 del Capítulo 3000. (Tabla 34). El total del ejercicio de recursos propios es de \$19,494,226.70. (Tabla 36.)

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

**TABLA 34.**

## RECURSOS FISCALES

CAPÍTULO DEL GASTO	PRESUPUESTO ORIGINAL ANUAL	PRESUPUESTO MODIFICADO ANUAL	PRESUPUESTO EJERCIDO A DICIEMBRE	PRESUPUESTO DISPONIBLE DICIEMBRE
CAPÍTULO 1000	\$221,818,587.00	\$277,220,530.19	\$277,220,530.19	\$0.00
CAPÍTULO 2000	\$52,640,266.00	\$ 44,897,114.48	\$42,651,036.11	\$2,246,078.37
CAPÍTULO 3000	\$139,806,196.00	\$ 141,571,974.80	\$133,965,848.02	\$7,606,126.78
CAPÍTULO 7000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$414,265,049.00</b>	<b>\$463,689,619.47</b>	<b>\$453,837,414.32</b>	<b>\$9,852,205.15</b>

Fuente: Subdirección de Recursos Financieros

Cabe señalar, que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realizó una reserva al presupuesto de Recursos Fiscales por la cantidad de \$8,673,857.65.

Referente a los envíos de información del Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público (SII), de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, todos han sido enviados en tiempo y forma.

En las Tabla 35 y 36 se presenta el desglose de los recursos fiscales y propios por partidas.

**TABLA 35.**

## RECURSOS FISCALES DESGLOSE POR CAPÍTULO Y PARTIDA ENERO – DICIEMBRE 2011

### A. CAPÍTULO 1000

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
SUELDO BASE	11301	\$ 82,168,085.33	29.64%
SUELDO BASE	11301	\$ 1,369,494.75	0.49%
PRIMA QUINQUENAL	13101	\$ 22,140.00	0.01%
PRIMA QUINQUENAL	13101	\$ 866,769.50	0.31%
PRIMA VACACIONAL Y DOMINICAL	13201	\$ 16,989.00	0.01%
PRIMA VACACIONAL Y DOMINICAL	13201	\$ 2,498,976.04	0.90%
AGUINALDO O GRATIFICACION DE FIN DE AÑO	13202	\$ 10,828,622.83	3.91%
REMUNERACION POR HORAS EXTRAORDINARIAS	13301	\$ 300,014.00	0.11%
COMPENSACIONES POR SERV. EVENTUALES	13404	\$ 210,405.92	0.08%
COMPENSACIONES POR SERV. EVENTUALES	13404	\$ 1,182.00	0.00%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
COMPENSACIONES ADIC. POR SERV. ESPECIALES	13407	\$ 7,675,726.65	2.77%
AYUDA PARA GASTOS DE ACTUALIZACIÓN	13410	\$ 39,947,131.37	14.41%
AYUDA PARA GASTOS DE ACTUALIZACIÓN	13410	\$ 260,071.00	0.09%
APORTACIONES AL ISSSTE	14101	\$ 19,001,362.86	6.85%
APORTACIONES AL ISSSTE	14101	\$ 337,271.00	0.12%
APORT. AL SEG. DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ	14105	\$ 6,591,108.39	2.38%
APORT. AL SEG. DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ	14105	\$ 114,618.00	0.04%
APORTACIONES AL FOVISSSTE	14201	\$ 8,069,991.69	2.91%
APORTACIONES AL FOVISSSTE	14201	\$ 118,490.00	0.04%
APORTACIONES AL SIST. DE AHORRO PARA EL RET.	14301	\$ 47,090.00	0.02%
APORTACIONES AL SIST. DE AHORRO PARA EL RET.	14301	\$ 2,797,140.87	1.01%
DEPOSITOS PARA EL AHORRO SOLIDARIO	14302	\$ 181.00	0.00%
DEPOSITOS PARA EL AHORRO SOLIDARIO	14302	\$ 10,406.00	0.00%
CUOTAS PARA EL SEGURO DE VIDA PERSONAL CIVIL	14401	\$ 26,633.12	0.01%
CUOTAS PARA EL SEGURO DE VIDA PERSONAL CIVIL	14401	\$ 1,607,454.58	0.58%
CUOTAS PARA EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS PERSONAL CIVIL	14403	\$ 155,862.67	0.06%
CUOTAS PARA EL SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO	14404	\$ 709,295.00	0.26%
CUOTAS PARA EL SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO	14404	\$ 13,081.06	0.00%
CUOTAS PARA EL SEGURO COLECTIVO DE RETIRO	14405	\$ 15,956.38	0.01%
CUOTAS PARA EL SEGURO COLECTIVO DE RETIRO	14405	\$ 622,644.00	0.22%
SEGURO DE RESP. CIVIL, ASIST. LEGAL Y OTROS	14406	\$ 1,402.00	0.00%
SEGURO DE RESP. CIVIL, ASIST. LEGAL Y OTROS	14406	\$ 895,909.67	0.32%
PREST. ESTAB. POR CONDIC. GRALES. DE TRABAJO	15401	\$ 25,583.82	0.01%
PREST. ESTAB. POR CONDIC. GRALES. DE TRABAJO	15401	\$ 7,437,609.83	2.68%
COMPENSACION GARANTIZADA	15402	\$ 8,931,100.64	3.22%
COMPENSACION GARANTIZADA	15402	\$ 122,289.00	0.04%
ASIGNACIONES ADICIONALES AL SUELDO	15403	\$ 9,234,486.77	3.33%
ASIGNACIONES ADICIONALES AL SUELDO	15403	\$ 78,547.20	0.03%
OTRAS PRESTACIONES-ASIGNACIÓN BRUTA	15901	\$ 51,372,120.52	18.53%
OTRAS PRESTACIONES-ASIGNACIÓN BRUTA	15901	\$ 904,156.00	0.33%
ESTÍMULO AL PERSONAL OPERATIVO	17102	\$ 117,080.71	0.04%

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
ESTÍMULO AL PERSONAL OPERATIVO	17102	\$ 11,696,049.02	4.22%
<b>TOTAL 1000</b>		<b>\$ 277,220,530.19</b>	<b>100.00%</b>

### B. CAPÍTULO 2000

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
MATERIAL DE APOYO INFORMATIVO	21501	\$ 241,215.00	0.57%
MATERIALES Y UTILES DE OFICINA	21101	\$ 797,840.32	1.87%
MATERIALES Y UTILES PARA EL PROCESAMIENTO EN EQUIPOS Y BIENES INFORMÁTICOS	21401	\$ 20,414.84	0.05%
PRODUCTOS ALIMENTICIOS PARA EL PERSONAL EN LAS INSTALACIONES DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES	22104	\$ 90,293.55	0.21%
CAL, YESO Y PRODUCTOS DE YESO	24301	\$ 34,057.23	0.08%
VIDRIO Y PRODUCTOS DE VIDRIO	24501	\$ 91,437.04	0.21%
MATERIAL ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO	24601	\$ 805,672.97	1.89%
ARTÍCULOS METÁLICOS DE CONSTRUCCION	24701	\$ 202,112.75	0.47%
OTROS MATERIALES Y ARTÍCULOS DE CONSTRUCCIÓN Y REPARACIÓN	24901	\$ 199,210.62	0.47%
MEDICAMENTOS	25301	\$ 24,406,359.80	57.22%
MEDICAMENTOS	25301	\$ 1,900,000.00	4.45%
MATERIAL DE CURACIÓN	25401	\$ 8,154,925.51	19.12%
MATERIAL DE CURACIÓN	25401	\$ 312,774.97	0.73%
MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS DE LABORATORIO	25501	\$ 13,263.90	0.03%
OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS	25901	\$ 206,888.00	0.49%
COMBUSTIBLES SERVICIOS ADMON	26103	\$ 67,500.00	0.16%
COMBUSTIBLES A SERVIDORES PÚBLICOS	26104	\$ 16,200.00	0.04%
COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS PARA MAQUINARIA, EQUIPO DE PRODUCCION Y SERVICIOS ADMON	26105	\$ 542,022.75	1.27%
VESTURIO Y UNIFORMES	27101	\$ 1,543,449.60	3.62%
VESTUARIO Y UNIFORMES	27101	\$ 149,773.40	0.35%
BLANCOS Y OTROS PRODUCTOS TEXTILES, EXCEPTO PRENDAS DE VESTIR	27501	\$ 1,702,723.40	3.99%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES DE MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN, EDUCACIONAL Y RECREATIVO.	29301	\$ 7,374.82	0.02
REFACCIONES, ACCESORIOS PARA EQUIPO DE CÓMPUTO	29401	\$ 80,767.35	0.19%
REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO	29501	\$ 623,090.71	1.46%
REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES DE MAQUINARIA Y OTROS EQUIPOS	29801	\$ 441,667.58	1.04%
<b>TOTAL 2000</b>		<b>\$ 42,651,036.11</b>	<b>100.00%</b>

