

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	1
<b>DIRECCIÓN GENERAL</b> .....	3
1. Acciones relativas a la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria.....	3
2. Programa de trabajo de la Dirección General.....	13
2.1 Avances y logros por Estrategia y Línea de acción del Programa Institucional 2015-2020.....	13
2.2 Aspectos Cualitativos.....	33
<b>INVESTIGACIÓN</b> .....	33
1. Número de artículos.....	33
2. Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).....	34
3. Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII.....	34
4. Artículos de los grupos (III-IV-V-VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII.....	34
5. Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII.....	35
6. Sistema Nacional de Investigadores.....	35
7. Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII.....	35
8. Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI.....	35
9. Producción editorial.....	35
10. Número de tesis concluidas.....	35
11. Número de proyectos con financiamiento externo.....	36
12. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.....	36
13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución.....	36
14. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa.....	38
Otros aspectos.....	42
Estado de las investigaciones.....	42
Impacto de los Proyectos de Investigación.....	42
Cursos de Investigación.....	43
Convenios de Colaboración.....	43
Informe sobre Sesiones de Comités Internos.....	43
Logros de la Dirección de Investigación.....	43
Debilidades de la Dirección de Investigación.....	43
Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección de Investigación.....	44
Reporte de Avances del Programa Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.....	46
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2017. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2017 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”.....	60
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	62
<b>ENSEÑANZA</b> .....	64
1. Total de Residentes.....	64
Número de Residentes Extranjeros.....	64
Médicos Residentes por cama.....	65
2. Residencias de Especialidad.....	65

3. Cursos de Alta Especialidad.....	66
4. Cursos de Pregrado.....	66
Pregrado.....	67
Ciclos Clínicos de Pregrado.....	68
5. Número de Estudiantes en Servicio Social.....	68
6. Número de Alumnos Posgrado.....	69
7. Cursos de Posgrado.....	69
8. Número de Autopsias.....	69
9. Participación Extramuros.....	69
10. % Eficiencia Terminal.....	70
11. Enseñanza en Enfermería.....	70
12. Cursos de Actualización (Educación Continua).....	71
13. Cursos de Capacitación.....	73
14. Sesiones Interinstitucionales.....	74
15. Sesiones por Teleconferencia.....	75
16. Congresos Organizados.....	76
17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.....	76
Otros Aspectos.....	76
Sesiones Académicas.....	76
Sesiones Generales.....	77
Convenios.....	77
Unidad de Investigación Quirúrgica.....	79
Logros de la Unidad de Enseñanza.....	79
Debilidades de la Unidad de Enseñanza.....	80
Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Unidad de Enseñanza.....	81
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2017. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2017 del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”.....	85
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	88
<b>ATENCIÓN MÉDICA.....</b>	<b>90</b>
1. Número de Consultas Otorgadas.....	90
2. Número de Urgencias.....	91
3. Número de Casos Nuevos Atendidos.....	92
Total de Médicos Adscritos.....	92
5. Número de Ingresos Hospitalarios.....	92
6. Total de Egresos.....	93
Número de Egresos Hospitalarios por Mejoría.....	93
7. Número de Cirugías.....	94
Principales Intervenciones Quirúrgicas.....	95
Intervenciones Quirúrgicas Mayores por Especialidad.....	95
Cirugías de Alta Especialidad.....	96
Promedio de Cirugías por Sala/día.....	97
Cirugías Ambulatorias.....	97
Procedimientos Endoscópicos.....	98
8. Número de Cirugías / Número de Cirujanos.....	98
Diferimiento Quirúrgico.....	98
9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.....	99
10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.....	99

Principales Causas de Mortalidad.....	99
Principales Causas de Mortalidad por Padecimiento Específico.....	100
11.-Tasa de Infecciones Nosocomiales.....	100
12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.....	102
Porcentaje de Ocupación por División.....	102
Promedio de Días de Estancia en Hospitalización.....	103
13. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.....	103
14. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.....	103
Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI.....	103
Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).....	104
Otros convenios de atención Médica.....	104
15. Total de Personal de Enfermería.....	105
16. Trabajo Social.....	105
17. Farmacia.....	105
18. Número de Estudios de Imagen (TAC, RM y PET).....	106
19. Número de Estudios de Laboratorio.....	106
20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.....	107
21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.....	108
22. Grupos de Apoyo a Pacientes Constituidos (Denominación del Grupo).....	108
23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.....	108
Otros Aspectos.....	108
Resolución de Embarazos.....	108
Nacimientos.....	109
Tasa de Cesáreas.....	109
Código Mater.....	110
Mortalidad Materna.....	110
Cuidados Intensivos.....	111
Medicina Física y Rehabilitación.....	112
Estudios de Radiodiagnóstico.....	113
Medicina Nuclear.....	113
Anatomía Patológica.....	114
Departamento de Toxicología.....	114
Convenios.....	115
Programa de Salud Pública.....	116
Clínicas Multidisciplinarias.....	116
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	117
Logros en la Atención Médica.....	119
Debilidades en la Atención Médica.....	118
Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección Médica.....	119
Reporte de avances del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.....	123
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2017. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2017 del Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud".....	155
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	160
<b>ADMINISTRACIÓN.....</b>	<b>162</b>
Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos).....	162

Comportamiento presupuestal.....	162
Estados Financieros comparativos.....	165
Indicadores Financieros.....	165
Balance General.....	166
Estado de Actividades.....	168
Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.....	169
Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.....	170
Cumplimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.....	171
Transparencia Focalizada.....	171
Cadenas Productivas.....	171
Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto (Programa de Ahorro).....	171
Informe de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.....	173
Programa de Mejora de la Gestión.....	173
Informe sobre sesiones de comités internos.....	174
Control Interno Institucional.....	178
Otros Aspectos.....	184
Informe de la situación de infraestructura del Hospital.....	184
Recursos Humanos.....	188
Abasto.....	189
Logros de la Dirección de Administración.....	189
Debilidades de la Dirección de Administración.....	189
Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección de Administración.....	189
Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).....	195
<b>PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....</b>	<b>206</b>
1. Calidad y Apoyo a la Atención.....	206
1.1 Hospital Seguro.....	206
1.2 Auditoría Clínica.....	206
1.3 Eventos Adversos.....	206
1.4 Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.....	209
1.5 Certificación hospitalaria por el Consejo de Salubridad General.....	210
1.6 Aval Ciudadano.....	211
1.7 Participación Ciudadana.....	211
1.8 Acreditaciones.....	212
2. Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT).....	212
3. Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia.....	213
Transparencia.....	214
4. Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional.....	219
Otros Aspectos.....	220
Informe sobre Sesiones de Comités Internos.....	220
Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección de Planeación Estratégica.....	224
<b>COMUNICACIÓN SOCIAL.....</b>	<b>228</b>
Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Unidad de Comunicación Social.....	230

## **PRESENTACIÓN**

Dr. José Ramón Narro Robles, Secretario de Salud y Presidente de la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México (HJM), Honorables representantes de Dependencias Oficiales y Vocales e invitados de este Órgano de Gobierno, se somete a su consideración el Informe de Autoevaluación de las actividades realizadas del 1 de enero al 30 de junio de 2017.

Respecto a las actividades del Hospital Juárez de México, están alineadas con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, a los Programas de Acción Específicos de Medicina de Alta Especialidad e Investigación para la Salud (PAE's) 2013-2018, al Programa Institucional 2015-2020 y al Modelo de Gestión Hospitalaria, contribuyendo al logro de las metas nacionales de "México Incluyente y México con Educación de Calidad"; para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, asegurar el acceso a los servicios de salud, favorecer la protección, promoción y prevención como eje prioritario; garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y contribuir a la formación y fortalecimiento del capital humano de alto nivel, a la generación y transferencia del conocimiento y a mejorar la infraestructura científica y tecnológica en salud.

En este sentido, el Hospital otorga atención médica, para solucionar problemas de salud orientados a la alta especialidad, contemplados en su cartera de servicios médico-quirúrgicos, dirigida a toda la población principalmente a la que carece de seguridad social o afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, también colabora en la formación de recursos humanos en salud principalmente en las fases de posgrado en medicina y en la especialización en 35 especialidades médicas, así como con la investigación médica básica y clínica.

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

Por lo antes expuesto, en el presente informe encontrarán en primer lugar, las acciones realizadas en la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria; en segundo lugar, se presentan los avances del Programa Institucional 2015-2020 de la Dirección General del Hospital Juárez de México, informando las acciones y logros por cada estrategia y línea de acción; en tercer lugar, se presentan los aspectos cuantitativos y cualitativos de los avances y logros obtenidos en investigación, enseñanza, atención médica, y aspectos administrativos, así como el cumplimiento del informe del Programa Anual de Trabajo 2017 por cada Dirección de área y finalmente se presenta el informe de resultados relevantes o destacables 2017 del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018, Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.



Además, con el objetivo de fortalecer la instrumentación de la Política Pública de Medicina de Alta Especialidad y el desarrollo de un modelo integral de Evaluación del Desempeño de Medicina de Alta Especialidad, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en coordinación con el Hospital, implementó un proyecto de indicadores que revelan la complejidad de las actividades realizadas en las unidades coordinadas en los siguientes rubros: Calidad y seguridad en la atención médica, Eficiencia de los procesos sustantivos, Acceso y oportunidad de los servicios de medicina de alta especialidad y Complejidad de la atención médica de alta especialidad.

Por lo anterior, se presenta el informe de los indicadores y los formatos “Información Estadística Hospitalaria”, “Información Estadística Epidemiológica”; “Cirugías Extramuros” e “Indicadores de Desempeño de Medicina de Alta Especialidad”.

## DIRECCIÓN GENERAL

### 1. Acciones relativas a la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria

En este apartado se da cumplimiento al acuerdo adoptado en la H. Junta Gobierno, por lo cual se presentan las acciones realizadas por cada una de las áreas responsables del Hospital Juárez de México de dar atención a cada una de las acciones propuestas en el Modelo de Gestión Hospitalaria, durante el periodo de enero a junio de 2017.

	Acción propuesta	Acción realizada	Área responsable	Comentario
1	Hospital eficiente, autosustentable y autosuficiente	<p>Con la finalidad de hacer más eficientes los procesos que se realizan en el Hospital, se llevaron a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Hospital envió a la CCINSHAE la propuesta de autorización de 1,471 claves actualizadas del tabulador de cuotas de recuperación.</li> <li>• Se impartió el curso de capacitación "Normatividad en materia de adquisiciones", capacitando a un total de 107 servidores públicos de las áreas de Órgano Interno de Control, Dirección de Planeación Estratégica, Cirugía Vasculuar, División de Gineco-Obstetricia, Oftalmología, Neurofisiología, Cirugía General, Urgencias Pediatría, Departamento de Análisis de Procesos, Hemodinamia, Ginecología, Reumatología, Urología, Investigación, Neurocirugía, Dirección Médica, Unidad de Cuidados Coronarios, Neurología, Neumología e Inhaloterapia, Cirugía Pediátrica, Rayos X, División de Medicina, Dirección de Investigación, División de Investigación, Dermatología, Urgencias Pediatría, Otorrinolaringología, Laboratorio Clínico, Unidad de Investigación en enfermedades metabólicas y endocrinas, Nutrición Hospitalaria, CAUSES, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Ortopedia y Traumatología, Medicina Nuclear, Gastos Catastróficos, División de Medicina Crítica, Anatomía Patológica, Consulta Externa, Angiología, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Endocrinología.</li> <li>• Se ejerció al 100% el presupuesto autorizado para el Hospital.</li> </ul>	Dirección de Administración	
2	Modernización de equipo	<p>Se cuenta con seis proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la SHCP para la sustitución y/o adquisición de equipamiento, siendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México.</li> <li>• Equipamiento para el servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México.</li> </ul>	Dirección de Administración	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México.</li> <li>Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México.</li> <li>Equipamiento para el servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México.</li> </ul>		
3	Planeación estratégica	Se realizó la evaluación del cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, a través de la evaluación del Modelo Sintético de Información de Desempeño, correspondiente al primer semestre de 2017.	Dirección de Planeación Estratégica	
4	Sistema de Costos	Se continúa trabajando en la actualización de las claves del tabulador de cuotas de recuperación del Hospital y se está en la búsqueda de un sistema que cumpla con las normas técnicas emitidas por el Consejo Nacional de Armonización Contable.	Dirección de Administración	
5	Manuales de Organización	<p>Durante el periodo de enero a junio de 2017, se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con la versión 2016 del Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México que está integrado por 79 procedimientos, contando con la opinión técnica favorable de la Dirección General de Programación y Presupuesto.</li> <li>Se revisaron, actualizaron y validaron 32 Manuales de organización y procedimientos de los 16 servicios de la División de Cirugía.</li> <li>Se revisaron y actualizaron 26 Manuales de Organización Específico y 45 Manuales de Procedimientos de diversos servicios de las Direcciones de área del Hospital.</li> </ul>	Dirección de Planeación Estratégica	
6	Efectiva selección de personal	<p>Se envió a la Secretaría de Salud las metas de desempeño de los servidores públicos para el ejercicio 2017.</p> <p>Con la finalidad de ser considerado como validador de perfiles institucionales, personal de la Subdirección de Recursos Humanos del Hospital, asistió a los cursos “Especialista en descripción, perfiles y evaluación de puestos” e “Inducción a la Evaluación y Validación de puestos en la Administración Pública Federal” impartidos por la Secretaría de la Función Pública.</p>	Dirección de Administración	
7	Distribución de los RRHH	Se realizó el proceso de distribución del personal de acuerdo a su plaza, así como a las necesidades de las áreas, respetando la normatividad laboral.	Dirección de Administración	
8	Capacitación continua	Se impartieron un total de 42 cursos de educación continua, contando con una asistencia de 2,666 profesionales de la salud, de los cuales 1,930 fueron mujeres.	Unidad de Enseñanza	
9	Reconocimiento al desempeño	<p>Con relación a este tema, se concluyeron dos etapas, la inscripción y evaluación de las y los participantes al reconocimiento al desempeño.</p> <p>Participaron un total de 164 profesionales de la salud, de las áreas de: enfermería 85, medicina 32, química 29, trabajo social 8 y otras disciplinas 10.</p>	Unidad de Enseñanza	



10	Preparación de futuros directivos	Se impartió el curso "Actualización en calidad de la teoría a la práctica", capacitando a 122 profesionales de la salud.  Además, se realizaron actividades para llevar a cabo el VII Diplomado de seguridad del paciente, el cual se realizará para el segundo semestre de 2017.	Dirección de Planeación Estratégica	
11	Nuevas modalidades de captación de recursos	Se cuenta con los siguientes convenios que permiten la captación de recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio de colaboración en materia de servicios médico-hospitalarios cubiertos con recursos del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. (Seguro Popular).</li> <li>• Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo 125 intervenciones que se atienden en el Hospital.</li> <li>• Convenio de prestación de servicios médicos y quirúrgicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM).</li> <li>• Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA.</li> <li>• Convenio de prestación de servicios de radioterapia y medicina nuclear con el Hospital General de Pachuca.</li> </ul>	Dirección de Administración	
12	Consulta externa todo el día	Se otorga atención médica en consulta externa en 47 especialidades. Asimismo, se brinda atención en el turno vespertino en las especialidades de Neumología, Hematología y Oncología.	Dirección Médica	
13	Hospital vespertino	Se otorga atención médica vespertina en las áreas de Hospitalización, Urgencias, Auxiliares de Diagnóstico y en tres servicios de la Consulta Externa (Neumología, Hematología y Oncología).	Dirección Médica	
14	Cirugía ambulatoria	El Hospital realiza cirugías ambulatorias en las especialidades médicas de Urología, Cirugía plástica, Cirugía maxilofacial, Oftalmología, Oncología, Dermatología, Gineco-obstetricia y Oncología pediátrica.	Dirección Médica	
15	Auditoría médica cruzada	Se continuó con la implementación del protocolo correspondiente al tópico de auditoría clínica de "Prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos". Asimismo, se revisó la frecuencia de las úlceras en los servicios de hospitalización, con la finalidad de implementar el protocolo en las áreas con mayor incidencia.	Dirección de Planeación Estratégica	
16	Aplicación de guías de práctica clínica	Con el objetivo de apegarse a protocolos y recomendaciones de las enfermedades más frecuentes en el Hospital, las Jefaturas de División y de Servicio, llevaron a cabo la revisión, aplicación y difusión de las siguientes Guías de Práctica Clínica: Cirugía Pediátrica (Apendicitis aguda), Neonatología (Síndrome de dificultad respiratoria y	Dirección de Planeación Estratégica	