## C. CAPÍTULO 3000

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	31101	\$ 15,126,948.00	11.29%
SERVICIO TELEFONICO CONVENCIONAL	31401	\$ 530,886.24	0.40%
SERVICIO DE INTERNET	31701	\$ 141,570.24	0.11%
SERVICIO POSTAL	31801	\$ 15,392.04	0.01%
ARRENDAMIENTO DE EQUIPO DE COMPUTO	32301	\$ 1,409,337.36	1.05%
OTRAS ASESORIAS PARA LA OPERACIÓN DE PROGRAMAS	33104	\$ 147,134.60	0.11%
CAPACITACION A SERVIDORES PUBLICOS	33401	\$ 65,067.00	0.05%
CAPACITACION A SERVIDORES PUBLICOS	33401	\$ 19,140.00	0.01
SERVICIO DE FOTOCOPIADO	33602	\$ 870,667.20	0.65%
IMPRESIÓN DE DOCTOS OFICIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE SERVIDORES PUBLICOS, IDENTIFICACIÓN, FORMATOS ADMINISTRATIVOS, FISCALES, FORMAS VALORADAS CERTIFICADOS Y TITULOS	33603	\$ 446,220.29	0.33%
SERVICIO DE VIGILANCIA	33801	\$ 6,946,080.00	5.18%
SUBCONTRATACION DE SERVICIOS CON TERCEROS	33901	\$ 63,583,894.56	47.46%
SUBCONTRATACION DE SERVICIOS CON TERCEROS	33901	\$ 4,151,740.03	3.10%
SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES	34501	\$ 2,006,314.26	1.50%
MANNTO Y CONSEVACION DE INMUEBLES	35101	\$ 563,335.60	0.42%



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

CONCEPTO	PARTIDA	EJERCIDO	%
MANNTTO Y CONSEVACION DE INMUEBLES	35101	\$ 787,772.40	0.59%
MANTTO Y CONSERVACION DE INMUEBLES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PUBLICOS	35102	\$ 352,081.06	0.26
MANNTTO Y CONSERVACION DE MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACION	35201	\$ 3,894.12	0.00%
INSTALACION, REPARACION Y MANNTTO DE EQUIPO INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	35401	\$ 6,839,876.78	5.11%
MANNTTO Y CONSERVACION DE VEHICULOS TERRESTRE, AEREOS, MARITIMOS, LACUSTRES Y FLUVIALES.	35501	\$ 7,849.99	0.01%
MANNTTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO	35701	\$ 7,567,454.66	5.65%
SERVICIOS DE LAVANDERIA, LIMPIEZA E HIGIENE	35801	\$ 14,647,301.44	10.93%
DIFUSION DE MENSAJES SOBRE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES GUBERNAMENTALES.	36101	\$ 434,730.76	0.32%
PASAJES DE AVION	37104	\$ 1,094,355.71	0.82%
VIATICOS	37504	\$ 406,394.63	0.30%
CONGRESOS Y CONVENCIONES	38301	\$ 111,897.35	0.08%
FUNERALES Y PAGAS DE DEFUNCIÓN	39101	\$ 50,000.00	0.04%
IMPUESTO SOBRE NÓMINA	39801	\$ 5,517,581.00	4.12%
IMPUESTOS SOBRE NÓMINA	39801	\$ 120,931.00	0.09
<b>TOTAL 3000</b>		<b>\$ 133,965,848.02</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Subdirección de Recursos Financieros

**TABLA 36.**

## RECURSOS PROPIOS 2011

PRESUPUESTO ORIGINAL ANUAL	PRESUPUESTO MODIFICADO ANUAL	PRESUPUESTO OBTENIDO AL 31 DE DICIEMBRE (INGRESOS COBRADOS)	PRESUPUESTO EJERCIDO AL 31 de DICIEMBRE	DISPONIBLE
\$30'000,000.00	\$30'000,000.00	\$19,821,426.00	\$19,494,226.70	\$327,199.30

Fuente: Subdirección de Recursos Financieros

En las tablas siguientes se presenta el estado de aplicación de los recursos económicos, la situación financiera y los resultados comparándolos con el año anterior 2010.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 37.

## ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE RECURSOS DEL 1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 (CIFRAS EN PESOS)

	2011
Superávit de Ingresos sobre Gastos del Periodo	-45,679,466
<b>ORIGEN DE RECURSOS</b>	
<hr/> <hr/>	
<b>Operación</b>	
<u>Aumento en Pasivos y Disminución de Activos de operación:</u>	
Aumento Neto de Inversiones	803,000
Disminución Neta en Cuentas por Cobrar	499,499
Disminución Neta en Deudores Diversos	912,222
<b>Financiamiento</b>	
<u>Aumento en Pasivos y Disminución de Activos de Financiamiento:</u>	
Aumento Neto en Cuentas por Pagar	5,207,463
Disminución Neta en Bancos	0
<b>Inversión</b>	
<u>Aumento en Pasivos y Disminución de Activos de Inversión:</u>	
Aumento Neto de Patrimonio	935,808,448
Aumento Neto de Depreciación y Amortización	52,200,534
<b>TOTAL RECURSOS GENERADOS</b>	949,751,701
<b>APLICACIÓN DE RECURSOS</b>	
<hr/> <hr/>	
<b>Operación</b>	
<u>Disminución en Pasivos y Aumento de Activos de operación:</u>	
Aumento en Caja	32,781
Aumento en Bancos	920,280
Aumento en Inversiones	0
Disminución Neta de Cuentas por Pagar	0
<b>Financiamiento</b>	
<u>Disminución en Pasivos y Aumento de Activos de Financiamiento:</u>	
Cuentas por Cobrar	0
Depósitos en Garantía	0
Deudores Diversos	0
Almacén	13,026,515
<b>Inversión</b>	
<u>Disminución en Pasivos y Aumento de Activos de Inversión:</u>	
Aumento Neto de Inmuebles, Maquinaria y Equipo	935,772,125
<b>Total de Recursos Aplicados</b>	949,751,701
<b>Diferencia entre Orígenes y Aplicaciones</b>	0

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 38.

## COMPARATIVO DEL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 (CIFRAS EN PESOS)

RUBROS	Al 31 de Diciembre		Variacion	
	2011	2010	Importe	%
<b>ACTIVO</b>				
<b>DISPONIBLE</b>				
Caja	52,191	19,410	32,781	169%
Bancos	1,315,701	395,421	920,280	233%
Inversiones	0	803,000	(803,000)	-100%
<b>CORRIENTE</b>				
Cuentas por Cobrar	3,548,292	4,047,791	(499,499)	-12%
Deudores Diversos	2,494,968	3,407,190	(912,222)	-27%
Almacén	92,082,213	79,264,817	12,817,397	16%
<b>Suma</b>	<b>99,493,366</b>	<b>87,937,629</b>	<b>11,555,737</b>	<b>13%</b>
<b>NO CORRIENTE</b>				
Inmuebles, Maquinaria y Equipo	934,494,812	0	0	0%
Garantias y Fondos	135,135	135,135	0	0%
Gastos de Instalacion	1,277,313	0	0	0%
Depreciacion y Amotizacion	(52,200,534)	0	0	0%
<b>Suma</b>	<b>883,706,726</b>	<b>135,135</b>	<b>883,571,591</b>	<b>653844%</b>
<b>SUMA DEL ACTIVO</b>	<b>983,200,092</b>	<b>88,072,764</b>	<b>895,127,328</b>	<b>1016%</b>
<b>PASIVO</b>				
<b>CORRIENTE</b>				
Cuentas y Documentos por Pagar	10,551,825	5,344,362	5,207,463	97%
<b>Suma</b>	<b>10,551,825</b>	<b>5,344,362</b>	<b>5,207,463</b>	<b>97%</b>
<b>SUMA DEL PASIVO</b>	<b>10,551,825</b>	<b>5,344,362</b>	<b>5,207,463</b>	<b>97%</b>
<b>HACIENDA PÚBLICA FEDERAL</b>				
<b>PATRIMONIO</b>				
Patrimonio	935,808,448	0	0	0%
Resultado del Ejercicio	-45,679,465	30,188,484	(75,867,949)	-251%
Resultado de Ejercicios Anteriores	82,519,284	52,539,917	29,979,366	57%
<b>SUMA DE LA HACIENDA PÚBLICA FEDERAL</b>	<b>972,648,267</b>	<b>82,728,402</b>	<b>889,919,865</b>	<b>1076%</b>
<b>SUMA PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA FEDERAL</b>	<b>983,200,092</b>	<b>88,072,764</b>	<b>895,127,328</b>	<b>1016%</b>

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

En cuanto a las variaciones que se observan en este estado financiero, éstas se deben, como se ha manifestado con anterioridad, en gran medida al aumento paulatino de la operación del hospital, así, se puede observar, aunque un aumento en el rubro de bancos, una disminución en la cuenta de inversión, debido a la utilización de recursos para el pago de insumos necesarios para la operación del hospital.

El rubro de cuentas por cobrar refleja una disminución con relación al ejercicio anterior, lo que demuestra que se han estado haciendo las gestiones de cobro necesarias para mantener la liquidez en las cuentas.

Igualmente el rubro de almacén se ve incrementado por un mayor volumen en la adquisición de medicamentos para la atención de pacientes.

En el presente estado financiero se refleja el activo fijo ya entregado formalmente a la entidad, por lo que se observa el registro del mismo con su correspondiente depreciación contable, y por ende también se ve incrementado el registro en la cuenta de patrimonio.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

TABLA 39.

## COMPARATIVO DEL ESTADO DE RESULTADOS (CIFRAS EN PESOS)

	31 de Diciembre 2011	31 de Diciembre 2010	Variacion	
			Importe	%
<b>Ingresos:</b>				
Ingresos por Servicios	\$ 20,689,196	17,560,278	3,128,918	18%
Otros Ingresos	428,189	455,985	-27,797	-6%
	21,117,385	18,016,264	3,101,121	17%
<b>Egresos:</b>				
Servicios Personales	277,704,172	197,300,930	80,403,242	41%
Materiales y suministros	32,858,501	34,433,814	-1,575,312	-5%
Servicios Generales	158,085,886	105,128,339	52,957,547	50%
Otros Gastos	10	1	9	0%
Depreciaciones y Amortizaciones	52,236,857	0	52,236,857	0%
	520,885,426	336,863,084	184,022,342	55%
Superavit (Déficit) de operación	-499,768,041.49	-318,846,820.23	-180,921,221	-57%
<b>Costo Integral de Financiamiento:</b>				
Gastos y (productos) Financieros	27,175	28,400	-1,225	-4%
Superavit (Déficit) antes de subsidios	-499,740,867	-318,818,420	-180,922,447	-57%
Subsidio Gobierno Federal	209,558,120	152,976,796	21,040,262	60%
Cuentas por Liquidar Certificadas	244,503,282	196,030,108	-455,375	-1%
Superavit (Déficit) del Pe\$	-45,679,465	30,188,484	-75,867,949	-251%

En este Estado Financiero se puede observar el incremento en la cuenta de ingresos por servicios con relación al mismo rubro del ejercicio anterior, esto debido al aumento en el número de atenciones médicas, así como a la facturación que se le ha hecho a las Instituciones con las que se tiene Convenio (IMSS, ISSSTE, etc.).

En cuanto al incremento en el importe de las cuentas por liquidar certificadas (CLS), se debe también al mismo aumento en los servicios, ya que se generó mayor compra de material de curación, medicamentos, servicio de laboratorio, servicio de alimentos parenterales, además de que ya se cuenta con pagos vía CLC's de conceptos relacionados con el Capítulo 1000.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

En este ejercicio se ha registrado el Gasto por depreciación contable de los Activos Fijos entregados a la Entidad.

## III. RECURSOS HUMANOS

Con corte al mes de diciembre de 2011, de las 1,200 plazas autorizadas, se encuentran ocupadas 997 y por lo que 203 se encuentran vacantes, lo que representa un 83% de plazas ocupadas de acuerdo a la plantilla autorizada.

En el mes de enero de 2011 se realizó la contratación de 120 personas para las ramas médica y paramédica. Así como, la contratación de seis personas más para la rama paramédica en mayo de 2011.

Durante los meses de mayo y junio las plazas de enfermería fueron sometidas a proceso de escalafón.

Durante el mes de noviembre se realizaron dos procesos para la contratación del personal siguiente:

25	Médicos Especialistas
12	Técnicos Laboratoristas
2	Técnico Radiólogo
1	Técnico en Electrodiagnóstico
2	Enfermeras Especialistas
85	Enfermeras Generales Tituladas
1	Oficial Despachador de Farmacia
1	Dietista
10	Profesional en Trabajo Social en área médica
11	Camilleros
3	Operadores de Caldera
1	Apoyo Administrativo en Salud
1	Investigador en área médica

Con la ocupación de las plazas vacantes señaladas se logró la apertura del tercer piso de la torre de hospitalización y el incremento a 100 del número de camas censables en operación.

TABLA 40.

### RECURSOS HUMANOS COMPARATIVO DE PLAZAS POR RAMA

RAMA	AUTORIZADAS	OCUPADAS	VACANTES
Mandos Medios	53	42	11
Soportes	16	16	0
Administrativas	94	92	2
Médicas	211	199	12
Paramédicas	277	223	54
Enfermería	546	428	118
<b>Total</b>	<b>1,200</b>	<b>997</b>	<b>203</b>

Fuente: Subdirección de Recursos Humanos

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## IV. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Durante el año, se realizaron 39 cursos de capacitación con 714 participantes.

TABLA 41.

**CAPACITACIÓN DEL PERSONAL  
ENERO – DICIEMBRE 2011**

TIPO DE CURSO	2010	2011
Actualización	0	10
Formación continua	11	19
Técnica	8	10
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>39</b>

Fuente: Subdirección de Enseñanza e Investigación

## COMITÉS

En el HRAEPY actualmente se han establecido y se encuentran funcionando regularmente los siguientes comités:

- a) Comité de Bioética
- b) Comisión de Investigación Científica
- c) Comisión de Bioseguridad en Investigación
- d) Comité de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos
- e) Comité de Infecciones Nosocomiales
- f) Comité de Quirófanos
- g) Comité de Expediente Clínico
- h) Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
- i) Comité de Bibliothemeroteca
- j) Comité de Protección Civil
- k) Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios
- l) Comité de Obra Pública
- m) Comité de Bienes Muebles
- n) Comité de Admisión continua
- o) Comité de Hemodiálisis
- p) Comité de Información
- q) Comité de Uso eficiente de la energía
- r) Comisión Mixta de Escalafón.
- s) Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

## V. CUMPLIMIENTO DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

Durante 2011 se recibieron 223 solicitudes de información, 75% corresponden a información pública y 25% a datos personales, que en comparación con 189 solicitudes recibidas en 2010, representan un incremento del 18.0%.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

Con relación a la unidad administrativa involucrada en la solicitud, durante este periodo se observa el 45% para la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, el 30% corresponde a la Dirección de Administración y Finanzas, seguido por la Dirección de Operaciones con un 25%.

En cumplimiento de las obligaciones en materia de transparencia se realizaron las siguientes acciones:

- a) Informe anual 2010 y el correspondiente al primer semestre de 2011. El Comité de Información aprobó los formatos FICS correspondientes.
- b) Actualización del Portal de Obligaciones de Transparencia dando cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- c) Actualización del Portal Web del Hospital referente a la homologación de la sección de transparencia y apartados marcada por la Secretaria de Función Pública.
- d) Atención a 3 recursos de revisión, dando cumplimiento en tiempo y forma.

El promedio en días de respuesta en 2010 fue de 9, para el 2011 aumentó a 11 en promedio, para dar cumplimiento así en tiempo y forma de acuerdo a los períodos

## VI. CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

### 1. PROGRAMA DE ADQUISICIONES

Con base en el informe del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, se presenta el resultado de los procesos licitatorios en el período enero - diciembre 2011. (Tabla 42).

TABLA 42.