		Asfixia perinatal), Pediatría (Crisis asmática y Neumonía), Terapia Intensiva Pediátrica (Choque séptico y Traumatismo craneoencefálico), Urgencias Pediatría (Crisis asmática, Cuerpo extraño en tejidos blandos, Diabetes tipo 1 descompensada, Enfermedad de kawasaki, Gastroenteritis y Absceso perimegdalino), Alergia (Rinitis alérgica).		
17	Farmacia intrahospitalaria	La implementación de la farmacia hospitalaria ha permitido abastecer de medicamentos por dosis unitaria (unidosis) a todas las áreas hospitalarias, apegándose a lo establecido por la normatividad vigente.  Se logró el abasto de 99.6% de medicamentos y material de curación.	Dirección Médica	
18	Comités intrahospitalarios	El Hospital cuenta con 23 comités, seis subcomités y seis comisiones, los cuales sesionaron en 125 ocasiones, generando 237 acuerdos (94 concluidos y 143 en proceso).  Se capacitó a 22 responsables de los órganos colegiados sobre el Procedimiento para dar seguimiento al funcionamiento de los comités, la documentación que deben tener y la manera en la que deben enviar su información.	Dirección de Planeación Estratégica	
19	Modelo de Trabajo de Enfermería	El servicio de Enfermería del Hospital, vincula y alinea su Plan de trabajo y Modelo de gestión de calidad, al de la Dirección Médica y Dirección de Enfermería de la Comisión Permanente de Enfermería.  Se registraron en la plataforma del Observatorio un total de 543 eventos, los cuales fueron notificados a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.  En lo referente a capacitación, personal de enfermería participó en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro personas en tres diplomados de CUIDAMHE que se impartieron en el Instituto Nacional de Geriátrica, con la finalidad de contar con personal especialización en el Protocolo para la atención de las personas adultas mayores.</li> <li>• 63 profesionales de la salud asistieron al curso taller "Prevención y actualización sobre el manejo de úlceras por presión", otorgado por la Clínica de heridas y estomas.</li> <li>• 51 personas en el curso taller "Estandarización del cuidado a la persona con terapia de infusión", impartido por la Coordinación de calidad en enfermería.</li> </ul> La Jefatura de enfermería participó en el análisis del contenido académico para los cursos taller de "Ética, bioética y legislación" y "Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en el uso de catéter vesical", coordinado por la Dirección de Enfermería de la Comisión Permanente de Enfermería.	Jefatura de Enfermería	

		Además, se continúa trabajando conjuntamente con los Hospitales: General de México, "Dr. Manuel Gea González", Juárez del Centro, Homeopático y de la Mujer, en la elaboración de guías de práctica clínica en enfermería.		
20	Casos estrella	<p>Se trata de paciente del género femenino de 64 años de edad. Se sabe hipertensa desde hace 3 años en tratamiento con telmisartan y propanolol, artritis reumatoide desde hace un año recibiendo metotrexate y diclofenaco. Inicia su padecimiento actual en marzo 2017, presentando disnea de medianos esfuerzos, la cual fue progresiva hasta pequeños esfuerzos, astenia, adinamia, acudiendo con médico que detecta elevación de la presión arterial e indica nifedipino sublingual, presentando posteriormente edema de ambos miembros inferiores en todo su trayecto, hasta llegar a la pared abdominal, incrementándose la disnea, presentando pérdida súbita del conocimiento en 3 ocasiones, vista por otro médico que indica furosemide con lo cual tuvo mejoría parcial, estando internada en clínica privada durante cuatro días sin presentar mejoría, por lo que acuden nuevamente con otro médico particular el cual sospecha la presencia de una Tromboembolia Pulmonar, motivo por el cual se solicita interconsulta con Cardiólogo, quien realiza Ecocardiograma, mostrando una tumoración en aurícula izquierda que protruye al ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral con hipertensión arterial pulmonar severa, por lo que es enviada al Hospital Juárez de México para continuar su tratamiento. A su ingreso al servicio de Cardiología se ingresa a la Unidad Coronaria con TA 152/97mmHg, FC 99x', FR 18x', T 37°C, SAT 100% reactiva, consciente, bien orientada, buena coloración, bien hidratada, ingurgitación yugular grado II, tórax normolinea, amplexión y amplexación normales, campos pulmonares con estertores finos basales, los ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, sin fenómenos soplantes, sin S3 ni S4, abdomen sin visceromegalias, blando, edema +++/+++ de ambos miembros inferiores, pulsos periféricos íntegros simétricos. Laboratorio: Amilasa 23, bilirrubina directa 1.1, bilirrubina total 1.3, Ca 7.4, Cl 109, CK 35, MB 9, Creat 1.02, DHL 483, Gluc 93, Lipasa 24, BUN 245, K 5.5, Na 147, TGO 31, TGP 29, leucos 8.95, Hb 10, Hto 32%, PLT 334000, NUETRO 68%, LINF 12%, FIBRI 594, TP 20, TPT 29.</p> <p>Electrocardiograma: Ritmo sinusal, sin datos de isquemia, lesión o necrosis.</p> <p>Tele de tórax: ICT 0.66, cardiomegalia grado IV, hipertensión venocapilar pulmonar grado III</p> <p>Ecocardiograma doppler color: Aorta 25mm, aurícula izquierda 45mm, septum 10mm, pared posterior 10mm, diámetro diastólico VI 45mm, diámetro sistólico VI 28mm, fracción de expulsión 79%, diámetro diastólico VD 42mm (basal), 40mm (medio) y 88mm (longitudinal), TAPSE 14mm,</p>	Dirección Médica	<p>Dentro de los tumores cardíacos los malignos son los de mayor frecuencia, de rápida y fatal evolución al momento de su presentación. Entre los tumores primarios benignos, los rabdomiomas son los más frecuentes en la población infantil, y el mixoma es el más frecuente en la población adulta, pudiéndose presentar en forma aislada o familiar, con herencia autosómica dominante cuyas características principales incluye nuevos pigmentarios, fibroadenomas mamarios y tumores testiculares o pituitarios. Siendo el ecocardiograma transtoracico y tranesofagico las herramientas principales para su diagnóstico, aunque la tomografía computada y la resonancia magnética brindan una información importante.</p>

		<p>válvulas mitral y aortica normales, insuficiencia tricúspide ligera con presión sistólica de la arteria pulmonar de 89mmHg. Observándose una masa auricular de composición heterogénea que protruye en diástole a la válvula mitral causando una obstrucción al flujo transmitral, con un pedículo de 9mm, adosado al septum interventricular. Midiendo 44mm x 32mm con un área de 11.5cm<sup>2</sup>. Posteriormente, se realizó coronario grafía, reportándose arterias epicardíacas sin lesiones. Presentándose al servicio de Cirugía Cardiovascular, los cuales aceptan operar a la paciente teniendo como hallazgos: una masa bilobulada esférica, uniforme, con pediculum en septum interauricular de aproximadamente 5x4cm de diámetro con válvula mitral integra. La pieza quirúrgica fue enviada al Servicio de Anatomía Patológica que reporto: Mixoma de aurícula izquierda de 5.3CM de eje mayor sin datos de malignidad en el material examinado.</p>		
21	Enlace con la gente y la comunidad	<p>A través de las redes sociales oficiales (Twitter y Facebook) del Hospital, se tuvo interacción con las y los pacientes, familiares, personal y seguidores de la Institución.</p> <p>En coordinación con la Secretaría de Salud se realizó la proyección de 155 entrevistas con médicos especialistas, referentes a la atención médica, las cuales fueron difundidas a través de medios de comunicación como: radio, TV, medios impresos y electrónicos, con el objetivo de enviar mensajes de salud.</p> <p>Diariamente se actualizan redes sociales y se realizan mensualmente un promedio de 26 entrevistas a los médicos especialistas del Hospital.</p>	Unidad de Comunicación Social	
22	Banco de leches	<p>Se tiene registrado el proyecto en cartera de inversión "Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México 2016", con el número de registro 1612NAW00 y folio 843.</p> <p>Cabe señalar, que este proyecto se pretende realizar con recursos que otorgará el Centro Nacional de Equidad y Género, sin embargo, al periodo de reporte, no se ha aprobado el financiamiento.</p>	Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica	
23	Modelo de intervención en periodos críticos del embarazo	<p>El Hospital a través de la aplicación del Código Mater atendió puntual y eficazmente las emergencias obstétricas de 39 pacientes.</p>	Dirección Médica	
24	Programa de vigilancia de la menopausia (PROVIME)		Dirección Médica	<p>El Hospital no tiene implementado este programa, solamente el servicio de Biología de la reproducción realiza educación de la paciente menopáusica.</p>

25	Referencia y contrarreferencia concertada	Se mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia para solicitar apoyo en los casos donde el Hospital Juárez de México requiera referir pacientes.	Dirección Médica	Se está trabajando en la implementación de lineamientos, que permitan realizar un programa de referencia y contrarreferencia más eficiente.
26	Centro toxicológico	El Centro Toxicológico otorgó atención a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 234 pacientes en el servicio de Urgencias.</li> <li>• 146 pacientes hospitalizados.</li> <li>• 1,114 asesorías telefónicas.</li> <li>• Aplicación de 199 antídotos, antivenenos y faboterápicos.</li> <li>• 20 Traslados en helicóptero.</li> </ul> El Centro Toxicológico sigue siendo la única alternativa en el área metropolitana para la población no derechohabiente.	Dirección Médica	
27	Visita a domicilio		Dirección Médica	El Hospital no tiene implementado este programa
28	Médico de familia		Dirección Médica	El Hospital no tiene implementado este programa.
29	Programa de cuidados paliativos	El Hospital cuenta con personal especializado en cuidados paliativos y clínica del dolor, ofreciendo atención oportuna a pacientes hospitalizados y de consulta externa.  Esto ha originado disminuir el número de ingresos de paciente Oncológicos en fase terminal, lo cual permite ingresar un mayor número de pacientes, para protocolo de estudio y tratamiento médico quirúrgico.	Dirección Médica	
30	Comité permanente de certificación	Se conformaron 15 equipos multidisciplinarios para atender las actividades programadas en la etapa documental del Proyecto de Certificación Hospitalaria, relacionadas con la elaboración del soporte documental de los elementos medibles de cada estándar.  Para lo cual, se realizaron un total de 146 reuniones multidisciplinarias para la revisión y elaboración de los documentos.	Dirección de Planeación Estratégica	
31	Fomentar el autocuidado y la medicina preventiva	El servicio de Geriátrica impartió dos cursos-taller sobre "El manejo del estrés en el cuidador del Adulto Mayor", a los familiares de pacientes.  Durante la celebración del Día mundial del riñón, se emitieron recomendaciones para el autocuidado y prevención de la enfermedad renal. Además, se sensibiliza a la población sobre la importancia del apego a las recomendaciones de salud renal.	Dirección Médica	

32	Programas enfocados hacia el empleado y su familia		Dirección de Planeación Estratégica	Sin avance al periodo de reporte.
33	Alianza médica para la salud		Dirección Médica	El Hospital no tiene implementado este programa.
34	Hospital Seguro	Se dio a conocer el Manual de Funcionamiento de la Unidad de Protección Civil a miembros del Comité.  Se impartieron cuatro cursos referentes a temas de Protección Civil, contando con la participación de 171 integrantes del Comité.	Dirección de Administración, Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica	
35	Hospital Verde		Dirección de Administración	El Hospital no tiene implementado este programa.
36	Simulacro de robo de infante		Dirección de Planeación Estratégica	Durante el periodo de reporte, no se realizaron simulacros de robo de infante.
37	CECADET-UNAM	No se realizaron prácticas quirúrgicas con especímenes humanos, debido a que la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, no los ha proporcionado por modificaciones en la reglamentación en la Ciudad de México sobre las personas fallecidas sin identificación.	Unidad de Enseñanza y Dirección de Investigación	
38	Promoción de la investigación científica	La actividad primordial de la Dirección de Investigación es la promoción de la investigación clínica hacia los servicios Hospitalarios, por lo que al primer semestre de 2017, se realizó el curso "Metodología de la investigación científica", con la finalidad de colaborar en la realización de las diferentes tesis de especialidad de los médicos residentes.	Dirección de Investigación	
39	Protocolos y proyectos Interinstitucionales (incluye Universidades y Escuelas de Educación Superior)	Se contó con 34 protocolos de investigación vigentes, de los cuales 19 son proyectos de investigación vinculados con otras instituciones.	Dirección de Investigación	
40	Protocolos internacionales		Dirección de Investigación	Durante el periodo de reporte, no se contó con protocolos de investigación internacionales.
41	Aplicar la Ética Médica	El Hospital mantiene un compromiso permanente con la Ética y la Bioética, cuenta con tres Comités: el Comité de Ética en Investigación (CEI); el Comité de Bioética Clínica y el Comité de Ética para los trabajadores, dependiente de la Secretaría de la Función Pública, mismos que funcionan normalmente bajo sus respectivos estatutos autorizados.	Dirección de Investigación y Dirección Médica	

		El CEI logró su registro ante la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud (Registro número CONBIOÉTICA-09-CEI-008-20170421). Asimismo, sesionó en siete ocasiones aprobando dos protocolos de investigación de 12 protocolos recibidos para evaluación.		
42	Revista periódica	El Hospital no cuenta con gaceta periódica debido a falta de presupuesto.  Además, no se tiene una revista propia para la difusión de resultados de sus investigaciones. No obstante, la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital, cuenta con su revista (Grupo I), en la cual se publica gran parte de las investigaciones clínicas realizadas; por lo que al primer semestre de 2017, se publicaron 13 artículos, donde participó personal de la Institución.  Cabe señalar, que el complemento de las publicaciones, se envían a revistas internacionales de las diferentes especialidades.	Dirección de Investigación y Unidad de Comunicación Social	
43	Área de Comunicación Social	Se realizaron las siguientes actividades: 155 entrevistas, 105 boletines publicados en el blog oficial del Hospital, una rueda de prensa (X Aniversario del Centro Toxicológico del Hospital Juárez de México), tres campañas institucionales (Día naranja a favor de la no violencia contra las mujeres, Lavado de manos y Día de las mujeres en la ciencia), una campaña en redes sociales, sobre 77 días mundiales en salud y cinco actividades culturales, con motivo del 170 Aniversario del Hospital Juárez de México.  El espacio en Efekto TV y radorama están disponibles todos los jueves del año.  Los banners de los días mundiales se pueden consultar en las redes sociales del Hospital.	Unidad de Comunicación Social	
44	Hospital 100% libre de humo de tabaco	El Hospital firmó un convenio con el Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas", Instituto Nacional de Medicina Genómica, Instituto de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente", Instituto de Cardiología "Ignacio Chávez", Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Hospital General de México, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán), para hacer frente al tabaquismo.  Asimismo, el Director General del Hospital Juárez de México, dio una entrevista sobre el convenio antes mencionado, mismo que generó notas en los medios Milenio y 24 Minutos.	Dirección de Administración, Dirección de Planeación Estratégica y Unidad de Comunicación Social	

45	Página Web	Se atendieron 112 solicitudes de actualización de información dentro del Portal institucional, referentes a normatividad en transparencia, Comité de Información, Transparencia Focalizada, Indicadores de Programas Presupuestarios, recomendaciones dirigidas al Hospital, estudios y opiniones, rendición de cuentas, participación ciudadana., POBALINES, Enseñanza y COMERI.	Dirección de Planeación Estratégica	
46	Universidad del paciente		Unidad de Enseñanza	No aplica para la Institución.
47	Aval ciudadano	<p>El seguimiento del Programa Aval Ciudadano se realiza de forma cuatrimestral, por lo que al periodo de enero a abril de 2017, se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se envió a la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR) el informe de seguimiento de Aval Ciudadano, correspondiente al tercer cuatrimestre de 2016.</li> <li>• El Presidente del Club rotarios lindavista distrito 4170, otorgó una entrevista para "Radio capital".</li> <li>• Se realizaron dos sesiones de Aval Ciudadano, en las cuales se firmaron dos cartas compromiso, relacionadas con las áreas de oportunidad detectadas en la encuesta de Aval Ciudadano.</li> </ul> <p>Además, la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia envió el Acta de Instalación de Aval Ciudadano.</p>	Dirección de Planeación Estratégica	
48	Programa KARDIAS		Dirección Médica	El Hospital no tiene implementado este programa.
49	Programa AIDE		Dirección Médica	El Hospital no tiene implementado este programa.
50	Programa PREMIO		Dirección Médica	El Hospital no tiene implementado este programa.
51	Programa PROTÉGEME		Dirección Médica, Dirección de Planeación Estratégica y Unidad de Comunicación Social	El Hospital no tiene implementado este programa.
52	Programa PROTÉGETE		Dirección Médica, Dirección de Planeación Estratégica y Unidad de Comunicación Social	El Hospital no tiene implementado este programa.