#### PROGRAMA DE ADQUISICIONES ENERO – DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	IMPORTE	PROPORCIÓN
Licitación pública nacional, adquisiciones al amparo del artículo 41 y entre dependencias	\$ 181,120,907.00	74.73%
Licitación pública internacional	\$ 21,583,092.55	8.90%
Invitación a cuando menos tres personas	\$ 12,858,000	5.30%
Adjudicación directa	\$ 26,820,000	11.07%
<b>Totales contratados</b>	<b>\$ 242,382,000</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Subdirección de Recursos Materiales

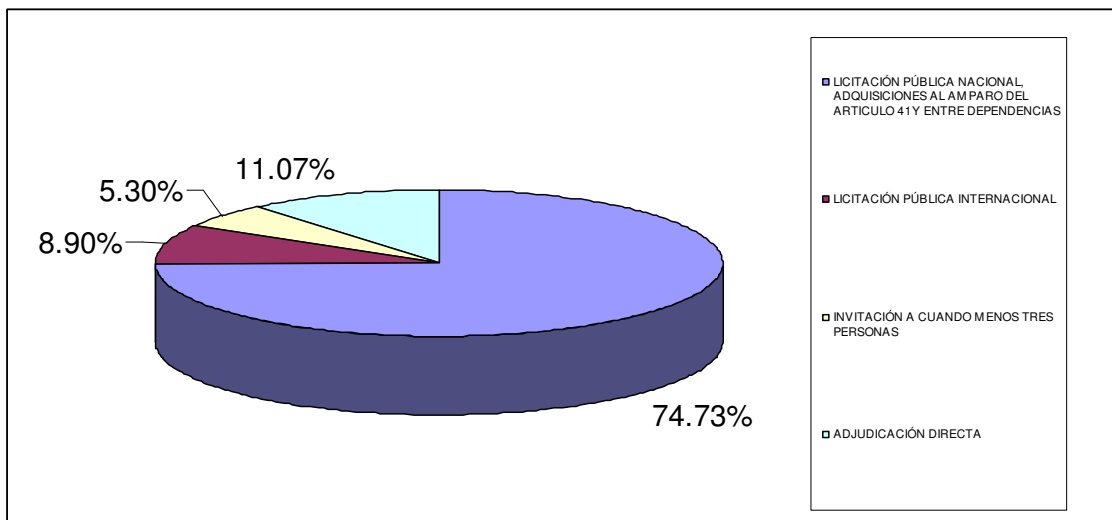


# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

GRAFICO 03.

## CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO 2011



El 88.3% del presupuesto fue ejercido mediante licitaciones nacionales e internacionales e invitación a cuando menos 3, con lo que se cumple con el porcentaje a que se refiere el Artículo 42 de La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

## VII. CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS.

Las contrataciones bajo la Ley de Obras Públicas iniciaron en el primer semestre de 2011 y el resultado de los procesos licitatorios en el período de enero a diciembre se muestra en la Tabla 43.

TABLA 43.

### PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA ENERO – DICIEMBRE 2011

CONCEPTO	IMPORTE CON IVA	PROPORCIÓN
Licitación pública internacional	\$ 1,724,424	70.17%
Invitación a cuando menos tres personas	\$547,734	22.29%
Adjudicación directa	\$185,510	7.54
<b>Totales contratados</b>	<b>\$2,457,668</b>	<b>100.00%</b>

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

**TABLA 44.**

## RELACION DE OBRAS REALIZADAS ENERO – DICIEMBRE 2011

CONTRATO	TRABAJOS	MONTO	VIGENCIA DEL CONTRATO	% RESPECTO AL MONTO TOTAL
ICTP-001-11	Mantenimiento de la reja perimetral del HRAEPY	\$ 547,734	14 de Marzo al 22 de Abril del 2011	22.12%
AD-001-11	Mantenimiento de pintura vinílica a muros interiores y exteriores de 0.00 a 30.00 metros de altura del HRAEPY.	\$ 185,510	04 de Mayo al 15 de Junio de 2011	7.49%
LPN-OB-001-2011	Trabajos varios de obra civil para el mantenimiento del inmueble del HRAEPY	\$ 724,028	22 de Junio al 18 de Diciembre de 2011	29.24%
LO-012NBS999-N1-2011	Trabajos varios de obra civil para el mantenimiento a inmueble HRAEPY	\$ 1,000,396	28 de Septiembre al 16 de Diciembre de 2011	41.15%
<b>Totales contratados</b>		<b>\$ 2,457,668</b>		<b>100%</b>

Fuente: Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales

## VIII. CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD Y DISCIPLINA DEL GASTO (PROGRAMA DE AHORRO)

Información correspondiente al período enero – diciembre 2011(Tabla 44)

**TABLA 45.**

## PROGRAMA DE FOMENTO AL AHORRO ENERO – DICIEMBRE 2011

CLAVE	DENOMINACIÓN	PROYECCIÓN DE CONSUMO	CONSUMO REAL	VARIACIÓN	OBSERVACIONES
2500	Oxígeno	42,660 M3	48,307 m3	13% Arriba	Incremento en la ocupación hospitalaria con respecto al mismo periodo del 2010
2600	Gasolina	10,281. litros	11,172 litros	8.6 % Arriba	El HRAEPY hizo recorridos adicionales a los previstos, debido a la necesidad de enviar muestras de sangre a los laboratorios de referencia de la Secretaría de Salud del Estado, esto por el incremento de casos de Dengue.
2600	Gas L.P.	93,500 litros	57,640 litros	38 % abajo	Se han corregido fugas, se cambiaron

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

CLAVE	DENOMINACIÓN	PROYECCIÓN DE CONSUMO	CONSUMO REAL	VARIACIÓN	OBSERVACIONES
					las temperaturas de trabajo de las calderas, se cambiaron los niveles de abastecimiento, se eliminaron las válvulas termodinámicas de los lavamanos de la torre de hospitalización que ocasionaban un efecto de bypass térmico.
2600	Diesel	30,000 litros	19, 572 litros	35% abajo	No hubo interrupciones importantes de energía. Se cuenta con 11,500 litros almacenados al 31 de diciembre. Tómese en cuenta que el diesel únicamente se consume en los generadores.
3106	Servicio de energía eléctrica	9.811.481 kWh	9.592.404 kWh	2.2 % abajo	Se cumplió la meta

Fuente: Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales

## IX. MEDIDAS DE AUSTERIDAD. SEGUIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE AUSTERIDAD, AJUSTE DEL GASTO CORRIENTE, MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA (ENTIDADES)

### 1. ARTICULO 17

- No han sido creadas plazas en ningún nivel.
- No se han aplicado incrementos salariales a mandos medios.
- En relación al artículo 17 se comenta que el HRAEPY se da por enterado de las medidas de ahorro austeridad y eficiencia ordenas para la Administración Pública Federal.
- No ha sido arrendado ningún inmueble.
- No se ha adquirido ningún mobiliario administrativo.
- No se han hecho modificaciones a las instalaciones.
- No se ha adquirido ningún tipo de vehículo.
- Las requisiciones de los servicios de limpieza, vigilancia y mantenimiento han sido consolidadas, efectuándose con los procesos de invitación a cuando menos tres personas y licitaciones públicas, que en consecuencia presentan mejores condiciones de adquisición, de conformidad al artículo 134 constitucional.
- Por las características de los bienes del Hospital, se maneja un esquema de aseguramiento, el cual cuenta con cuatro pólizas contratadas: una para Almacén General (asegura papelería, insumos de curación, insumos para estudios de gabinetes), una para el Almacén de Farmacia (asegura medicamentos), una para el

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

parque vehicular y una póliza que asegura de manera consolidada los bienes muebles del Hospital, todas las pólizas referidas fueron contratadas mediante el procedimiento correspondiente y se encuentran vigentes.

- Se contrataron los servicios de un asesor de seguros para integrar el programa anual de aseguramiento del HRAEPY, observando lo señalado en el presupuesto de egresos 2011 con un ahorro de 6% sobre el monto autorizado en dicha partida por \$18,000.00.
- Con respecto a los viáticos, solo se autorizan los necesarios de acuerdo al presupuesto autorizado.
- Desde el inicio de actividades del hospital se encuentra bajo el esquema de pago controlado determinado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Todos los pagos del presupuesto fiscal son electrónicos.
- Toda la información que solicita la SHCP con respecto a los servicios de salud, se informan dentro de los tiempos que solicitan.
- Se consultó, vía correo electrónico, la factibilidad de incorporar a dichas pólizas a la SHCP, informándonos que aún no se ha implementado dicho esquema de aseguramiento en el SHCP:
- Art. 17 IX.- Esta convocante procede a consolidar sus necesidades a fin de convocar las licitaciones públicas nacionales e internacionales correspondientes, y estará pendientes de contratos marcos que generen otras dependencias que adquieran bienes y servicios semejantes a los que adquiere este hospital.
- Se está en proceso de valoración de realizar licitaciones con las modalidades de ofertas subsecuentes de descuento.
- La contratación del servicio de fotocopiado ha sido consolidada y multianual.
- Art. 17. X.-
  - a) No se tienen contratado personal por honorarios.
  - b) Los viáticos y pasajes se realizan los mínimos necesarios, no se realizan gastos de representación.
  - c) No se realizan contratación por asesorías y consultarías, la capacitación es la mínima necesaria al presupuesto autorizado.
- Art. 17 XII.- En relación al HRAEPY en su Subdirección de Recursos Humanos, se está en plena gestión para poder implementar el pago de forma

## 2. ARTICULO 18

- Se envió el Programa de Trabajo Anual 2011 con las metas de ahorro de inmuebles y de flotas vehiculares el 25 de febrero del 2011, dicho programa fue aprobado el 12 de abril del año en curso por la CONUEE.
- En el Programa de ahorro 2011 el Comité Interno del HRAEPY destinó recursos por un monto de \$819,000.00 para acciones de inversión; sobresalen de estas, un control

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

automatizado del aire acondicionado que permitirá generar ahorros importantes. Se ha ejercido al mes de diciembre \$ 478,991.65.

- Se enviaron los informes de los cuatro trimestres del 2011 (enero a diciembre), con los registro de consumo de energía eléctrica y gasolina a la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía.

### 3. ARTÍCULO 20

- Las campañas de comunicación social, han estado sujetas a evaluaciones y autorizaciones de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) y de la Junta de Gobierno del Hospital. En todas las publicaciones visibles y audibles se coloca la leyenda: “Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.....”
- El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán no ejerce tiempos oficiales que otorgan las empresas que operan al amparo de concesiones federales ya que la distribución de tiempos oficiales las realiza la Secretaría de Salud para campañas a nivel nacional.
- Se adaptó el Sistema de Voceo interno del HRAEPY para la reproducción automática de spots de campañas de concientización para el personal, pacientes y familiares. Las campañas actuales son “Lavado de manos”, RPBI y Ahorro de Energía. Todos los spots se realizan sin costo al hospital.
- En relación con el programa y estrategia de comunicación social del HRAEPY para el ejercicio fiscal 2011, se realizaron los trámites correspondientes en tiempo y forma ante la Secretaría de Gobernación a través de la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud y el Sistema de Información de Normatividad de Comunicación (SINC) de la SEGOB. Con fecha 3 de marzo de 2011, la Secretaría de Gobernación autorizó el programa y su estrategia de difusión; sin embargo, el inicio de la campaña aún está sujeta a disposiciones de la propia Secretaría de Gobernación, quien emitirá su fecha de inicio.
- La Unidad de Comunicación Social del HRAEPY se apega a todos los lineamientos mencionados en el artículo 20 para la contratación de los medios que serán utilizados para la campaña “EL HRAEPY ES PARA TODOS 2011”

### 4. ARTÍCULO 21

- Ya se cuenta con una línea de crédito con el banco HSBC México, S. A. para que los proveedores puedan aplicar sus pagos al esquema de cadenas productivas.
- El hospital publica las cuentas por liquidar a sus proveedores en el programa de cadenas productivas.
- El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán ha invitado a todos sus proveedores a que utilicen el programa de Cadenas Productivas y de su Plataforma de compras Electrónicas.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

- Adicionalmente, el banco HSBC México, S.A. en comunicación con el hospital realiza invitaciones a los proveedores del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán para que se afilien al programa de cadenas productivas.
- Se están capturando todos los pagos que realiza la entidad en el sistema electrónico proporcionado por Nacional Financiera, dentro del plazo señalado en la normatividad.

## X. TRÁMITES, SERVICIOS, PROGRAMAS Y/O PROCESOS

### 1. PROGRAMA DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS.

Se recibieron a través del buzón 142 reportes, de los que el 47.6% correspondieron a quejas, el 20.2% sugerencias, el 30.6% agradecimientos y el 1.6% otros. Las áreas con mayor número de reportes relacionados con la calidad en el servicio fueron la médica, seguida por la de operaciones y enfermería.

Para la adecuada atención a los reportes, contamos con un procedimiento que procura la oportuna atención, seguimiento y resolución; lo que ha permitido mantener los niveles de satisfacción de nuestros usuarios por arriba del 90.0%.

### 2. PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

En 2011 se cumplió con el llenado de la hoja de verificación en un 65.26% del total de cirugías realizadas. Se retroalimentó y revisaron los resultados alcanzados con los coordinadores de áreas médicas de manera quincenal. (Tabla 45).

TABLA 46.

**PROGRAMA CIRUGÍAS SEGURA SALVA VIDAS  
ENERO – DICIEMBRE 2011  
CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DEL FORMATO  
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA**

MES	CIRUGÍAS REVISADAS	CUMPLIMIENTO CON EL LISTADO	% CUMPLIMIENTO TENDENCIA
Enero	118	59	50%
Febrero	157	133	85%
Marzo	212	133	63%
Abril	127	80	63%
Mayo	53	43	81%
Junio	166	108	65%
Julio	86	87	66%
Agosto	78	48	62%
Septiembre	19	13	68%
Octubre	48	33	69%
Noviembre	24	18	75%
Diciembre	29	24	83%
<b>Total</b>	<b>1,117</b>	<b>729</b>	<b>65.26%</b>

Fuente: Departamento de Estadística

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## XI. PROGRAMA DE LA MEJORA DE LA GESTIÓN (PMG)

El Sistema de Administración del PMG registra un avance promedio del 67% al cumplimiento de actividades comprometidas para cada uno de los proyectos de mejora registrados. Se trabaja de manera coordinada con los responsables a nivel federal en el seguimiento.

Se realizó en noviembre una reunión con los responsables de cada uno de los proyectos de mejora y se propuso la modificación de la estructura para mejorar el desempeño, y en consecuencia se tomaron los siguientes acuerdos:

- Integrar un nuevo equipo responsable de los proyecto de mejora vigentes.
- Realizar reuniones bimestrales en 2012.
- Integrar de equipos multidisciplinarios para cada proyecto.

### 1. PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACIÓN DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

**RESPONSABLE DEL PROYECTO:** Subdirector de Atención al Usuario.

Nuevo responsable: Subdirector de Recursos Financieros.

**FECHA DE INICIO:** 15/02/2011

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Mejorar el proceso de captación de cuotas de recuperación, a través del fortalecimiento de la operación en el pago de cuotas en las unidades médicas involucradas, con la finalidad de transparentar el proceso y disminuir el tiempo invertido por el paciente en dicho proceso.

#### INDICADORES DEL PROYECTO:

Objetivo 1: Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal.	Objetivo 2: Incrementar la efectividad de las instituciones	Objetivo 3: Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades
<input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción de los usuarios respecto a los productos derivados de un proceso o trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Quejas relacionadas con trámites o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con el desempeño de los servidores públicos que participan en un trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con la información disponible para la realización de un trámite o la obtención de un servicio	<input checked="" type="checkbox"/> Acciones realizadas de los planes operativos anuales de la institución de acuerdo con el PND <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo para realizar un proceso	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## AVANCES DEL PROYECTO:

En lo que respecta al proyecto solamente 6 actividades de las 9 fueron concluidas. El proyecto fue reasignado a la Subdirección de Recursos Financieros.

AVANCES PMG				
Proyecto	Avance	Avance	Avance	Evidencia
Cuotas de Recuperación	Se entregó de la actividad 1 a la subactividad 1.6	La comisión elaboro un taller para el diagnóstico de los problemas del programa de cuotas de recuperación	Se entregó el programa específico de trabajo en espera de su validación	Correo electrónico de envió de programa específico

## 2. PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

**RESPONSABLE DEL PROYECTO:** Subdirector de Atención al Usuario.

**FECHA DE INICIO:** 15/02/2011

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Fortalecer la operación de un sistema de referencia-contrarreferencia de pacientes, a través de un modelo que permita mejorar el proceso con base en la administración de solicitudes para referir o contrarreferencia entre las entidades coordinadas, a fin de proporcionar un servicio eficiente al usuario.

### INDICADORES DEL PROYECTO:

Objetivo 1: Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal.	Objetivo 2: Incrementar la efectividad de las instituciones	Objetivo 3: Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades
<input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción de los usuarios respecto a los productos derivados de un proceso o trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Quejas relacionadas con trámites o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con la información disponible para la realización de un trámite o la obtención de un servicio	<input checked="" type="checkbox"/> Acciones realizadas de los planes operativos anuales de la institución de acuerdo con el PND <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo para realizar un proceso <input checked="" type="checkbox"/> Procesos que eliminan el uso de papel	



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

AVANCES PMG					
Proyecto	Avance	Avance	Avance	Evidencia	Evidencia
Referencia y Contrarreferencia	Se entregó de la actividad 1 a la subactividad 1.6	se solicitaron las referencias y contrarreferencias de todo el 2010 y se entregó de acuerdo a la fecha de compromiso	Se entregó el programa específico de trabajo en espera de su validación	Correo electrónico de envío del programa	Correo electrónico de envío de las referencias y contrarreferencias 2010

### 3. PROYECTO IMPLEMENTAR LA CITA MÉDICA TELEFÓNICA Y/O POR INTERNET EN LAS UNIDADES MÉDICAS COORDINADAS POR LA CCINSHAE.