## 2. Programa de trabajo de la Dirección General.

### 2.1 Avances y logros por Estrategia y Línea de acción del Programa Institucional 2015-2020.

En la siguiente tabla, se muestra el avance de cumplimiento de las líneas de acción que fueron comprometidas para el ejercicio 2016.

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
1.1.1 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores.	<p>Para dar seguimiento a los eventos de agresiones hacia el personal por parte de otros trabajadores, familiares, visitantes y pacientes, en la Primera Sesión Ordinaria del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), se generó un acuerdo referente a la forma de difusión y notificación de los casos de violencia; difundiendo el formato para el reporte a los Jefes de División y de Servicio.</p> <p>Durante el primer semestre de 2017, se notificó un caso de violencia en el servicio de Preconsulta y se dio el seguimiento correspondiente, proponiendo las acciones para su solución por parte de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.</p>	<p>Departamento de Seguridad en la Atención del Paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte del caso de violencia</li> <li>Minuta del 10 de marzo de 2017, de la primera sesión ordinaria del COCASEP</li> <li>Oficio DPE/DCAA/DCSP/101/2017 del 18 de abril de 2017</li> </ul>
1.1.2 Atención a la Población Geriátrica.	<p>El Servicio de Geriátria a través de la Clínica del Adulto Mayor, difundió el perfil general del Adulto Mayor a las áreas de Medicina Interna, Inmunología y Alergia, Neumología, Traumatología y Ortopedia y Neurología, con el propósito de conocer las características particulares del paciente Geriátrico y reconocer al paciente que se beneficiará de la atención multidisciplinaria que se brinda y lo refiera oportunamente.</p> <p>Los pacientes geriátricos son atendidos por un equipo multidisciplinario conformado por médicos geriatras, enfermeras, Gerontólogos y Psicólogos en medicina conductual.</p> <p>Con la finalidad de apoyar a los familiares en las medidas de educación del paciente geriátrico, el servicio de Geriátria del Hospital, llevó a cabo dos Cursos-taller con el tema "El manejo del estrés en el cuidador del Adulto Mayor".</p>	<p>Servicio de Geriátria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escrito de fecha 23 de junio de 2017</li> <li>Hojas Diaria de Consulta Externa</li> <li>Bitácoras de Trabajo de los servicios participantes</li> <li>Expedientes Clínicos de pacientes</li> <li>Registro de Asistencia a los Curso Taller</li> <li>Minutas de trabajo de la Clínica del Adulto Mayor</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
1.1.3 Esquema Mixto de Atención en Consulta Externa.	<p>Con relación a este proyecto se elabora el análisis de factibilidad para la prestación de servicios médicos en la consulta externa. Cabe señalar que el Hospital cuenta con 47 especialidades y 25 subespecialidades médicas que otorgan servicio de consulta externa en el turno matutino y algunas en el turno vespertino como: Hematología, Oncología y Neumología. Se está evaluando incorporar a la consulta vespertina, durante el segundo semestre de 2017, los servicios de Ortopedia y Traumatología, Angiología y Cirugía General; debido a que estos servicios cuentan con al menos un médico adscrito en el turno vespertino.</p> <p>La incorporación de los servicios referidos de consulta externa, dependerá del éxito en la gestión del recurso humano de diferentes categorías.</p>	<p>Servicio de Consulta Externa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja diaria de consulta</li> <li>• Formatos F2602-01(Solicitud de Expedientes Clínicos para Consulta Externa)</li> </ul>
1.1.4 Atención al Síndrome Metabólico.	<p>El Servicio de Endocrinología, conformó al grupo de trabajo que participará en la Clínica de Diabetes, coordinando los trabajos para la operación de la misma en el Hospital, dentro de los objetivos principales se encuentra el de prevenir las complicaciones orgánicas. Los servicios que participaron fueron: Endocrinología, Medicina Interna, Pediatría Médica, Salud Mental, Nutrición Hospitalaria, Medicina del Deporte y Trabajo Social.</p> <p>En este sentido y durante el primer semestre se realizaron diversas reuniones de trabajo en las cuales se definieron los siguientes acuerdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el Manual de Organización de Procedimientos</li> <li>• Cada servicio definirá su participación en la Clínica de Diabetes, las cuales se analizarán para su integración en manual de organización y de procedimientos correspondiente.</li> <li>• Se desarrollaron los criterios de valoración que el paciente requiere en la clínica de diabetes: Identificación del paciente, Curso de introducción, Identificación de los factores de riesgo, Control de factores de riesgo, estudios de laboratorio, control metabólico, instrucción nutricional, actividad física y reporte de apego al programa.</li> <li>• Propuesta para la operatividad y evaluación de los pacientes que se ingresarán a la clínica de Diabetes: definición por servicio de la información que se proporcionará a las y los pacientes en el curso de inducción; espacio de tiempo que el paciente esperará para su atención entre cada uno de los servicios; se iniciará con un grupo piloto de diez pacientes en un rango de edad de 15 a 60 años; guía de alimentación para el manejo del paciente con diabetes (en proceso de elaboración); horarios y días por cada servicio para la atención de pacientes.</li> </ul> <p>Es importante mencionar, que el Servicio de Medicina Interna recibe a los pacientes que son canalizados por los diferentes servicios médicos, principalmente por el servicio de Preconsulta y Urgencias Adultos al detectar en los pacientes signos del síndrome metabólico como son: glucosa elevada, perímetro abdominal elevado, presión alta, somatometría, etc.</p>	<p>Servicio de Endocrinología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minutas de reuniones trabajo entre los servicios participantes</li> <li>• Hoja diaria de consulta</li> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Curso taller del síndrome metabólico</li> </ul>
1.1.5 Promoción de la Salud Renal.	<p>Con la finalidad de identificar a pacientes con falla renal, el Hospital Juárez de México en sinergia con el Colegio de Nefrólogos de México, realiza el programa de prevención denominado "La semana de salud renal", orientado al público en general.</p>	<p>Servicio de Nefrología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de los estudios realizados</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad										
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento								
	<p>Durante esta semana se realizan a los participantes estudios de laboratorio, para estar en posibilidad de emitir recomendaciones al médico tratante de primer y segundo contacto para el cuidado del paciente. Además, de sensibilizar al paciente sobre la importancia del apego a las recomendaciones, sin embargo y debido a que este año el Día Mundial del Riñón 2017, se realizó en la Ciudad de Zacatecas durante los días 9 y 10 de marzo, en donde el Hospital formó parte del comité organizador se dirigió para el segundo semestre la actividad de la semana de la salud renal en el Hospital Juárez de México.</p> <p>Durante marzo de 2017, en el desarrollo del día mundial de riñón, la División de Pediatría y el servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital, realizaron actividades de promoción en salud renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taller de Nutrición a pacientes pediátricos con obesidad y sobrepeso.</li> <li>Campaña KEEP Pediátrico, con la finalidad de detección de enfermedad renal a población abierta con factores de riesgo de enfermedad renal crónica.</li> </ul> <p>El objetivo primordial para el desarrollo de estas actividades fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar la conciencia sobre salud renal</li> <li>Aumentar la conciencia sobre los factores de riesgo</li> <li>Fomentar conductas preventivas</li> </ul> <p>Se realizaron estudios a un total de 59 niñas y niños para la detección de enfermedad renal, lográndose detectar 24 pacientes con alteración de la función renal, a los cuales se dará seguimiento a través del servicio de Nefrología Pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuadros estadísticos de los años 2013-2016</li> <li>Constancias de participación en los eventos</li> <li>Propuesta de Modelo de Salud</li> </ul>								
<p>1.1.7 Disminución del Tiempo de Espera en la Atención: Consulta Externa.</p>	<p>El Servicio de Consulta Externa, durante marzo, abril y mayo de 2017 realizó el análisis del tiempo de espera de los pacientes para ser recibidos en el consultorio correspondiente, en el que se consideró la hora de registro de la cita del paciente en el carnet, hasta el momento en el que entró a la consulta, teniendo el siguiente resultado:</p> <table border="1" data-bbox="714 982 1375 1047"> <thead> <tr> <th>Total Servicios Encuestados</th> <th>Total de pacientes con seguimiento</th> <th>Total de tiempo de espera en minutos</th> <th>Tiempo promedio espera en minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36</td> <td>2,651</td> <td>275,172</td> <td>104</td> </tr> </tbody> </table> <p>Estas mediciones basales, serán comparadas con una segunda medición durante el cuarto trimestre de 2017; con la finalidad de medir el impacto de las acciones implementadas para la disminución del tiempo de espera en la atención en Consulta Externa.</p> <p>Asimismo, la Jefatura de consulta externa supervisa diariamente la programación de consultas y el oportuno cumplimiento del horario de la consulta. Se analizaron algunas causas que retrasan la atención médica, como la falta del expediente clínico que se solicitó en las listas de solicitud de expedientes.</p> <p>Al respecto, se cuenta con la realización de reuniones bimestrales de trabajo entre la Jefa de Consulta Externa y las recepcionistas, para la detección y seguimiento de la implementación de acciones de mejora en la Consulta Externa, enfatizando en el registro de programación de consulta.</p>	Total Servicios Encuestados	Total de pacientes con seguimiento	Total de tiempo de espera en minutos	Tiempo promedio espera en minutos	36	2,651	275,172	104	<p>Servicio de Consulta Externa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cédulas de registro de tiempos de espera</li> <li>Concentrado de tiempos de espera –marzo, abril y mayo</li> <li>Minutas de reunión de fecha 3 de mayo entre el personal de Consulta Externa</li> <li>Minuta reunión de fecha 28 de junio entre el Servicio de Consulta Externa y Archivo Clínico</li> <li>Formatos F2602-01 (Solicitud de Expedientes Clínicos para Consulta Externa)</li> </ul>
Total Servicios Encuestados	Total de pacientes con seguimiento	Total de tiempo de espera en minutos	Tiempo promedio espera en minutos							
36	2,651	275,172	104							

Estrategia 1 Calidad y Seguridad												
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento										
	<p>Con la finalidad de reducir la falta del expediente clínico, el Servicio de Consulta Externa en acuerdo con el Archivo Clínico, implantaron en junio 2017 las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Encargada de Archivo Clínico, instruyó al personal a su cargo, requisitar correctamente con las firmas el formato F2602-01 (Solicitud de Expedientes Clínicos para Consulta Externa), en original y copia al momento de entrega-recepción de expedientes, mismos que serán entregados siempre y cuando se encuentre presente el personal de recepción de la consulta externa, a quien le solicitará las firmas correspondientes.</li> <li>• La Encargada del Archivo Clínico, informó mediante oficio al Servicio de Consulta Externa el horario y personal designado para la entrega y recolección de los expedientes clínicos en cada uno de los módulos de atención.</li> <li>• La Encargada del Archivo Clínico, designó a una persona para que visite a cada uno de los módulos de atención de Consulta Externa en caso de que no haya sido proporcionado el expediente clínico conforme a la solicitud requerida en el formato F2902-01. Dicha persona da seguimiento prioritario e informa oportunamente al paciente del status de la búsqueda que se está realizando en el Archivo Clínico y/o en alguna otra área del Hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de atención a pacientes para la búsqueda de expedientes clínicos no surtidos</li> </ul>										
1.1.8 Disminución de Tiempos de Espera en la Atención: Urgencias.	<p>Durante enero y febrero de 2017, la División de Medicina Crítica realizó el análisis del Sistema de TRIAGE de Manchester, evaluando el proceso para el registro de pacientes que requieren atención en el área de Urgencias, así como la medición de los tiempos de espera con base en los registros de las hojas TRIAGE, reflejados en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="877 938 1220 1094"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Promedio de tiempo en minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Febrero</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Abril</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Mayo</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table> <p>La medición en los tiempos de respuesta a las interconsultas fue en promedio de 120 minutos.</p> <p>La respuesta a la interconsulta por parte de los servicios de especialidad del Hospital, se resolvió con la difusión del procedimiento específico.</p>	Mes	Promedio de tiempo en minutos	Enero	22	Febrero	22	Abril	18	Mayo	25	<p>Servicio de Urgencias Adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrado de mediciones de tiempo de espera en TRIAGE</li> <li>• Procedimiento de Interconsultas</li> <li>• Medición de tiempos de respuesta de los servicios interconsultados.</li> </ul>
Mes	Promedio de tiempo en minutos											
Enero	22											
Febrero	22											
Abril	18											
Mayo	25											
1.1.9 Disminución de tiempos de Espera en la Atención: Quirófanos y Diferimiento Quirúrgico.	<p>Con el objetivo de mejorar la atención en la Unidad Quirúrgica por medio de la disminución del diferimiento de cirugía programada, reducir los tiempos de espera entre una cirugía y otra, hacer un ordenamiento adecuado de la programación, evitando la programación excesiva que interfiera con el inicio de las cirugía, se desarrollaron las siguientes actividades:</p>	<p>División de Cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento para la programación quirúrgica</li> </ul>										