**RESPONSABLE DEL PROYECTO:** Subdirector de Atención al Usuario.  
 Nuevo responsable: Subdirector de Tecnologías de la Información.

**FECHA DE INICIO:** 15/02/2011

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Implementar la programación de citas médicas a través del desarrollo de un sistema de "Cita Médica Telefónica y/o por Internet" en la consulta externa de las unidades médicas de la CCINSHAE, con el propósito de otorgar un servicio de calidad al paciente o usuario.

#### INDICADORES DEL PROYECTO:

Objetivo 1: Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal.	Objetivo 2: Incrementar la efectividad de las instituciones	Objetivo 3: Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades
<input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción de los usuarios respecto a los productos derivados de un proceso o trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con la información disponible para la realización de un trámite o la obtención de un servicio <input checked="" type="checkbox"/> Grado de madurez de los servicios digitales de las institución para brindar un trámite o servicio	<input checked="" type="checkbox"/> Acciones realizadas de los planes operativos anuales de la institución de acuerdo con el PND <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo para realizar un proceso <input checked="" type="checkbox"/> Procesos que eliminan el uso de papel	

#### AVANCES DEL PROYECTO:

El proyecto fue reasignado a la Subdirección de Tecnologías de la Información.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

AVANCES PMG				
Proyecto	Avance	Avance	Avance	Evidencia
Cita Médica Telefónica y/o por Internet	Se entregó de la actividad 1 a la subactividad 1.6	Se entregó programa de trabajo específico en mayo y no obtuve respuesta de su autorización según la fecha de compromiso	Se inició la captura del programa específico de trabajo en el SAPMG pero el programa presenta lentitud y dificultades para terminar de capturar una subactividad	Correo Electrónico de envío de programa y de notificación de problemas del SAPMG

## 4. PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PACIENTES.

**RESPONSABLE:** Subdirector de Atención al Usuario.

**FECHA DE INICIO:**

15/02/2011

### OBJETIVO DEL PROYECTO:

Estandarizar el proceso de clasificación socioeconómica de pacientes en las unidades médicas involucradas, por medio de la homologación de criterios y procesos, con el fin de fortalecer la operación y transparentar la realización del estudio socioeconómico en beneficio de los pacientes.

### INDICADORES DEL PROYECTO:

Objetivo 1: Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal.	Objetivo 2: Incrementar la efectividad de las instituciones	Objetivo 3: Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades
<input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción de los usuarios respecto a los productos derivados de un proceso o trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Quejas relacionadas con trámites o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con el desempeño de los servidores públicos que participan en un trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con la información disponible para la realización de un trámite o la obtención de un servicio	<input checked="" type="checkbox"/> Acciones realizadas de los planes operativos anuales de la institución de acuerdo con el PND <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo para realizar un proceso	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## AVANCES DEL PROYECTO:

La implementación del nuevo procedimiento de clasificación socioeconómica está programada para realizarse en 2012.

AVANCES PMG				
Proyecto	Avance	Avance	Avance	Evidencia
Estandarización del Estudio Socioeconómico	Se entregó de la actividad 1 a la subactividad 1.6	Se elaboró el programa de trabajo específico, estoy en espera de la indicación de la persona a la que se le enviara para validación	Se realizó la aplicación de 100 encuestas para el proceso de validación del estudio socioeconómico piloto, están pendientes los resultados del comité científico.	Correo electrónico de envió de la captura de las 100 encuestas en la base de datos

## 5. PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA, EN PARTICULAR LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ.

**RESPONSABLE:** Subdirector de Atención al Usuario.  
 Nuevo responsable: Subdirector de Atención Ambulatoria

**FECHA DE INICIO:** 15/02/2011

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Desarrollar un modelo que permita mejorar el servicio de consulta externa en particular la consulta de primera vez en las unidades coordinadas por la CCINSHAE, apegándose a las necesidades y requerimientos del paciente, así como elevar la calidad en la atención.

### INDICADORES DEL PROYECTO:

Objetivo 1: Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal.	Objetivo 2: Incrementar la efectividad de las instituciones	Objetivo 3: Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades
<input checked="" type="checkbox"/> Tiempo para realizar un trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción de los usuarios respecto a los productos derivados de un proceso o trámite o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Quejas relacionadas con trámites o servicio <input checked="" type="checkbox"/> Satisfacción del usuario con la información disponible para la realización de un trámite o la obtención de un servicio	<input checked="" type="checkbox"/> Acciones realizadas de los planes operativos anuales de la institución de acuerdo con el PND <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo para realizar un proceso	

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

## AVANCES DEL PROYECTO:

El proyecto fue reasignado a la Subdirección de Atención Ambulatoria.

AVANCES PMG					
Proyecto	Avance	Avance	Avance	Evidencia	Evidencia
Cita de Primera vez	Se entregó de la actividad 1 a la subactividad 1.6	Se solicitó la aplicación de 20 encuestas así como su captura en una base de datos, se entregó en fecha de compromiso	Se entregó el programa específico de trabajo en espera de su validación	Correo electrónico de envío de programa específico	Correo electrónico de envío de la captura de las encuestas

## 6. PROYECTO: 6. IMPLANTACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO.

**RESPONSABLE:** Subdirector de Tecnologías de la Información.

**FECHA DE INICIO:** 15/02/2011

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Contar con un ECE, operando con base en las características y necesidades de cada OPD y otras unidades médicas participantes, aplicando las herramientas necesarias para su desarrollo que se apeguen a la NOM- 024, a través de la coordinación de la CCINSHAE

### AVANCES DEL PROYECTO:

El proceso de implementación de expediente clínico electrónico solo ha desarrollado las actividades del sistema de registro de PMG que corresponde a la etapa 1 análisis de la situación, esto porque a nivel central se encuentran determinando la magnitud del proyecto ya que este supone un desarrollo o adaptación de sistemas informáticos con un alto nivel de integración operativa por parte de la Secretaría y las unidades donde se pretende implementar.

Las actividades 1.1, 1.2 y 1.3 fueron concluidas; sin embargo existen actividades pendientes que dependen de acciones de otras instituciones para realizarse. Tal es el caso de la actividad 1.4 en que están programadas visitas de la Dirección General de Información en Salud con un grupo de asesores. Dicha actividad no ha podido ser realizada porque se notificó en reunión de trabajo, que la contratación del grupo asesor no ha concluido.

Así también, se ha detenido el proceso de licitación de la plataforma de interoperabilidad, que corresponde a otras actividades del proyecto.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

Finalmente, en cuanto al presupuesto requerido para el proyecto; con base en las estimaciones que se han realizado, será necesario un monto aproximado de 7 millones de pesos para 2012.

Otras actividades adicionales realizadas para dar cumplimiento a este proyecto fueron las siguientes:

- Participación en reuniones de trabajo en la CCINSHAE
- Envío del cuestionario "Expediente Clínico Electrónico.- Implementación"
- Investigación de opciones de mercado que cubran las necesidades del hospital considerando que deben cumplir la NOM-024, referente al Expediente Clínico Electrónico: HDS, Expert y Siemens.

Es necesario comentar que ha habido dos sesiones convocadas por OIC con fechas 15 de julio y 14 de septiembre ambas 2011, en las cuales se le ha dado seguimiento a cada uno de los proyectos.

## XII. CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Para la integración del Informe Anual 2011 del Estado que Guarda el Control Interno Institucional, el HRAEPY determinó con base a la herramienta establecida por la Secretaría de la Función Pública la muestra representativa para la aplicación de la Encuesta de Auto evaluación del Sistema de Control Interno Institucional en el Nivel Operativo.

Con el oficio DG/611/11 de fecha 29 de julio del 2011 y dirigido al titular de la Secretaría de la Función Pública, fue presentado el Informe. A continuación se enumeran los avances al 31 de diciembre del 2011.

- Fueron integrados los grupos de nuevos indicadores presupuestales los cuales se autorizaron en el mes de noviembre y se encuentran desarrollados en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)
- Se realizó la difusión a todo el personal de nuevo ingreso de la misión, visión, objetivos y metas institucionales vigentes, entregándoles un disco compacto a cada participante.
- El código de conducta y de ética fue revisado y actualiza y se encuentra en proceso de autorización para cubrir el protocolo que marca el COMERI.
- Se cuenta con el diseño y desarrollo del proceso que controla la elaboración de procedimientos para que todo documento se apegue al código de conducta y ética del hospital.
- Se cuenta con los programas de planeación y evaluación para la alta gerencia hospitalaria y los programas de trabajo de cada dirección.

## INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

- Se cuenta con el plan de trabajo del hospital y de cada una de las direcciones, alineado a los objetivos y metas institucionales cuidando el marco normativo vigente. Los avances serán informados conforme se de cumplimiento a lo programado para cada periodo durante 2012.
- Existe el plan estratégico de tecnologías de la información del hospital que especifica la inversión de recursos y control de operaciones en TIC y su sistema de información.
- El programa de administración de riesgos se ha desarrollado con estrategias y acciones que se muestran en la matriz de administración de riesgos institucional así como el mapa de riesgos.
- Se cuenta con el inventario de comités y comisiones al igual que los documentos que sustentan el funcionamiento operativo de cada comité procurando el adecuado funcionamiento de estos.
- Se crean para cada reunión del COCODI las propuestas de orden del día y las actas de sesión para contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales con enfoque a resultados.
- Se realizan reuniones semanales del cuerpo directivo para revisar avances y resultados de los objetivos y metas institucionales a través de la matriz de indicadores para resultados.
- Se cuenta con información y documentos de las sesiones que se llevan a cabo por los comités institucionales por el grupo de alta dirección por el COCODI y por el órgano de gobierno.
- Se llevan a cabo reuniones semanales del cuerpo directivo para revisar entre otros puntos el programa de trabajo de la administración de riesgos.
- La estructura de la organización Del hospital está autorizada y actualizada en lo que respecta al manual general de procedimientos y al manual de organización.
- Los perfiles y descripciones de puestos están definidos y alineados a las funciones actuales y alineadas al marco normativo actual.
- Se aplica una encuesta anual de clima organizacional para identificar áreas de oportunidad y determinar acciones de mejora, dar seguimiento y evaluar resultados.
- Se encuentran definidas las actividades para cumplir metas y compromisos con base en el presupuesto asignado esto está integrado en el plan anual de trabajo autorizado por la junta de gobierno.
- Existen indicadores que miden avances y resultados de los objetivos y metas institucionales los cuales se analizan mensualmente y trimestralmente.
- Se cumplen con los requisitos del sistema de gestión de la calidad dando seguimiento a informes del aval ciudadano y al programa de SICALIDAD.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

- Se cuenta con el sistema de información contable y programático presupuestal a través de reportes de información contable y programática.
- Se cuenta con las políticas y procedimientos que disponen las características legales y administrativas que deben tener todo oficio como documento oficial del hospital. De igual forma se establece la política de responsabilidades en la emisión, manejo y resguardo de todo documento generado en el hospital.
- Actualmente se opera un mecanismo de registro, análisis y atención oportuna a las quejas y denuncias la cual ha sido difundida a las diferentes direcciones para que sea del conocimiento de todo el hospital.

## XIII. PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) a través del oficio DGPOP-03/001603 con fecha 5 de abril de 2011 comunicó la autorización con número de folio 471830 y de registro 1112NBS0001 del Programa de Adquisiciones de Bienes Informáticos para Equipo Médico. A pesar de no haber recibido por oficio el registro del Programa de Adquisiciones de Equipo e Instrumental Médico en el portal de electrónico de la SHCP es posible verificar la autorización con el número de registro 1112NBS0002.

A partir de la autorización se realizan las gestiones internas y externas en la búsqueda y determinación de la fuente de financiamiento.

- a) Programa de Adquisición de Bienes Informáticos para equipo Médico del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (el PPI). Objetivo: Adquisición de bienes informáticos -software- necesarios para realizar procedimientos en las diferentes especialidades, Imagenología y Consulta Externa con el propósito de mejorar la calidad de los servicio.
- b) Programa de Adquisiciones de Equipo e Instrumental Médico del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (el PPI). Objetivo: El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) inició actividad asistencial en junio de 2008, a través de un programa de arranque paulatino y con base en la demanda, a la fecha se cuenta con espacios físicos destinados al crecimiento de la cartera de servicios sin mobiliario y/o equipamiento, así como la necesidad de cubrir el equipamiento faltante en las áreas operativas con el propósito de mejorar la calidad del servicio, generar las acciones para la acreditación de gastos catastróficos para cáncer de mama y catarata, así como cumplir con los criterios indispensables para la certificación hospitalaria y la automatización del servicio de farmacia.

Para el año 2011, no se contaron con los recursos para su ejecución y en el 2012 se continuará con la búsqueda de recursos para el financiamiento, y una vez definidos, solicitar a la Unidad de Inversiones de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuestos, recalendarizar ambos Programas para 2012.

**2011**

**D. SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, tiene un Presupuesto Autorizado para el ejercicio 2011 de 444.2 millones de pesos, integrado por 221.8 millones de pesos para el Capítulo 1000, 62.1 millones de pesos para el Capítulo 2000 y 160.3 millones de pesos para el Capítulo 3000. En base a las adecuaciones realizadas por el propio Hospital y por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, se tuvo un Presupuesto Modificado al 31 de diciembre del 2011 de 483.5 millones de pesos, integrado por 277.2 millones de pesos para el Capítulo 1000, 46.0 millones de pesos para el Capítulo 2000 y 160.3 millones de pesos para el Capítulo 3000. El avance al segundo semestre en porcentaje contra el Presupuesto Modificado es del 97.9 por ciento. El ejercicio presupuestal al 31 de diciembre de 2011 es de 473.3 millones de pesos, integrado por 277.2 millones de pesos para el Capítulo 1000, 43.7 millones de pesos para el Capítulo 2000 y 152.4 millones de pesos para el Capítulo 3000, lo que representa una variación absoluta contra lo programado a ese periodo de -10.2 y una variación relativa contra lo programado de -2.1 por ciento. Las variaciones se deben principalmente a dificultades con los procesos de adquisición, debido a que varios procesos de adjudicación, se declararon desiertos por causas ajenas al Hospital, lo que generó que no se pudieran llevar a cabo las compras de materiales o las contrataciones de los servicios de acuerdo a lo programado, sin afectar esto la adecuada operación del Hospital.

En lo que se refiere al avance del Gasto Público por Programa Presupuestario, se tienen autorizados para el Ejercicio Fiscal 2011, tres Programas Presupuestarios siendo el más representativo en monto el de Prestación de Servicios en los diferentes niveles de Atención a la Salud con un Presupuesto Anual Modificado de 479.0 millones de pesos, además del Programa de Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud, con un Presupuesto Anual Modificado de 3.8 millones de pesos y el Programa de Actividades de Apoyo Administrativo con un Presupuesto Anual Modificado de 0.7 millones de pesos. En lo que se refiere al periodo comprendido entre enero y diciembre del 2011, se tiene un ejercicio de 466.6 millones de pesos, 3.8 millones de pesos y 0.6 millones de pesos respectivamente, lo que representa una variación absoluta comparado con el Gasto Programado a ese periodo de -12.4, 0.0 y -0.1 respectivamente y una variación relativa comparada con el Gasto Programado a ese periodo de -2.6 por ciento, 0.0 por ciento y -14.3 por ciento respectivamente.

En lo que respecta a los Indicadores de Desempeño por Programa Presupuestario, se observa que de los siete indicadores, cuatro presentaron un cumplimiento con semáforo rojo:

1. Porcentaje de ocupación hospitalaria en camas censables
2. Porcentaje de ocupación de cuidados intensivos
3. Promedio de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario
4. Porcentaje de estudios de laboratorio realizados

Para la corrección del indicador de ocupación hospitalaria la acción tomada fue la contratación de personal médico, enfermería, trabajo social, camilleros, técnicos y



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

administrativos realizado en dos procesos en el mes de noviembre. Con la ocupación de las plazas vacantes se logró la apertura del tercer piso de la torre de hospitalización con un incremento de 84 a 100 camas censables en operación. Con estas acciones la capacidad instalada en funcionamiento aumentó un 54.0%.

Con este mismo proceso de contratación de personal se plantea el mejoramiento del indicador de la ocupación de cuidados intensivos, programando la apertura de nuevas camas hasta alcanzar 12 en operación. Con esta acción, la capacidad instalada en funcionamiento aumentará a un 85.7%

En los indicadores, exámenes de laboratorio por egreso hospitalario y el porcentaje de estudios realizados, la justificación podría abordarse desde el punto de vista de que el tratamiento de pacientes en algunas especialidades como Oncología, requieren de la realización de varias pruebas de laboratorio a un mismo paciente.