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración, revisión, autorización y difusión del procedimiento para la programación quirúrgica y del formato para la solicitud de cirugías y para la programación quirúrgica.</li> <li>Con la finalidad de distribuir eficientemente los tiempos para cada quirófano en la programación de cirugías, se estandarizó el tiempo de cirugía para los procedimientos que se realizan en la Institución con mayor frecuencia.</li> </ul> <p>Con el objetivo de evitar el tiempo perdido entre los procedimientos quirúrgicos y su repercusión en el cumplimiento de la programación se desarrollaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión del expediente clínico a la llegada del paciente a la Unidad Quirúrgica.</li> <li>Identificación oportuna y adecuada de la ubicación del paciente programado.</li> <li>La (el) jefe de enfermería solicita oportunamente la llegada del paciente a la Unidad Quirúrgica antes de que concluya la cirugía precedente.</li> <li>La (el) jefe de enfermería supervisa la llegada del paciente a la Unidad Quirúrgica a tiempo para el inicio de la cirugía.</li> <li>Equipamiento de sala de cirugía, para la siguiente de acuerdo a la programación quirúrgica, Electiva o de Urgencia</li> <li>Revisión y corrección de fallas detectadas en el equipo (máquina de anestesia, monitores, aspiradores, lámparas, mesa quirúrgica) por el área de Biomédica.</li> <li>Dotación oportuna de insumos y medicamentos para el procedimiento anestésico y quirúrgico, personal de anestesia, personal de enfermería, de acuerdo a la programación quirúrgica</li> <li>Asistencia y permanencia del personal quirúrgico en los quirófanos durante el turno laboral correspondiente de acuerdo a la programación de cirugía.</li> <li>Supervisión continua del jefe de servicio de la Unidad Quirúrgica</li> <li>Estandarizar el tiempo entre una cirugía y otra.</li> <li>Asistencia, presencia y participación activa del instructor en los procedimientos quirúrgicos</li> </ul> <p>Con la finalidad de asegurar la disponibilidad del equipo quirúrgico completo para iniciar la cirugía, se asignó personal de manera permanente por parte del área de Biomédica, realizando las siguientes actividades:</p> <p>Actividades que se realizan antes del inicio de las cirugías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de equipos de anestesia.</li> <li>Revisión de mesas y lámparas quirúrgicas.</li> <li>Revisión de microscopios para cirugía.</li> <li>Revisión de equipos de monitoreo de signos vitales.</li> <li>Revisión de desfibriladores.</li> <li>Lo relacionado a gases medicinales.</li> <li>Asesoría sobre equipamiento médico.</li> <li>Verificar funcionamiento correcto de aspiradores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difusión del formato e instructivo para la solicitud de cirugías y para la programación quirúrgica</li> <li>Documento de estandarización de tiempos de cirugías</li> <li>Listado de actividades que se realizan, entre procedimientos quirúrgicos</li> <li>Programación de cirugía</li> <li>Lista de cotejo de actividades</li> <li>Análisis comparativo del 1er. semestre de 2016 y el 1er. semestre de 2017 del diferimiento de cirugía programada y de productividad quirúrgica</li> <li>Lista de cotejo de control de inicio de actividades en quirófanos</li> <li>Órdenes de servicio de mantenimiento preventivo</li> <li>Documento de reporte de recorrido</li> <li>Documento de contrato de mantenimiento preventivo y correctivo para lámparas y mesas quirúrgicas</li> <li>Documento del proyecto "Póliza de mantenimiento preventivo y</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento correcto de electrocauterios.</li> <li>• Chequeo de funcionamiento correcto y seguridad de tomas de oxígeno y aire en cada uno de los quirófanos.</li> <li>• Establecimiento de un programa de mantenimiento para el equipo médico.</li> <li>• Recorrido con el jefe de del departamento de Tecno vigilancia y Tecnología Biomédica con el objetivo de determinar las áreas de oportunidad con respecto al equipo médico e infraestructura utilizada para el uso de tecnología médica.</li> <li>• Se celebró contrato para la prestación de servicio preventivo y correctivo a 10 mesas quirúrgicas hidráulicas.</li> <li>• Se celebró contrato para la prestación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para 18 lámparas quirúrgicas del Hospital.</li> <li>• En proyecto "Póliza de mantenimiento preventivo y correctivo a máquinas de Anestesia con monitores de signos vitales.</li> </ul> <p>Se asignó un recurso con estancia permanente por el servicio de Mantenimiento para la supervisión diaria del área física (pisos, sistema de aire, mobiliario fijo y móvil, instalaciones eléctricas e hidrosanitarias) y de personal de Servicios Generales (cuatro personas de limpieza, cuatro personas del servicio de camilleros, dos personas para la limpieza y cepillado de instrumental).</p> <p>Se elaboró el documento de evaluación estadística con los datos obtenidos en más de 39 días de febrero a junio de 2017.</p> <p>En el análisis se incluyeron 338 mediciones a salas de cirugía asignadas a diferentes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 62 mediciones al servicio de Cirugía General</li> <li>• 47 al servicio de Oncología</li> <li>• 47 al servicio de Ortopedia</li> <li>• 39 al servicio de Neurocirugía</li> <li>• 38 al servicio de Otorrinolaringología</li> <li>• 27 al servicio de Cirugía Pediátrica</li> <li>• 22 al servicio de Maxilofacial</li> <li>• 17 al servicio de Cirugía Plástica</li> <li>• 13 al servicio de Oftalmología</li> <li>• 11 al servicio de Cirugía Cardiorácica</li> <li>• 9 al servicio de Angiología</li> <li>• 6 al servicio de Trasplantes</li> </ul> <p>El 100% de las salas estaban equipadas antes de las 7.30 hrs El 99.3% de las salas cumplían con la limpieza El 100% de las salas se les realizó revisión por el servicio de Biomédica antes de las 8 AM El 100% de los proveedores asistió a tiempo a la Unidad quirúrgica para el inicio de los procedimientos</p>	<p>correctivo a máquinas de anestesia con monitores de signos vitales"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios de asignación de personal de los servicios de Mantenimiento y Servicios Generales</li> <li>• Archivo electrónico de documento de evaluación en Excel</li> <li>• Documento de presentación de resultados de La supervisión del inicio de actividades en la U. Qx.</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>El 100% de las enfermeras acudió a tiempo a las salas para cirugía antes de las 8 AM. Los cirujanos se presentaron a quirófano entre las 7.45 a 8.20 horas en un tiempo promedio de 8.05 Los médicos anesthesiólogos, se presentaron entre 7.50 a 8.20 horas un promedio de 8.01 El inicio del procedimiento anestésico se realiza entre las 8.00 y 8.45 horas en promedio de 8.28 horas La cirugía se inicia en promedio a la 8.42 hrs.</p>	
1.1.10 Mayor oferta de medicamentos al centro de mezclas.	<p>Derivado del análisis que se realizó al consumo de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral en los años 2015, 2016 y primer semestre de 2017, el consumo de ellos en unidad de medida no ha reflejado cambios significativos.</p> <p>En lo que respecta a los catálogos, hasta el momento no se ha manifestado la necesidad del incremento de los mismos, debido a que estos fueron considerados por las áreas usuarias con base en las necesidades y los cuales permiten atender los diferentes convenios con los que cuenta este Nosocomio.</p> <p>Cabe mencionar, que de acuerdo a los procesos de acreditación que se están llevando a cabo en el Hospital, existe la factibilidad de inclusión de algún medicamento, bajo las características de atención por el Centro de Mezclas y esta se realizará en el segundo semestre de 2017.</p> <p>En lo que respecta a la inclusión de medicamentos como sedantes mayores y narcóticos, por proceso regulatorio de normatividad no se podrán manejar en esta característica, los medicamentos anestésicos se consideraron en proceso de unidosis a través de la atención de Farmacia Hospitalaria Subrogada, la cual nos permite obtener una optimización en el recurso.</p>	Farmacia Hospitalaria
1.1.11 Disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IIAS)	<p>Continuidad del Programa de Prevención y Control de Infecciones, con las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia epidemiológica activa</li> <li>• Vigilancia de cohorte en terapias intensivas UCIA, UCC, UTIP (usando herramienta INICC con la disminución del 54% en las infecciones del período abril 2016-marzo 2017)</li> <li>• Vigilancia de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias</li> <li>• Uso de lista de verificación en control de infecciones por servicio</li> <li>• Reporte diario de aislados</li> </ul> <p>Promoción de los paquetes de medidas preventivas Programa de higiene de manos con sus componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad del agua, capacitación programada (Celebración del día mundial de la higiene de manos) y reactiva a los trabajadores de la salud, educación a pacientes y familiares, monitoreo del apego a la higiene de manos y al uso de antisépticos.</li> </ul> <p>Se llevó a cabo el primer curso-taller en el Control de Infecciones con jefes de los servicios médicos y de enfermería (28 asistentes)</p>	<p>Unidad de Vigilancia Epidemiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Control de Infecciones</li> <li>• Programa de higiene de manos</li> <li>• Reportes de CODECIN</li> <li>• Reportes RHOVE</li> <li>• Listas de asistencia del curso taller</li> </ul>
1.1.12 Uso racional de antimicrobianos.	<p>Se promueve el uso racional de antimicrobianos a través de las acciones implementadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de autorización para el usos de antibióticos de amplio espectro por parte del Servicio de Infectología,</li> </ul>	<p>Unidad de Vigilancia Epidemiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes mensuales de consumo de antimicrobianos de Farmacia hospitalaria</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El suministro para el uso de antibióticos preparados y distribuidos mediante la farmacia hospitalaria.</li> </ul> <p>La aplicación de estas acciones son fundamentales en el control de infecciones, además de lograr cambios a largo plazo en la susceptibilidad bacteriológica de los microorganismos causantes de infecciones en el Hospital para la reducción del uso de antimicrobianos (aseveración fundamentada en el uso de la metodología estadística propuesta por la OMS basada en la estimación de dosis diaria definida).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carpetas de trabajo del subcomité de antimicrobianos</li> <li>Registro histórico del consumo de antimicrobianos</li> <li>Base de datos con el registro de resistencias de Unidad de Vigilancia Epidemiológica</li> </ul>
1.1.13 Registro y control de eventos adversos, centinela y por medicación.	<p>Con la finalidad de continuar el abatimiento de los incidentes o eventos adversos en especial los errores por medicación y los eventos centinelas, se efectuaron dos cursos de Inducción al Hospital Juárez de México, en los cuales se difundieron los conocimientos básicos de seguridad del paciente, que incluye el concepto de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos, clasificación de eventos, cultura del reporte, enfoque proactivo y reactivo, y análisis de patrones y tendencias; contando con la participación de 47 personas.</p> <p>Se realizó el curso básico de seguridad del paciente denominado "Actualización en la calidad de la teoría a la práctica", donde se abordaron los temas de sistema de notificación de eventos adversos, definiciones operacionales y seguridad del paciente, contando con una asistencia de 122 profesionales de la salud.</p> <p>El Diplomado de Seguridad del Paciente, se realizará durante el periodo de julio a diciembre de 2017, donde se impartirán los tópicos de conceptos de calidad, los siete pasos para la seguridad del paciente, marco conceptual, comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, aspectos legales, aspectos éticos, infecciones nosocomiales, seguridad en quirófano, eventos adversos, evento centinela, uso seguro de medicamentos, soporte mutuo y avances en seguridad.</p> <p>Con el propósito de impulsar el reporte de eventos adversos, se realizaron 11 sesiones informativas sobre el Proyecto de Certificación Hospitalaria, en las cuales se hizo referencia a la importancia de la notificación voluntaria de los eventos adversos y su impacto en la seguridad del paciente. Asimismo, se explicó a los asistentes los mecanismos de reporte y la forma en la que se analizan los eventos.</p> <p>Se continuó con el reporte de reacciones adversas a medicamentos, por parte del área de farmacovigilancia del Hospital en las cuales al periodo de reporte no se notificaron reacciones.</p>	<p>Departamento de Seguridad en la Atención del Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de asistencia al curso "Inducción al Hospital Juárez de México"</li> <li>Programa y lista de asistencia del curso "Actualización en la calidad de la teoría a la práctica"</li> <li>Lista de asistencia de sesiones</li> <li>Programa del Diplomado de Seguridad del Paciente</li> <li>Reportes de la estadística de reacciones adversas a medicamentos del área de farmacovigilancia</li> </ul>
1.1.14 Estandarización de procesos, guías de práctica clínica y protocolos de atención.	<p>Con el objetivo de estandarizar los procesos, guías de práctica clínica y protocolos de atención del Hospital, se realizó un análisis de la estadística hospitalaria registrada durante 2012 al 2016, para determinar las principales patologías en las cuales se va a incidir para la cobertura de padecimientos de alta vulnerabilidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumores malignos.</li> <li>Influenza y neumonía</li> <li>Diabetes mellitus</li> </ul>	<p>Departamento de Seguridad en la Atención del Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estadística hospitalaria y base de datos de las principales causas de mortalidad</li> </ul>



Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Se tiene contemplado para el segundo semestre de 2017, llevar a cabo reuniones multidisciplinarias para la revisión y adaptación de Guías de Práctica Clínica y protocolos de atención que permitan la efectividad en la atención en estos padecimientos.</p> <p>Las Jefaturas de División y de Servicio, llevaron a cabo la revisión, aplicación y difusión de las Guías de Práctica Clínica, con el objetivo de apegarse a protocolos y recomendaciones de las enfermedades más frecuentes en el Hospital, las cuales permitan brindar una mejor atención a los pacientes.</p> <p>Los servicios en los cuales se realiza revisión de Guías de Práctica Clínica (GPC) son los siguientes: Cirugía Pediátrica (Apendicitis aguda), Neonatología (Síndrome de dificultad respiratoria y Asfixia perinatal), Pediatría (Crisis asmática y Neumonía), Terapia Intensiva Pediátrica (Choque séptico y Traumatismo craneoencefálico), Urgencias Pediatría (Crisis asmática, Cuerpo extraño en tejidos blandos, Diabetes tipo 1 descompensada, Enfermedad de kawasaki, Gastroenteritis y Absceso periamigdalino), Alergia (Rinitis alérgica). Cabe mencionar, que los Jefes de Servicio realizan supervisión de la aplicación de las GPC.</p> <p>En los Servicios de Urgencias Adultos y Pediatría conforme a la estadística se identificaron las patologías más frecuentes, con la finalidad de revisar y actualizar los catálogos de Guías de Práctica Clínica y apego a las mismas para atención médica de los pacientes.</p>	<p>División de Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos</li> <li>• Manuales de Procedimientos</li> <li>• Procedimientos transversales autorizados</li> <li>• Reporte de supervisión de GPC de los Servicios Médicos</li> <li>• Catálogo de principales patologías de Urgencias Adultos</li> </ul>
1.1.15 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	<p>Con la finalidad de atender las áreas de oportunidad detectadas en los resultados de aval ciudadano y de la evaluación de la satisfacción hospitalaria y ambulatoria que reciben los pacientes, se realizaron tres cursos en materia de calidad en el trato digno, donde se incluyeron los siguientes temas: Derechos de los pacientes, Participación del paciente y su familia en los procesos de atención, Seguimiento de peticiones ciudadanas, Consentimiento informado, Ética hospitalaria, Proceso de admisión, Acceso a la atención de urgencias, Servicio de informes y hospitalidad como parámetro en el trato digno, Impacto de las barreras en la prestación de servicios y, Educación al paciente y su familia.</p> <p>Capacitando a un total de 296 profesionales de la salud en los tópicos condicionantes para ofrecer calidad y calidez en el trato hacia los pacientes</p>	<p>División de Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas Asistencia</li> <li>• Programa del Contenido del Curso</li> </ul>
1.1.16 Consolidar y evaluar la Farmacia Hospitalaria	<p>La consumación de la farmacia hospitalaria en el Hospital, ha permitido la equidad en la distribución y abasto oportuno de medicamentos (309 diferentes) y material de curación (712 diferentes) las 24 horas del día durante todo el año, así como de la implementación de la preparación de medicamentos por dosis unitaria (unidosis) en todas las áreas hospitalarias, lo que ha impactado en una mejora continua centrada en la calidad y seguridad del paciente, así como el abatimiento de los altos costos y la optimización de los recursos, manteniendo en todo momento un inventario al día, o cero inventario (basado en el método justo a tiempo), reduciendo con ello los costos de almacenamiento .</p> <p>La Coordinación de Farmacia Hospitalaria, realiza el proceso de validación de los consumos diarios de medicamentos y material de curación que realiza el Hospital, con la finalidad de verificar el monto que deberá contener la factura que emite la empresa por el cobro del servicio que presta.</p>	<p>Farmacia Hospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apego a la Normatividad establecida (COFEPRIS, Secretaría de Salud y Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos)</li> <li>• Manuales de Procedimientos</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Asimismo, es importante señalar que se continúa con la verificación diaria de la calidad de los insumos con base en las necesidades de los servicios y áreas operativas del Hospital.</p> <p>Cabe señalar, que derivado de la finalización del contrato de la Farmacia Hospitalaria en 2017, se realizarán reuniones durante el segundo semestre de 2017, entre las áreas de Farmacia Hospitalaria, Dirección Médica y Dirección de Administración para evaluar el costo-beneficio de la Farmacia Hospitalaria en el Hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos de solicitud y entrega de medicamentos de los diferentes servicios médicos</li> <li>• Se cuenta con respaldo documental y electrónico del proceso de validación</li> </ul>
1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo.	Con la finalidad de mejorar la calidad de la atención mediante técnicas modernas y disminuir los tiempos de espera de las pacientes con embarazo de alto riesgo o alguna emergencia obstétrica, el servicio de obstetricia gestionó ante el área de Biomédica, la adquisición y/o arrendamiento de un equipo de ultrasonido para las áreas de la Unidad Tocoquirúrgica y de Urgencias de Obstetricia.	<p>División de Gineco-Obstetricia Servicio de Obstetricia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio del 29 de marzo de 2017, solicitando de equipo de ultrasonido</li> </ul>
1.2.1 Desarrollo del Tablero Gerencial de Indicadores de Calidad y Seguridad	Con el propósito de extender el uso del Tablero de indicadores hospitalarios, se solicitó ante el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica la generación de nuevas cuentas de usuarios, por lo que al primer semestre de 2017, se logró que 23 servicios del área médica contaran con esta herramienta estratégica en sus equipos de cómputo, siendo los siguientes: Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Oncología, Urología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía, Trasplantes, Medicina Física y Rehabilitación, Anestesiología, Quirófanos, Endoscopia, Unidad Coronaria, Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias Adultos, Unidad de Hemodinamia, Neonatología, Pediatría Médica, Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva Pediátrica y Urgencias Pediátricas.	<p>Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tablero de indicadores hospitalarios</li> <li>• Oficios DPE/DEDI/011/2017 del 14 de febrero de 2017, DPE/DEDI/028/2017 del 8 de mayo de 2017, DPE/DEDI/033/2017 y DPE/DEDI/034/2017 del 28 de junio de 2017</li> </ul>
1.2.3 Certificación como Hospital Seguro.	<p>Durante el periodo de reporte se realizó la segunda sesión del Comité de Unidad Interna de Protección Civil en el cual se establecieron fechas para capacitar al personal que conforma el Comité.</p> <p>Además, se capacitó al personal que integran las brigadas de: Primeros auxilios, Conato de incendio, Apoyo psicológico, Derrame de sustancia química, Evacuación y rescate, y Comunicación.</p> <p>Durante el periodo de reporte, el Comité de Emergencias y Desastres revisó los protocolos para la atención masiva de pacientes en caso de un siniestro. Asimismo, se programaron dos simulacros a efectuarse durante el segundo semestre de 2017.</p> <p>Por otra parte, se continuó con el seguimiento al Plan de trabajo, con la finalidad de atender las 27 observaciones emitidas en el dictamen de Hospital Seguro, por lo que al periodo de reporte, se dio seguimiento a nueve de ellas.</p>	<p>División de Calidad en la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carpeta Hospital Seguro DPE/DCAyA/33/2017. Minutas de reuniones y plan de trabajo de las observaciones de la visita de Hospital Seguro, por la Secretaria de Gobernación</li> </ul>

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
1.2.4 Acreditación completa en catálogo CAUSES aplicable.	Referente a este proyecto y con la finalidad de generar las condiciones necesarias para dar cumplimiento al proceso para el otorgamiento de la Acreditación (CAUSES). Las actividades serán redireccionadas, para lo cual la Dirección Médica conjuntamente con el área de Calidad elaboró un plan de trabajo.	<p>División de Calidad de la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de trabajo Acreditación (CAUSES)</li> </ul>
1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad General.	<p>Se dio seguimiento al proceso de certificación del Hospital ante el Consejo de Salubridad General (CSG), por lo que en el periodo de enero a junio de 2017, se llevaron a cabo 146 reuniones multidisciplinarias con los equipos que conforman cada estándar, realizando lo siguiente:</p> <p>Se capacitaron a 110 servidores públicos en la metodología de estándares para certificar hospitales, enfocándose en los sistemas críticos referentes a manejo y uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, seguridad y gestión de las instalaciones y, capacitación y educación del personal.</p> <p>Se realizaron nueve visitas de diagnóstico a las áreas de Laboratorio, Anatomía patológica, Medicina nuclear, Imagenología, Banco de sangre, Farmacia hospitalaria, Almacén de reactivos, Hemodiálisis y Archivo clínico, con la finalidad de revisar la documentación requerida por los estándares de certificación hospitalaria por el CSG.</p> <p>La División de Calidad en la Atención del Paciente, desarrolló conjuntamente una matriz de riesgos y problemas referente a los sistemas críticos de manejo y uso de medicamentos, con los servicios de Farmacia Hospitalaria, Coordinación de calidad de enfermería, Mantenimiento, Ingeniería biomédica, Recursos Humanos, Centro de Capacitación y Desarrollo, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Servicios generales y servicios de las Divisiones de Pediatría, Cirugía, Medicina, Medicina Crítica y Apoyo a la Atención, , Prevención y control de infecciones, Seguridad y gestión de las instalaciones y, Capacitación y educación del personal. Asimismo, se llevaron a cabo cuatro sesiones para el análisis y priorización de riesgos y/o problemas de los sistemas críticos.</p> <p>Se determinó el porcentaje de avance del soporte documental por estándar, de acuerdo a la información entregada por los equipos multidisciplinarios, teniendo un cumplimiento global del 52.7%.</p>	<p>Departamento de Seguridad en la Atención del Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de asistencia de los integrantes de los equipos de trabajo por estándar</li> <li>Oficios DPE/DCAA/DCSP/093/2017 del 11 de abril de 2017 y DPE/DCAA/DCSP/148/2017 del 13 de junio de 2017</li> <li>Matriz de riesgos de los cuatro sistemas críticos</li> <li>Calendario de reuniones por estándar de certificación</li> <li>Oficio DPE/020/2017 del 2 de febrero de 2017</li> </ul>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
2.1.1 Vinculación en la investigación clínica y básica.	Durante el primer semestre de 2017, se continuó con la coordinación de seminarios y reuniones de trabajo para consolidar nuevos grupos de investigación con la participación de los investigadores en ciencias médicas y todo el personal de la salud interesado.	<p>Dirección de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de asistencia a los seminarios de investigación</li> </ul>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Se coordinaron 21 seminarios de investigación, de los cuales cuatro fueron impartidos por personal investigador adscrito a la de la Dirección de Investigación y 17 por investigadores externos de reconocido prestigio de diferentes disciplinas (inmunólogos, biólogos moleculares y biomédicos), en los que se abordaron diferentes aspectos del cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de próstata, infecciones por microorganismos, enfermedades cardiovasculares y enfermedades autoinmunes, entre otros, lo que generó un mejor acercamiento entre los diferentes grupos de investigación de la UNAM, CINVESTAV e Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, para proponer nuevos y originales proyectos de investigación, que pudieran materializarse a mediano plazo.</p> <p>Durante el primer semestre de 2017, se mantienen los esfuerzos de impulsar la difusión de los resultados de las investigaciones dentro y fuera del Hospital, publicando 36 artículos científicos de los grupos I a VII y se presentaron dos trabajos de investigación del área de tumores odontogénicos en diferentes congresos, donde investigadores en ciencias médicas del Hospital participaron como coautores.</p> <p>Por otra parte, y con el objetivo de fomentar la vinculación entre la ciencia que se hace en los laboratorios y la que se realiza a nivel asistencial para realizar investigación transnacional, se participará en el programa académico conmemorativo de los 170 años del Hospital Juárez de México con el simposio "de la Clínica al Diagnóstico Molecular" en el cual se tocarán diferentes perspectivas acerca del diagnóstico molecular en enfermedades virales, genética y cáncer, así como la visión del clínico. Además, de organizar el 1er. Curso de Inmunología para médicos, con el propósito de actualizar los conocimientos en el campo de la Inmunología. Se eligió esta área del conocimiento, debido a que gran parte de las investigaciones en los últimos tres años en el Hospital son en esta disciplina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos publicados en revistas indexadas</li> <li>• Constancia de participación en Congresos</li> <li>• Programa de actividades académicas, conmemorativas del 170 aniversario del Hospital Juárez de México</li> </ul>
2.1.2 Propiedad intelectual e industrial.	<p>En reuniones con los Directores de Investigación de los Institutos y Hospitales coordinados por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, el Director de Investigación del Hospital Juárez de México comentó si es posible hacer uso de las oficinas de transferencia tecnológica de algún Instituto y Hospital, en caso de contar con resultados de investigación que pudieran ser factibles de solicitar una patente; toda vez que el Hospital Juárez de México no cuenta con los recursos e infraestructura necesaria para la creación de una oficina de transferencia tecnológica.</p>	
2.1.4 Priorización de temas estratégicos y publicaciones científicas de alto impacto.	<p>Durante el primer semestre de 2017, se iniciaron dos protocolos de investigación, el primero en colaboración con el Instituto de Perinatología para el estudio del transcriptoma y productos de glicosilación de pacientes con preeclampsia y el segundo se realizará en colaboración con la Universidad de Colima para el desarrollo de un método de diagnóstico para el cáncer de hígado. En estos protocolos participan médicos especialistas e investigadores en ciencias médicas.</p> <p>Además, se iniciaron gestiones para generar un convenio en materia de investigación con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartas de aceptación y registro de protocolos</li> <li>• Propuesta de convenio</li> </ul>
2.1.5 Camabot.	<p>Con relación al proyecto denominado Camabot y en específico al desarrollo de un protocolo de investigación que evaluara el beneficio de un prototipo de cama robótica asistencial "Camabot", desarrollada en el CINVESTAV, con la participación del Hospital Juárez de México; al respecto, se tuvo el deceso del Dr. Mariano Gamboa Zúñiga, líder del proyecto del CINVESTAV.</p>	

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
2.2.1 Actualización en Capacitación y Desarrollo (ACCADE).	<p>El objetivo de esta línea de acción es incrementar la oferta de eventos de actualización capacitación y desarrollo a profesionales y técnicos de la salud, así como administrativos del Hospital Juárez de México y de la Zona Metropolitana del Valle de México. Las actividades comprometidas a desarrollar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El análisis de oferta y demanda de los cursos por parte del Hospital, se elaboró con base en el cumplimiento de las actividades programadas en 2016 y las propuestas que realizaron los organizadores de los cursos; los cuales fueron contempladas en el programa académico 2017.</li> <li>En lo que respecta a capacitación en materia administrativa y gerencial su contenido se basó en la detección de necesidades de capacitación realizada en el año previo a los jefes de servicio y personal del Hospital.</li> </ul>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cédula de detección de necesidades de capacitación 2017</li> <li>Programa de Actividades Académicas 2017</li> <li>MIR del E010 "Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud" enero a junio</li> </ul>
2.2.3 Desarrollo de investigación educativa en Salud.	<p>Se gestionó ante la Dirección de Administración del Hospital, los recursos humanos y de infraestructura necesaria para contar con un área de investigación educativa; sin embargo durante este ejercicio fiscal 2017, no es factible su creación, debido a la falta de disponibilidad de recursos.</p> <p>En lo que se refiere a contratación y/o capacitación del personal, se gestionó con la FES Iztacala – UNAM, la impartición de un curso sobre Investigación Educativa en Salud, el cual será ofertado durante 2018, debido a que actualmente la Universidad de Justo Sierra ante la misma petición también puso a disposición del Hospital el Diplomado en Actualización Educativa en Medicina para 30 profesores, además, de la posibilidad de que algunos profesores cursaran no solo un diplomado si no una maestría en la misma materia, lo cual es para la Institución más satisfactorio y que ha quedado programado para iniciar en el segundo semestre de 2017.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FES Iztacala - UNAM Oficio UE/PE-C/011/2017, del 21 de febrero de 2017</li> </ul> <p>Dirección de Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficios: UE/PE-C/039/2017, del 13 de junio de 2017 y UE/PE-C/040/2017, del 19 de junio de 2017</li> </ul>
2.2.4 Congreso Nacional Paramédico.	<p>Con relación a este tema y siendo el personal de enfermería el más abundante como área paramédica, se realizó una reunión con las dos instancias que tienen el conocimiento y experiencia en la educación en enfermería como son la Jefatura de Enfermería y la Presidente de la Asamblea de Enfermeras del Hospital Juárez de México, para solicitar las propuestas temáticas del Congreso Nacional Paramédico, con una visión de la actualidad en enfermería, con una duración de cinco días que se celebrará de acuerdo a la disponibilidad de presupuesto en noviembre de 2018. Se presentó la propuesta temática a la Unidad de Enseñanza para su aprobación.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minuta del 12 de mayo de 2017 y minuta del 22 de junio de 2017</li> </ul>
2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	<p>Con el propósito de dar seguimiento a la implementación de la biblioteca digital y telemedicina, y tomando en cuenta que se encuentra en proceso de revisión y autorización el presupuesto indispensable para poder llevar a cabo la remodelación física del área de la biblioteca, así como para la adquisición de la infraestructura tecnológica necesaria para el cumplimiento de esta línea de acción, se proporcionó y supervisó la conectividad a la biblioteca digital alojada en el portal del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT) mediante el enlace de internet principal y de los dos enlaces de respaldo, y en conjunto con la Dirección de Investigación y el área de Enseñanza, se continúa brindando el acceso al personal profesional de la salud que desee inscribirse para contar con una cuenta personal a dicho portal desde la red de datos institucional de manera segura y controlada.</p>	<p>CIIMEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a las publicaciones y revistas alojadas en el portal del CONRICyT desde la red de datos institucional</li> </ul>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Para una mejor utilización de esta plataforma digital de información médica, se capacitó al personal docente de los cursos universitarios de pregrado y posgrado, al personal médico residente y a trabajadores de la biblioteca del Hospital como facilitadores de esta herramienta.</p> <p>Además, la Facultad de Medicina de la UNAM cuenta con una biblioteca digital gratuita para docentes y personal médico residente.</p>	
2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias.	<p>Referente a mejorar la formación por competencias del personal médico residente, la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, está llevando a cabo una revisión integral del Programa de Evaluación de Competencias mediante el portafolio para el residente; por lo cual comunicó a los Titulares de Enseñanza, que no debe aplicarse esta herramienta.</p> <p>Por lo anterior, la Unidad de Enseñanza del Hospital informó a los profesores titulares y adjuntos de esta disposición.</p>	Unidad de Enseñanza
2.2.9 Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación.	<p>Con la finalidad de mejorar la detección de necesidades de capacitación y que ésta sea acorde a las necesidades no solo de los individuos sino de la Institución, la Unidad de Enseñanza llevó a cabo las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con base en los estándares para la certificación del Hospital, en específico a competencias y educación (SQE), se modificó el formato vigente de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) para los trabajadores del Hospital.</li> <li>• Se solicitó al Departamento de Seguridad en la Atención al Paciente las necesidades de capacitación de acuerdo a los resultados del análisis de la estadística de los eventos adversos y con la finalidad de reforzar a través de cursos de capacitación barreras de seguridad que permitan prevenir la frecuencia de las principales causas de los eventos adversos para ser incorporados al DNC-2018.</li> <li>• Se solicitó a los servicios del Hospital la detección de necesidades de capacitación basada en competencias y riesgos laborales para incorporar tópicos que permitan la actualización del personal y la prevención de accidentes del personal.</li> <li>• Una vez reelaborada la cédula de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) en el segundo semestre de 2017, se ampliará la accesibilidad enviándolas a todos los jefes de servicio y mandos medios para el llenado correspondiente y se aplicará vía electrónica.</li> </ul>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta del proyecto de certificación hospitalaria, capítulo SQE 12 de mayo 2017</li> </ul>
2.2.10 Oferta al personal en inglés, habilidades gerenciales, diplomados y maestrías.	<p>Se gestionó ante la Dirección de Administración la disponibilidad de recursos para ofertar cursos de inglés al personal del Hospital, sin embargo por falta de presupuesto, no fue posible otorgar cursos de inglés.</p> <p>Durante el primer semestre de 2017, la Jefatura de Enfermería y la Asamblea de Enfermeras otorgaron becas a algunos trabajadores del Hospital, para cursar Diplomados y cursos de educación médica continua, que son organizados por estas áreas.</p> <p>En el 4to. Diplomado Gestión y Tecnología para el Cuidado de Heridas y Estomas, se tiene a dos trabajadoras del Hospital becadas. Además, en el Diplomado de Seguridad del Paciente se becarán al</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos de inscripción</li> </ul>

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	total alumnado inscrito (38 del Hospital Juárez de México y 5 de la Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro).	

Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
3.1.1 Creación de Unidades de Inversión por Servicio.	Esta línea de acción se encuentra programada para el segundo trimestre de 2017, sin embargo el Departamento de Análisis de Costos se encuentra elaborando la propuesta del Manual de Procedimientos para la creación de las unidades de inversión por servicio.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta de Manual de Procedimientos</li> </ul>
3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	Con el propósito de hacer un uso adecuado y eficiente del presupuesto asignado al Hospital, el Departamento de Abastecimiento impartió dos cursos de capacitación, en materia de normatividad de adquisiciones, los días 25 y 26 de enero de 2017, con un total de 107 asistentes.  Por otra parte, se ha ejercido al 100% el presupuesto autorizado para el Hospital.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Listas de asistencia del 25 y 26 de enero de 2017</li> </ul>
3.1.3 Actualización de tabulador de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias	Durante el periodo de reporte, los servicios de Hemodinamia, Otorrinolaringología, oftalmología, laboratorio clínico y Nefrología actualizaron el tabulador de cuotas de recuperación acordes a las necesidades hospitalarias  El Hospital envió a la CCINSHAE propuesta de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación, con 1,471 claves.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio DA/447/2017 del 4 de mayo de 2017</li> </ul>
3.1.5 Registro de proyectos de inversión para renovación de equipo médico e industrial.	Al cierre del periodo enero a junio 2017, el Hospital cuenta con ocho proyectos de inversión en cartera registrados y autorizados, ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público: <ul style="list-style-type: none"> <li>1512NAW0002 "Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México", por un monto de \$79,274,400.00, Fuente de Financiamiento: Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.</li> <li>1512NAW0004 "Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del HJM", por un monto de \$8,237,311, Fuente de Financiamiento: Ingresos Propios.</li> <li>1512NAW0005 "Equipamiento para el Servicio de Endoscopia de Hospital Juárez de México", por un monto de \$11,222,980.64, Fuente de Financiamiento: Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.</li> <li>1612NAW0001 "Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del HJM", por un monto de \$2,994,894.21, Fuente de Financiamiento: Recursos Federales ( Equidad y Género).</li> </ul>	Dirección de Administración / Subdirección de Recursos Financieros <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 2017</li> <li>Proyectos de inversión</li> <li>Folios de registro ante la SHCP</li> </ul>

Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1612NAW0002 "Equipamiento para el Area de Terapia Intensiva Pediátrica del HJM", por un monto de \$33,115,680.00, Fuente de Financiamiento: Ingresos Propios.</li> <li>1712NAW0002 "Equipamiento para el Servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México", por un monto de \$31,429,040.00, Fuente de Financiamiento: Ingresos Propios.</li> <li>1612NAW0003 "Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México", por un importe de \$16,623,000.00, Fuente de Financiamiento: Ingresos Propios.</li> <li>1712NAW0001 "Programa de Mantenimiento para el Estacionamiento y Almacén del RPBI del Hospital Juárez de México", por un monto de \$50,000,000.00, Fuente de financiamiento: Recursos federales.</li> </ul>	
3.2.1 Construcción de centro oncológico CIPO.	Derivado de la falta de recursos financieros para dar atención a este proyecto, este compromiso se reprogramó para 2018, en virtud de que se dio prioridad al proyecto integral para la construcción y equipamiento de la Torre de Hospitalización del Hospital.	
3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización.	De acuerdo a la reprogramación de las actividades de este proyecto se tienen los siguientes avances: Se elaboró el proyecto de inversión para la Construcción de la Torre de Hospitalización del Hospital Juárez de México, el cual contiene el costo-beneficio del mismo, encontrándose en el proceso de realizar los trámites correspondientes para la solicitud del Certificado de Necesidades de Infraestructura ante la DGPLADES, para su posterior registro en cartera de inversión.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de inversión para la construcción de la Torre de Hospitalización del Hospital</li> </ul>
3.2.4 Gestión de recursos para mantenimiento mayor a las instalaciones.	Se encuentra registrado en cartera de inversión el proyecto referente al Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México por un importe de \$16,623,000.00. Dicho programa será financiado mediante recursos propios, realizando en el segundo semestre de 2017 el proceso licitatorio. Por otra parte, se dio mantenimiento a diversas salas de la torre de hospitalización con la finalidad de dar una mejor atención al paciente hospitalizado.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de inversión para la sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México. Folio de registro: 1612NAW0003</li> </ul>
3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del HJM	Se solicitó a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), llevar a cabo el cambio del tipo de Programa del registro con número en cartera 1712NAW0001 a Programa de Mantenimiento de Protección Civil, con la finalidad de lograr la viabilidad del programa, quedando a la espera de recibir respuesta.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio DG/DA/SRF/0655/2017 del 7 de julio de 2017</li> </ul>
3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	Con respecto a los compromisos de este proyecto se tiene el siguiente avance:  Se emitió el documento CENETEC/DIB/120/2017 correspondiente al Certificado de Necesidad de Equipo Médico No. CDN-009/17 para la incorporación de un Sistema de Terapia de Radiación con Rayos X, quedando registrada en el Plan Maestro Infraestructura Física en Salud.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio DGPLADES-DGAPI-DPMS-2107-2017 del 8 de junio de 2017</li> <li>Certificado de Necesidad de Equipo Médico No. CDN-009/17</li> </ul>
3.2.7 Ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico.	Se cuenta con un Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico del Hospital 2017, a través del cual se realiza el diagnóstico para identificar los equipos susceptibles de ser renovados o sustituidos.	Dirección de Administración



Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Asimismo, al periodo de reporte, se encuentran registrados en cartera de inversión de la SHCP, seis proyectos para la renovación de equipo médico, siendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México.</li> <li>▪ Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México.</li> <li>▪ Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México</li> <li>▪ Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México.</li> <li>▪ Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México</li> <li>▪ Equipamiento para el servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México</li> </ul> <p>Asimismo, se obtuvo en el semestre la renovación de los siguientes equipos médicos: Equipo de Bomba de cobalto, para la radioterapia de alta tasa y el Equipo de braquiterapia con fuente de iridio para tratamiento oncológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de integración presupuestal</li> <li>• Folios de registro ante la SHCP</li> <li>• Permiso de la Secretaría de Energía para el uso de la bomba de cobalto</li> <li>• Programas de inversión registrados</li> </ul>

Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
4.1.1 Cuida tu salud con kioscos y pausas por la salud.	<p>Las áreas clínicas de Geriatria, Reumatología, Endocrinología, Salud mental y Nefrología han desarrollado programas para las y los pacientes, trabajadores en campo de la educación en salud, con orientación hacia la prevención.</p> <p>Con la finalidad de promover la salud física y emocional se impartieron cursos-talleres con los temas: Manejo de emociones en el área laboral y Sensibilización y capacitación en trato digno.</p> <p>En apoyo de esta línea de acción, el servicio de pre consulta en colaboración con la Sección Sindical realizaron un vinculación para el desarrollo del programa para el bienestar físico e integral de los trabajadores de la Secretaría de Salud 2017.</p>	<p>Dirección Médica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia a los cursos-taller</li> <li>• Informe del Servicio de Pre consulta</li> </ul>
4.1.2 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – cultural.	<p>De manera conjunta con la Unidad de Comunicación Social y un grupo de trabajo ad hoc, se elaboró un programa de actividades culturales mensuales para realizarse en el marco del 170 Aniversario del Hospital Juárez de México, que se efectuarían el último jueves de cada mes, habiéndose cumplido totalmente lo programado para el primer semestre de 2017, contando con la participación de diversos sectores públicos como la Secretaría de Marina, el gobierno del estado de Oaxaca, entre otros, sin erogación para el Hospital.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles y Programa de Eventos culturales, deportivos y especiales del 170 Aniversario del HJM</li> </ul>
4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – inglés.	<p>Se gestionó ante la Dirección de Administración la disponibilidad de recursos para ofertar cursos de inglés al personal del Hospital, sin embargo por falta de presupuesto, no fue posible otorgar cursos de inglés.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p>

Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	Se solicitó la intervención de la Dirección General para concertar una reunión con algún representante del Patronato para contar con el apoyo de cuatro becas en especial para el idioma inglés para profesionales de la salud del Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficios: UE/CECAD/113/2017 del 20 de junio 2017, Oficio del 22 de junio de 2017 y UE/CECAD/110/2017 del 9 de junio de 2017</li> </ul>
4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – estímulos	Las actividades comprometidas en esta línea de acción se informarán para el segundo semestre de 2017.	
4.1.5 Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Rehabilitación.	En relación a la profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación, el 16 de enero de 2017, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud informó al Hospital que se profesionalizaron un total de 44 profesionales de la salud, siendo 5 trabajadoras sociales, 1 terapeuta y 38 enfermeras.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio DGRH/0128/2017 del 16 de enero de 2017</li> </ul>

Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
5.1.1 Transparencia Proactiva.	Durante el primer semestre de 2017, no se realizaron publicaciones, debido a que la Secretaría de la Función Pública no emitió la guía de acciones de transparencia para el ejercicio 2017.	
5.2.1 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - medios digitales	<p>Con la finalidad de informar puntual y objetivamente a la ciudadanía y a la opinión pública, sobre las acciones y programas que lleva a cabo el Hospital mediante el uso de medios de comunicación tradicionales y las nuevas tecnologías de la información, la Institución cuenta con un manual de contención de riesgos que define quiénes son los voceros autorizados, para hablar ante los medios de comunicación en caso de emergencia.</p> <p>Se creó una coordinación de redes sociales con el propósito de fortalecer la imagen institucional en la página de Facebook, donde se tiene un tiempo de respuesta al público de una hora. Asimismo, en la cuenta oficial de Twitter se publican y actualizan constantemente notas periodísticas sobre actividades académicas y culturales; por lo que para facilitar la búsqueda de eventos en redes sociales se utilizan los hashtag o marcadores: #EnEstosMomentos #DelInterés #170Aniversario #JuárezEnElTiempo, para crear un acervo histórico del Hospital Juárez de México.</p> <p>Con la finalidad de medir el impacto en los medios tradicionales y en las nuevas tecnologías de la información, se generaron los siguientes indicadores "Porcentaje de entrevistas en medios nacionales" y "Porcentaje de publicaciones en el blog institucional".</p>	Unidad de Comunicación Social <ul style="list-style-type: none"> <li>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</li> </ul>
5.2.2 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión	Con el propósito de aumentar la presencia en medios masivos de comunicación para generar una imagen positiva del Hospital Juárez de México, en la opinión pública a partir de la difusión de sus acciones y programas.	Unidad de Comunicación Social

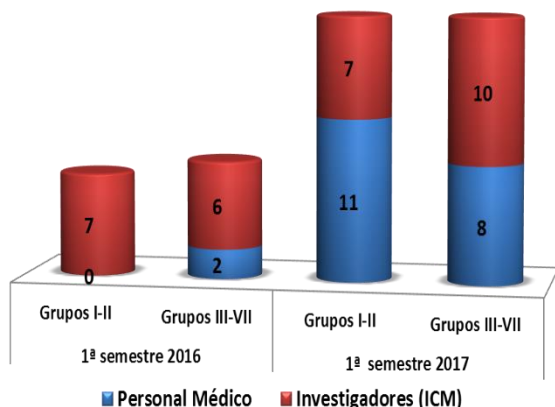
Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas.	La Unidad de Comunicación Social del Hospital, gestionó espacios fijos para la promoción de la salud en medios masivos como: "Capsulas de Salud", en la estación de radio Radorama y en la televisora Efecto TV y mensualmente dos capsulas para México sano, una transmisión en vivo a través de Facebook de Pulso Saludable y una nota en la columna del diario digital Punto por punto, y se otorgaron un total de 155 entrevistas, relacionadas con la atención médica para diversos medios de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</li> <li>Efecto TV, Radorama, TV Azteca, Televisa, TV Educativa, Pulso Saludable, Canal Once, El Universal, Excelsior, El Reforma, 20 minutos, Tu Espacio Consentido</li> </ul>
5.2.3 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos.	<p>La coordinación de redes sociales se encarga de monitorear constantemente las redes sociales, con la finalidad de contestar a los usuarios todas las dudas que tengan, ya sea por comentarios en las publicaciones o mensajes directos a través de la página de Facebook y Twitter.</p> <p>Se realizó el curso "Papel de los voceros, en la difusión de casos de éxito en el HJM", en donde se capacitaron a 77 voceros.</p> <p>Además, se monitorea diariamente a través de la web, la aparición o mención del Hospital Juárez de México en medios de comunicación.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</li> </ul>
5.2.4 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - cultura de calidad.	<p>Con el propósito de establecer canales de comunicación efectivos para el personal del Hospital y difundir la cultura de calidad y seguridad en el paciente, se realizó la cobertura y difusión a través de las redes sociales y blog institucional de la campaña "Lavado de manos", llevando a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Imagen institucional de la campaña.</li> <li>Soportes gráficos (lonas, botones, infografía, video y banners).</li> </ul> <p>Para facilitar la búsqueda de eventos en redes sociales se utilizan los hashtag o marcadores: #EnEstosMomentos #DeInterés #170Aniversario #JuárezEnElTiempo, para crear un acervo histórico del Hospital Juárez de México.</p> <p>Para el segundo semestre de 2017, se tiene programado la aplicación de la encuesta para conocer la satisfacción y motivación laboral de los servidores públicos, la cual incluirá información sobre eventos, campañas internas y medios de difusión del Hospital, con la finalidad de conocer las tendencias, gustos y propuestas que se tienen y con ello determinar material y eventos aún más atractivos.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</li> </ul>
5.2.5 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - satisfacción laboral	<p>Con el objetivo de generar actividades que promuevan la integración, trabajo en equipo, sentido de pertenencia y satisfacción laboral, se llevaron a cabo las siguientes campañas internas y actividades en redes sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Día Naranja, campaña permanente: Promoción de la no violencia contra las mujeres y las niñas en el Hospital Juárez de México.</li> </ul>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</li> </ul>

Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 1er. Semestre 2017	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Día de la Mujer: Se realizaron separadores, carteles, gif, banner y video institucional con el lema "Las mujeres en un mundo laboral en transformación", para promover la equidad de género en la Institución en el marco del Día internacional de la mujer.</li> <li>• Se generó la sección para Twitter y Facebook #JuárezenelTiempo, con el objetivo de dar a conocer datos históricos del Hospital.</li> <li>• Día de las madres: Concierto de Caña Dulce, Caña Brava y elaboración de un banner.</li> <li>• 170 Aniversario del Hospital Juárez de México: Se llevaron a cabo cinco eventos culturales (Encuentro de Voces, Estampas de la Guelaguetza, Día del Niño, Cuarteto Albioni, Voces del Mar de la Secretaría de Marina).</li> </ul>	<p>@HospitalJuarezM y canal de Youtube)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pantalla del servicio Urgencias adultos</li> </ul>
5.2.6 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - comunicación electiva	Se presentó una conferencia de prensa en la Secretaría de Salud, referente al X Aniversario del Centro Toxicológico del Hospital Juárez de México.	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</li> <li>• Pulso Saludable, Canal Once, El Universal, Excélsior, El Reforma, 20 minutos, Tu Espacio Consentido</li> </ul>
5.3.1 Implementación de un HRP, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<p>Con el propósito de realizar la investigación y análisis de sistemas integrales para la gestión hospitalaria que se encuentran disponibles en el mercado nacional e internacional, se llevaron a cabo reuniones de diagnóstico con dos proveedores los cuales presentaron sus soluciones integrales para dicho fin, bajo la premisa que dichas soluciones deben de alinearse al modelo que previamente se ha definido para el HRP.</p> <p>Por su parte el Patronato del Hospital Juárez de México, se encuentra evaluando otras alternativas de sistemas integrales y buscando fuentes de financiamiento, para dar continuidad a la evaluación y pruebas de concepto más detalladamente de estas soluciones y de otras opciones.</p>	<p>CIIMEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentaciones, correos electrónicos, cuestionarios para el dimensionamiento y elaboración de propuestas económicas</li> </ul>
5.3.3 Implementación de un SGP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	El avance de este proyecto se reportará al cierre del ejercicio 2017	

## 2.2 ASPECTOS CUALITATIVOS

### INVESTIGACIÓN

#### 1. Número de artículos



La gráfica muestra los artículos científicos realizados durante el primer semestre de 2016 y 2017 publicados por las y los investigadores en ciencias médicas con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores (SII), y del personal médico sin nombramiento en el SII.

El número total de publicaciones realizadas durante el primer semestre de 2017 fue de 36 artículos publicados de los grupos I a VII, lo que representó un aumento del 140%, con respecto al mismo periodo de 2016.

En la siguiente tabla se muestra el número total de publicaciones científicas realizadas en el Hospital.

Número de artículos científicos publicados			
Participación	Tipo de publicación	Número de publicaciones	
		1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Investigadoras/es en Ciencias Médicas con nombramiento vigente	Grupos I-II	7	7
	Grupos III-VII	6	10
	<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>17</b>
Personal médico	Grupos I-II	0	11
	Grupos III-VII	2	8
	<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>19</b>
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>36</b>

Las y los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) con nombramiento vigente publicaron un total de 17 artículos de los cuales; tres artículos corresponden al grupo IV, siete al grupo III, uno al grupo II y seis al grupo I, logrando un incremento en un 30.7%, en el número de publicaciones grupos I al VII, con relación a lo alcanzado en el mismo periodo de 2016 que fue de 13 publicaciones. Este resultado favorable, se debió a la calidad y relevancia de las investigaciones que se realizan en el Hospital.

Personal médico del Hospital, publicó un artículo del grupo IV, siete del grupo III, dos artículos del grupo II y nueve del grupo I, lo que representó un aumento en 9.5 veces el número de publicaciones con respecto al mismo periodo de 2016, en el cual se lograron dos publicaciones del grupo I. Este resultado sobresaliente obedece a que se publicaron nueve

artículos de alto impacto (grupos VII-III) de estudios clínicos multicéntricos donde personal médico del Hospital participó, además se regularizaron las publicaciones en la revista del Hospital Juárez de México (grupo I) después de presentar un retraso editorial.

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

Durante el primer semestre de 2017, el número de las y los Investigadores en Ciencias Médicas y Directivos del área de Investigación y del área Médica con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas en el SII, fue de 18 menor en un 5.2% con respecto al mismo periodo de 2016, periodo en el cual se contó con 19 investigadoras (es). Este resultado obedece a la renuncia de una investigadora (ICM “C”) y un investigador (ICM “C”) por motivos personales y que únicamente se cubrió una plaza con un investigador que ya contaba con nombramiento en el SII (ICM “B”). Asimismo, en la convocatoria de ingreso, permanencia y promoción al SII, ingresó un investigador con nombramiento ICM “A” y un investigador ICM “C” no logró permanecer, además en dicha convocatoria un investigador ICM “C” logró su promoción a ICM “D”.

En el siguiente cuadro se muestra la categoría de las y los Investigadores con nombramiento vigente en el SII:

Categoría	Número de investigadoras/es con reconocimiento vigente	
	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
ICM A	4	5
ICM B	3	4
ICM C	9	5
ICM D	2	3
ICM E	0	0
ICM F	1	1
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>18</b>

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

Durante el primer semestre de 2017, la productividad de artículos del grupo I-II por investigadores con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas, fue de 0.4 artículos por investigador, igual a la alcanzada en el mismo periodo de 2016.

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el número de publicaciones en revistas de grupos III a VII / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII, fue de 0.5, mostrando un aumento en un 66.6%, con relación al 0.3 registrado en el primer semestre de 2016.

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

Durante el primer semestre de 2017, el número de publicaciones de los grupos III, IV, V, VI y VII, dividido entre el número de publicaciones de los grupos I-VII, fue de 0.6 publicaciones, mostrando un aumento en un 20.0%, con relación al 0.5 registrado en el primer semestre de 2017. Este resultado favorable obedece al impulso de publicar en revistas de alto impacto.

### 6. Sistema Nacional de Investigadores.

Miembros acreditados por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI)		
Año/Nivel	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Candidato	2	2
Nivel I	9	7
Nivel II	1	2
Nivel III	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>11</b>

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el número de las y los investigadores con nombramiento por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue de 11, dos como "candidatos", siete con nombramiento de "Nivel I" y dos con "Nivel II". La disminución de un miembro en el Sistema se debió a la generación de una renuncia.

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

Las y los investigadores vigentes en el SNI con nombramiento en el SII entre el total de investigadoras(es) con nombramiento en ciencias médicas fue de 0.5 en el primer semestre de 2017, igual a la alcanzada en el mismo periodo de 2016.

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

En el primer semestre de 2017, la proporción de publicaciones totales producidas en relación al número de investigadoras(es) con reconocimiento vigente en el SII e investigadores en el SNI, fue de 1.8, mostrando un aumento de 1.1 publicaciones con respecto al mismo periodo de 2016 que fue de 0.7. Este resultado favorable se debió a la participación sobresaliente de personal médico del Hospital quienes participaron en investigaciones clínicas que culminaron con la publicación en una revista de alto impacto y a la regularización de las publicaciones en la revista del Hospital Juárez de México.

### 9. Producción editorial.

En el periodo de reporte no hubo publicaciones de capítulos en libro, ni libros editados por parte de Investigadoras(es) en Ciencias Médicas con nombramiento vigente.

### 10. Número de tesis concluidas.

Durante el primer semestre de 2017, se concluyeron cuatro tesis de especialidad, cuatro menos con relación al mismo periodo de 2017, en el cual se concluyeron ocho tesis de especialidad. Este resultado se debió a que la conclusión de tesis de especialidad de los

médicos residentes del Hospital está programada para el segundo semestre derivado del programa de titulación oportuna.

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el número de proyectos de investigación vigentes que cuentan con financiamiento externo para su ejecución, fueron siete, de los cuales dos son protocolos vigentes con la industria farmacéutica y cinco son protocolos financiados con fondos del CONACyT; de ellos dos con el fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, uno con el fondo de Proyectos de Desarrollo Científico para Atender Problemas Nacionales y dos con el Fondo SEP-CONACyT. Lo que representó una disminución del 12.5% con respecto al mismo periodo de 2016 en el cual se contó con ocho protocolos con financiamiento externo.

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

Durante el primer semestre de 2017, un Investigador en Ciencias Médicas del Hospital fue promovido en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) de categoría "C" a "D", manteniendo el número de premios, reconocimientos y distinciones recibidos en el mismo periodo de 2016.

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

Las 10 líneas de investigación sobresalientes en el primer semestre de 2017, se listan a continuación:

- 1 **Obesidad y síndrome metabólico.** Esta línea de investigación estudia algunos aspectos de la genética molecular de la obesidad, en búsqueda de marcadores de susceptibilidad para identificar tempranamente a la población susceptible a desarrollar complicaciones como síndrome metabólico y diabetes tipo 2.
- 2 **Cáncer de mama.** El cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres por tumores malignos en el país y en el mundo, siendo un problema de salud pública. Existen varios factores de riesgo que intervienen en este proceso, entre ellos, los epigenéticos, que podrían ser un evento inicial en la transformación de células normales a malignas y al desarrollo del cáncer. En esta línea de investigación, se buscan cambios epigenéticos en el genoma humano, que pudieran ser útiles como biomarcadores para el diagnóstico temprano de cáncer de mama.
- 3 **Cáncer cervicouterino.** La infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo persistente, es la causa de desarrollo de cáncer cervicouterino (CaCu). En esta línea de investigación, se estudia la relación entre oncoproteínas del VPH (genotipos 16 y 18) y las vías de señalización celular que participan durante el desarrollo de CaCu, así como algunos procesos inmunológicos relacionados con el desarrollo del CaCu.
- 4 **Enfermedades infecciosas e inflamación.** En esta línea de investigación, se estudian los mecanismos de infección de diferentes microorganismos. Una sublínea se dedica a identificar los hongos oportunistas que afectan al ser humano, mientras que la otra



sublínea se dedica a identificar las células que participan en el proceso inflamatorio en diversas patologías y sus características funcionales.

- 5 **Cáncer de próstata.** El cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial que se origina principalmente por el efecto que tiene el ambiente hormonal sobre la carga genética. La presencia de polimorfismos genéticos puede afectar la expresión de genes que participan en la regulación de la carcinogénesis. En esta línea de investigación, se buscan algunos polimorfismos que permitan identificar a aquellas personas que tengan un mayor riesgo a desarrollar cáncer.
- 6 **Diabetes tipo 2 (DT2).** La DT2 es el padecimiento con mayor morbilidad en nuestro país. En esta línea de investigación, se estudia la genética molecular de la DT2 para la identificación de marcadores de susceptibilidad presentes en diferentes grupos etarios y étnicos para conocer si los mecanismos de susceptibilidad a DT2 en mexicanos difiere de otros grupos étnicos y también para identificar tempranamente a la población en riesgo.
- 7 **Retinopatía diabética.** La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera en edad productiva. El tratamiento estándar de la alteración más común de deficiencia visual (edema macular) es la fotocoagulación, cuyo objetivo principal es detener la progresión del daño, pero en pocos casos mejora la visión. Esta línea de investigación determina, mediante tomografía de coherencia óptica, el efecto de la fotocoagulación sobre el área de mejor visión, además de evaluar intervenciones farmacológicas que complementen el tratamiento estándar y permitan mejorar la función visual.
- 8 **Accidentes y trauma ocular.** El traumatismo ocular es la causa más frecuente de ceguera monocular en el mundo y tiene la mayor prevalencia de secuelas en pacientes traumatizados manejados en el servicio de oftalmología. La línea de investigación identifica las características recurrentes en esta entidad para mejorar los resultados visuales después del manejo integral.
- 9 **Fitofarmacología.** En esta línea de investigación, se estudia la genética toxicológica, específicamente la aplicación del método de Ames para la evaluación mutagénica y antimutagénica de fármacos y extractos de plantas medicinales.
- 10 **Enfermedades autoinmunes.** Esta línea tiene como objetivo identificar variantes genéticas, en especial polimorfismos de un solo nucleótido, que se relacionan con la susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes en pacientes mexicanos, inicialmente las que se asocian con susceptibilidad y gravedad de la artritis reumatoide (AR). Se han identificado diversos genes asociados a AR, que codifican proteínas relacionadas con inflamación y autoinmunidad.

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

Por parte de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM), con nombramiento vigente:

##### Grupo IV

1. Pérez-Toledo M, Valero-Pacheco N, Pastelín-Palacios R, Gil-Cruz C, Pérez-Shibayama C, **Moreno-Eutimio MA**, Becker I, Perez-Tapia S, Arriaga-Pizano L, Cunningham AF, Isibasi A, Bonifaz LC, Lopez-Macias C, Salmonella Typhi Porins OmpC and OmpF Are Potent Adjuvants for T-Dependent and T-Independent Antigens. *Front Immunol* 2017; 8:230.
2. Ángeles-Martínez J, Posadas-Sánchez R, Llorente L, Alvarez-León E, **Ramírez Bello J**, Villareal-Molina T, Lima G, Cardoso-Saldaña G, Rodríguez Pérez JM, Pérez-Hernández N, Fragoso JM, Posadas-Romero C, Vargas-Alarcón G. The rs7044343 polymorphism of the interleukin 33 gene is associated with decreased risk of developing premature coronary artery disease and central obesity and could be involved in regulating the production of IL-33. *Plos One* 2017; 3.
3. Pérez-Montesinos G, López-Ortega O, Piedra-Reyes J, Bonifaz LC, **Moreno J**. Dynamic changes in the intracellular association of selected Rab small GTPases to MHC class II and DM during dendritic cell maturation. *Front. Immunol* 2017; 8:340.

##### Grupo III

4. Salas-Magaña M, Tovilla-Zárate CA, González-Castro TB, Juárez-Rojo IE, López-Narvaez ML, Rodríguez-Pérez JM, **Ramírez-Bello J**. Decrease in brain-derived neurotrophic factor at plasma level but not in serum concentrations level but not in suicide behavior: a systemic review and meta-analysis. *Brain and Behavior* 2017;e00706.
5. Jiménez-Morales S, Ramírez-Florencio M, Mejía-Aranguré JM, Núñez-Enríquez JC, Bekker-Méndez C, Torres-Escalante J L, Flores-Lujano J, Jiménez-Hernández E, Rodríguez-Zepeda M del C, Leal YA, González-Montalvo PM, Pantoja-Guillén F, Peñaloza-González JG, Gutiérrez-Juárez EI, Núñez-Villegas NN, Pérez-Saldívar ML, Guerra-Castillo FX, Flores-Villegas LV, Ramos-Cervantes MT, Fragoso JM, García-Escalante MG, Pinto-Escalante D del C, **Ramírez-Bello J**, Hidalgo-Miranda A. Analysis of Thiopurine S-Methyltransferase Deficient Alleles in Acute Lymphoblastic Leukemia in Mexican Patients. *Archives of Medical Research* 2016;47:615-622.
6. Bekker-Méndez VC, Núñez-Enríquez JC, Torres-Escalante JL, Álvarez-Olmos E, González-Montalvo PM, Jiménez-Hernández EJ, Medina-Sansón A, Leal YA, Ramos-Cervantes MT, Guerra-Castillo FX, Ortiz-Maganda MP, Flores-Lujano J, Pérez-Saldívar ML, Velazquez-Aviña MM, Bolea-Murga V, Torres-Nava JR, Amador-Sánchez R, Solis-Labastida KA, **Ramírez-Bello J**, Fragoso JM, Mejía-Aranguré JM, MIGICCL. ARID5B, CEBPE and PIP4K2A Germline Genetic Polymorphisms and Risk of

Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia in Mexican Patients: A MIGICCL Study. Archives of Medical Research 2016; 47: 623-628.