Los siguientes dos indicadores se encuentran en un cumplimiento satisfactorio que los coloca con un semáforo verde:

1. Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE, y
2. Promedio de consultas subsecuentes

Finalmente, el indicador de Porcentaje de ingresos hospitalarios programados se encuentra en semáforo amarillo de cumplimiento, con el resultado alcanzado de un 92.2% de la meta.

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

*NBS HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN*

EVOLUCION DEL GASTO PROGRAMABLE DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN %
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	PROGRAMADO (3)	EJERCIDO (4)	ABSOLUTA (5) = (4) - (3)	RELATIVA (6) = (5) / (3)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	CONTRA MODIFICADO (7) = (4) / (2)
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	<b>444.2</b>	<b>483.5</b>	<b>483.5</b>	<b>473.3</b>	<b>-10.2</b>	<b>-2.1</b>			<b>97.9</b>
SERVICIOS PERSONALES	221.8	277.2	277.2	277.2	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	62.1	46.0	46.0	43.7	-2.3	-5.0			95.0
SERVICIOS GENERALES	160.3	160.3	160.3	152.4	-7.9	-4.9			95.1
OTRAS EROGACIONES					0.0				
<b>II.- GASTO DE CAPITAL</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			
INVERSIÓN FÍSICA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
BIENES MUEBLES E INMUEBLES									
OBRAS PUBLICAS									
OTRAS EROGACIONES									
INVERSIÓN FINANCIERA									
<b>III.- OPERACIONES AJENAS NETAS</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>			
TERCEROS									
RECUPERABLES									
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>444.2</b>	<b>483.5</b>	<b>483.5</b>	<b>473.3</b>	<b>-10.2</b>	<b>-2.1</b>			<b>97.9</b>

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

**Criterios de asignación de color de los semáforos.**

**Menor Gasto**

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%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

ANEXO I BIS

NBS HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN

EEVOLUCIÓN DEL GASTO PROGRAMABLE A DICIEMBRE DE 2011<sup>1/</sup>

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL			VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	EJERCIDO (3)	ABSOLUTA (4) = (3) - (2)	RELATIVA (5) = (4) / (2)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	(6) = (3) / (2)
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	444.2	483.5	473.3	-10.2	0.0			98%
SERVICIOS PERSONALES	221.8	277.2	277.2	0.0	0.0			100%
MATERIALES Y SUMINISTROS	62.1	46.0	43.7	-2.3	0.0			95%
SERVICIOS GENERALES	160.3	160.3	152.4	-7.9	0.0			95%
OTRAS EROGACIONES								
<b>II.- GASTO DE CAPITAL</b>								
<b>INVERSIÓN FÍSICA</b>								
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0
OBRA PÚBLICAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0
<b>INVERSIÓN FINANCIERA</b>								
<b>III.- OPERACIONES AJENAS NETAS</b>								
TERCEROS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0
RECUPERABLES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			0.0
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>444.2</b>	<b>483.5</b>	<b>473.3</b>	<b>-10.2</b>	<b>0.0</b>			<b>0.0</b>

<sup>1/</sup> 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).

Crterios 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%



# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

ANEXO II

## NBS HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN INDICADORES DE DESEMPEÑO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO

PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) Y CLAVE	INDICADOR			UNIDAD DE MEDIDA	META				SEMÁFORO
	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2011		PORCENTAJE DE AVANCE	
						PLANEADA	REALIZADA		
<b>Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL PEF</b>									
E022	ESTRATEGICO	PORCENTAJE DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR MEJORA EN LAS INSTITUCIONES DE LA CONHSA	NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR MEJORA EN EL AÑO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA / TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS DEL AÑO EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	94.9	92.2	97.1%	
E022	GESTIÓN	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA EN CAMAS CENSALES	DÍAS PACIENTE DURANTE EL PERIODO DE REPORTE EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA / DÍAS CAMAS CENSALES DURANTE EL MISMO PERIODO EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	62.0	42.2	68.1%	
E022	GESTIÓN	PORCENTAJE DE INGRESOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS	NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS / INGRESOS HOSPITALARIOS TOTALES X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	64.2	59.1	92.2%	
								0.0%	
<b>NO SELECCIONADOS EN EL PEF</b>									
E022	GESTIÓN	PROMEDIO DE CONSULTAS SUBSECUENTES	NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES / NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	PROMEDIO	TRIMESTRAL	2.0	1.9	101.6%	
E022	GESTIÓN	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	DÍAS CAMA DE CUIDADOS INTENSIVOS OCUPADOS DURANTE EL PERIODO DE REPORTE EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA / DÍAS CAMA DE CUIDADOS INTENSIVOS DISPONIBLES DURANTE EL MISMO PERIODO EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	80.0	35.3	58.9%	
E022	GESTIÓN	PROMEDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR EGRESO HOSPITALARIO	NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS A PACIENTES EGRESADOS EN EL PERIODO / TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS REALIZADOS EN EL PERIODO	PROMEDIO	TRIMESTRAL	9.5	21.7	26.0%	
E022	GESTIÓN	PORCENTAJE DE ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS	NÚMERO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS EN EL PERIODO / NÚMERO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO PROGRAMADOS EN EL MISMO PERIODO X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	80.0	250.0	212.5%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	

FUENTE DE INFORMACIÓN: Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público "WASH" (Módulo PBI-Evaluación del Desempeño).

<sup>1</sup> Ancheb denominación del Programa Presupuestario y su Clave correspondiente al que pertenece cada indicador, sean "Seleccionados en el PEF" o no "Seleccionados en el PEF"

<sup>2</sup> En el caso específico de los Pp que no tienen Indicadores Seleccionados en el PEF, se deberán incorporar preferentemente los indicadores de los Pp que están vinculados con los objetivos estratégicos de la institución.

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

Criterios de asignación de color de los semáforos

Correctivo	Cumplimiento no inferior al 90%
Preventivo	Cumplimiento del 90% al 99%
Razonable	Cumplimiento igual o mayor al 100%

# INFORME ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL

2011

ANEXO IV

NBS HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN

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

Programa Presupuestario Seleccionado <sup>1</sup>:

(Millones de Pesos con un decimal)

AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCICIO 2010	PRESUPUESTO ANUAL 2011 MODIFICADO	DE ENERO A DICIEMBRE 2011		VARIACIÓN		SEMAFORO	
					PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	ABS.	REL.	MENOR GASTO	MAYOR GASTO
18	E023	Prostación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud.	405.6	479.0	479.0	466.6	-12.4	-2.6		

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

NIVEL DE OBJETIVO	TIPO	INDICADORES DE DESEMPEÑO		UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	PERIODO Y VALOR DE LA LINEA BASE	META		DIFERENCIA ABSOLUTA	SEMAFORO
		NOMBRE	DEFINICIÓN				ENERO - DICIEMBRE 2011			
							PLANEADA	REALIZADA		
PROPÓSITO	ESTRATEGICO	PORCENTAJE DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR MEJORA EN LAS INSTITUCIONES DE LA CCINSHAE	(NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR MEJORA EN EL AÑO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA / TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS DEL AÑO EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA) X 100.	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	ENE-DIC	94.92	92.16	-2.8	
COMPONENTE	GESTIÓN	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA EN CAMAS CENSABLES	(DÍAS PACIENTE DURANTE EL PERIODO DE REPORTE EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA / DÍAS CAMAS CENSABLES DURANTE EL MISMO PERIODO EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y OTRAS ENTIDADES QUE OPERAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA) X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	ENE-DIC	61.96	42.18	-19.8	
ACTIVIDAD	GESTIÓN	PORCENTAJE DE INGRESOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS	(NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS PROGRAMADOS / INGRESOS HOSPITALARIOS TOTALES) X 100	PORCENTAJE	TRIMESTRAL	ENE-DIC	64.16	59.14	-5.0	
									0.0	
									0.0	
									0.0	
									0.0	
									0.0	
									0.0	

FUENTES DE INFORMACIÓN: Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público (SIGWEB) y Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público "PASH" (Módulo PIR-Evaluación del Desempeño)

AI = Actividad Institucional

PP = Programa Presupuestario, de acuerdo con el Análisis Funcional Programático Económico del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.

<sup>1</sup> Los Pp a seleccionar con su correspondiente MIR, será tomando como base los de mayor peso presupuestario y que más contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Institución, y principalmente aquellos que están obligados a tener MIR registrada en el PASH.

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

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

Menor Gasto

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

Mayor Gasto

Correctivo	Mayor al 10%
Preventivo	Mayor al 5% y hasta al 10%
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%