7. Núñez-Enríquez JC, Bárcenas-López DA, Hidalgo-Miranda A, Jiménez-Hernández E, Bekker-Mendez VC, Flores-Lujano J, Solís-Labastida KA, Martínez-Morales GB, Sánchez-Muñoz F, Espinosa-Hernández LE, Velázquez-Aviña MM, Merino-Pasaye LE, García-Velázquez AJ, Pérez-Saldivar ML, Mojica-Espinosa RM, **Ramírez-Bello J**, Jimenez-Morañes S, Mejía-Aranguré JM. Gene Expression Profiling of Acute Lymphoblastic Leukemia in Children with Very Early Relapse. Archives of Medical Research 2016; 47:644-655.
8. López-Cano DJ, Cadena-Sandoval D, Beltrán-Ramírez O, **Barbosa-Cobos RE**, Sánchez-Muñoz F, Amezcua-Guerra LM, Juárez-Vicuña Y, Aguilera-Cartas MC, **Moreno J**, Bautista-Olvera J, Valencia-Pacheco G, López-Villanueva RF, **Ramírez-Bello J**. The PTPN22 R263Q polymorphism confers protection against systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis, while PTPN22 R620W confers susceptibility to Graves' disease in a Mexican population. Inflamm Res 2017 12.
9. Román-Román A, Martínez-Carrillo DN, Atrisco-Morales J, Azúcar-Heziquio JC, Cuevas-Caballero AS, Castañón-Sánchez CA, Reyes-Ríos R, Betancourt-Linares R, Reyes-Navarrete S, Cruz-Del Carmen I, Camorlinga-Ponce M, **Cortés-Malagón EM**, Fernández-Tilapa G. Helicobacter pylori vacA s1m1 genotype but not cagA or babA2 increase the risk of ulcer and gastric cancer in patients from Southern Mexico. Gut Pathog 2017; 13:9-18.
10. Hernández-Padilla L, Vázquez-Rivera D, Sánchez-Briones LA, Díaz-Pérez, AL, **Moreno-Rodríguez J**, **Moreno-Eutimio MA**, Meza-Carman V, Reyes-Dela Cruz H, Campos-García J, The Antiproliferative Effect of Cyclodipeptides from Pseudomonas aeruginosa PAO1 on HeLa Cells Involves Inhibition of Phosphorylation of Akt an S6 Kinases. Molecules 2017;22.

## Grupo II

11. **Ramírez-Bello J**, Jiménez-Morales M. Implicaciones funcionales de los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) en genes codificantes de proteínas y no codificantes en enfermedades multifactoriales. Gac Med Mex 2017; 153:238-50.

## Grupo I

12. Duarte-Escalante E, Reyes-Montes M del R, Cureño-Díaz MA, Acosta-Altamirano G, Martínez-Herrera E, **Frías de León MG**. Variabilidad Genética de *Acinetobacter baumannii* en un hospital de la ciudad de México Rev Hosp Jua Mex 2016; 83(4):129-135.
13. Jiménez-Morales S, Hidalgo-Miranda A, **Ramírez Bello J**. Leucemia Linfoblástica aguda infantil: una aproximación genómica. Bol Med Hosp Infant Mex 2017; 74(1):13-26.

14. Rivera-Pérez RJ, Sevilla-González M de L, **Flores-Estrada JJ**. Estrategias para inhibir a HMGB1 liberado durante la sepsis. Rev Hosp Jua Mex 2016; 83 (4):142-147.
15. Vargas-Hernández VM, Ferrer-Arreola LP, **Tovar-Rodríguez JM**. Anticoncepción de emergencia. Rev Hosp Jua Mex 2016; 83(4):148-156.
16. **Pérez-Cruz E**, Barrientos-Jiménez M, Camacho-Guerra CD, Tapia-Gómez Y, Torres-González KO, Uribe-Quiroz G. Problemas nutricionales en pacientes con enfermedades neurológicas. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84 (1):27-37.
17. Pérez y Lopez N, **Lugo-Zamudio G**, **Barbosa Cobos RE**, Wong-Lam A, Torres-López E. Frecuencia de alteraciones motoras detectadas por manometría en pacientes con síntomas esofágicos y esclerodermia. Rev Gastroenterol Mex 2017; 82 (2):193-195.

### Por parte de los Médicos adscritos

#### Grupo IV

1. Martín-Trejo JA, Núñez-Enríquez JC, Fajardo-Gutiérrez A, Medina-Sansón A, Flores-Lujano J, Jiménez-Hernández E, Amador-Sánchez R, **Peñaloza-González JG**, Álvarez-Rodríguez FJ, Bolea-Murga V, Espinosa-Elizondo RM, de Diego Flores-Chapa J, Pérez-Saldívar ML, Rodríguez-Zepeda MD, Dorantes-Acosta EM, Núñez-Villegas NN, **Velázquez-Aviña MM**, Torres-Nava JR, Reyes-Zepeda NC, González-Bonilla CR, Flores-Villegas LV, Rangel-López A, Rivera-Luna R, Paredes-Aguilera R, Cárdenas-Cardós R, Martínez-Avalos A, Gil-Hernández AE, Duarte-Rodríguez DA, Mejía-Arangur JM. Early mortality in children with acute lymphoblastic leukemia in a developing country: the role of malnutrition at diagnosis. A multicenter cohort MIGICCL study. Leuk Lymphoma 2017; 58(4):898-908.

#### Grupo III

2. Muñiz-Lino MA, Rodríguez-Vázquez M, Chávez-Munguía B, Ortiz-García JZ, González-López L, Hernández-Hernández FC, **Licéaga-Escalera C**, García-Muñoz A, Rodríguez MA. Establishment and characterization of a cell population derived from a dentigerous cyst. J Oral Pathol Med 2016; 24.
3. Ibarra-Pérez R, Puértolas-Balint F, Lozano-Cruz E, **Zamora-Gómez SE**, Castro-Pastrana LI. Intravenous Administration Errors Intercepted by Smart Infusion Technology in an Adult Intensive Care Unit. Journal of Patient Safety. 2017;1.
4. Martínez-Martínez LA, Pérez LF, **Becerril-Mendoza LT**, Rodríguez-Enríquez P, Muñoz OE, Acosta G, Silveira LH, Vargas A, Barrera-Villalpando MI, Martínez-Lavín M. Ambroxol for fibromyalgia: one group pretest-posttest open-label pilot study. Clin Rheumatol 2017; 2.

5. Socolovsky M, Malessy M, **López D**, Guedes F, Flores L. Current concepts in plasticity and nerve transfers: relationship between surgical techniques and outcomes. *Neurosurg Focus* 2017; 42(3).
6. Polanco C, **Castañón-González JA**, Uversky VN, Buhse T, Samaniego-Mendoza JL, Calva JJ. Electronegativity and intrinsic disorder of preeclampsia-related proteins. *Acta Biochim Pol* 2017; 64(1):99-111.
7. Sepúlveda-Delgado J, Vera-Lastra OL, Trujillo-Murillo K, Canseco-Ávila LM, Sánchez-González RA, Gómez-Cruz O, Lugo-Trampe A, Fernández-Salas I, Danis-Lozano R, Contreras-Contreras A, **Mendoza-Torres A**, Domínguez-Arrebillaga S, Mena-Vela BA, Ocaña-Sibilla M, Ramírez-Valdespino JC, Jara LJ. Inflammatory biomarkers, disease activity index, and self-reported disability may be predictors of chronic arthritis after chikungunya infection: brief report. *Clin Rheumatol* 2017; 36:695-699.
8. Polanco-González C, Islas-Vázquez I, Castañón-González JA, Buhse T, Arias-Estrada M. Electronic Devices That Identify Individuals with Fever in Crowded Places: A Prototype. *Micromachines* 2017; 8(7): 202.

## Grupo II

9. Padilla-Vázquez F, Escobar-de la Garma VH, Ayala-Arcipreste A, **Mendizábal-Guerra R**, Cuesta-Mejía T. Melanocytoma and meningeal melanocytosis, similar but different lesions. *Cir Cir* 2017; 85(3):273-278.
10. Pérez-Calatayud AA, Guillén-Vidaña A, **Fraire-Félix IS**, Anica-Malagón ED, Briones-Garduño JC, Carrillo-Esper R. Metabolic control in the critically ill patient an update: hyperglycemia, glucose variability hypoglycemia and relative hypoglycemia. *Cir Cir* 2017;85(1):93-100.

## Grupo I

11. **Ulloa-Ricardez A**, **Del Castillo-Medina JA**, **Moreno MA**. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. *Rev Hosp Jua Mex* 2016; 83 (4):122-128
12. **Chávez-García MA**, **García-Romero AE**, **Rodríguez-Blas AI**, **Espino-Cortez H**. Hemobilia secundaria a fistula arterobiliar. *Rev Hosp Jua Mex* 2016; 83(4):157-160.
13. **Gorordo-Delsol LA**, Martínez-Coria A, Castro-Martínez E. Singulto persistente en urgencias. *Rev Hosp Jua Mex* 2016; 83(4): 161-164.
14. **De la Torre-González DM**, **Ramírez-Castañeda JG**, **Aguilar-Loeza DJ**, **Jardinez-Muñoz MA**. Histiocitosis de células de Langerhans en columna lumbar en paciente pediátrico. *Rev Hosp Jua Mex* 2016; 83 (4): 165-168.

15. **Jiménez-Villanueva X, Martínez-Alaniz D, Sosa Duran EE, Aboharp-Hasan Z, Cortes-Gutiérrez ME, Roveló-Lima JE.** Carcinoma neuroendocrino primario de glándula mamaria; experiencia en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84 (1) 6-8.
16. **Rubalcaba-Macías EJ, Antonio-Manrique M, Chávez-García MM, Martínez-Galindo MG, Martínez-Ramírez G, Antonio-Cisneros A.** Endoscopia superior en el paciente geriátrico: experiencia en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84 (1): 16-19.
17. **Liceaga-Escalera CJ, Vélez-Cruz ME, Montoya-Pérez LA, Torres-Urbina CA.** Erupción dental ectópica en el piso nasal. Reporte de tres casos. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(1): 38-44.
18. **Gallegos-Barcenas KP, Rodríguez-Blas AI, Sánchez-Conde RM, Rocha-Rodríguez MG, Casian-Castellán GA.** Lipoleiomioma: hallazgos por imagen y presentación de un caso. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(1):45-48.
19. **Navarrete-Enríquez AD, Panzeri-Piras M, Moctezuma-Ramírez L.** Síndrome de insensibilidad congénita al dolor y anhidrosis: caso clínico. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84 (1): 49-54.

**Otros aspectos.**

**Estado de las investigaciones.**

Estado del protocolo	Iniciado en el 1er. semestre de 2017	En proceso de años anteriores	Terminados	Suspendidos	Cancelados	Total
Número	2	28	4	0	1	35

Número de protocolos por área de Investigación				
Biomédica	Clínica	Sociomédica/ Epidemiológica	Tecnológica	Total
20	15	0	0	35

**Impacto de los Proyectos de Investigación.**

Los protocolos de investigación biomédicos y clínicos constituyen beneficios potenciales a mediano y largo plazo, debido a que los protocolos que se están desarrollando e iniciando actualmente, son en líneas prioritarias de salud del Hospital, lo que permitirá contribuir a la actualización, mejora de procedimientos y técnicas para el abordaje de diferentes padecimientos y enfermedades, de cómo prevenirlas y combatirlas. Lo que seguramente

contribuirá al desarrollo del país en sus diferentes áreas productivas, con una mejor calidad en la atención médica.

El impacto de las publicaciones realizadas en la atención médica en el periodo de reporte, consistió en la generación de nuevo conocimiento en el área de enfermedades infecciosas, cáncer de útero y de mama, y enfermedades autoinmunes; dicho conocimiento en un futuro contribuirá en la mejora del abordaje de diferentes enfermedades. No obstante, no es esperable que la aplicación de nuevos conocimientos sea inmediata, puesto que se requiere que la información generada sea conocida y aceptada.

### **Cursos de Investigación.**

Durante el primer semestre de 2017, se impartió el III Curso de Metodología de la investigación para personal Médico Residente de 2º año, con la participación de las y los Investigadores en Ciencias Médicas, y la asistencia de 79 residentes.

### **Convenios de Colaboración.**

Durante el primer semestre de 2017, no se firmó ningún convenio de colaboración en materia de investigación.

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

Durante el primer semestre de 2017, el Comité de Investigación y el Comité de Bioseguridad sesionaron en seis ocasiones de forma ordinaria y el Comité de Ética en Investigación sesionó en siete ocasiones. Se recibieron 12 protocolos de investigación para evaluación de los cuales únicamente fueron aprobados y autorizados dos por parte de los tres Comités.

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

Los logros más importantes durante el primer semestre de 2017 fueron:

- Se alcanzaron 17 publicaciones por las y los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el SII, de las cuales, 10 (59%) correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), y en tres de estas publicaciones (30%) el autor principal y/o el autor correspondiente son investigadoras (es) del Hospital.
- Un investigador fue promovido de la categoría de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) “C” a “D” del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII), y dos Investigadores lograron su permanencia en el SII, uno en ICM “A” y otro en ICM “D”. Además, un investigador contratado en el periodo de reporte ingresó al SII en la categoría de ICM “A”.

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

Las debilidades más importantes durante el primer semestre de 2017 fueron:

- Espacio físico insuficiente e inadecuado en las unidades de investigación, para el desarrollo de la investigación.
- Insuficiente presupuesto destinado para realizar investigación.

- Equipos especializados para investigación desplazados por nuevas tecnologías
- Equipos especializados sin programas de mantenimiento preventivo.

### **Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección de Investigación**

Al periodo que se informa se presentan los avances del programa de Trabajo 2017, de la Dirección de Investigación.

- Se publicaron un total de 36 artículos, de los cuales 18 fueron de alto impacto (grupos II-IVII), destacando tres del grupo IV en el área de vacunas, enfermedades autoinmunes y enfermedades cardiovasculares. En tres de las publicaciones de alto impacto el autor principal o el autor correspondiente son investigadores del Hospital.
- Se tienen nueve investigadoras (es) pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), de 18 Investigadoras (es) con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (SII). Asimismo, se cuenta con dos investigadoras (es) pertenecientes al SNI, sin nombramiento de Investigador por el SII.
- Un investigador fue promovido de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) “C” a “D” y dos Investigadores lograron su permanencia en el SII, uno en ICM “A” y otro en ICM “D”.



Programa de Trabajo 2017

Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Investigación.

Nombre del Programa Presupuestal: E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".

Responsable: Dr. José Moreno Rodríguez.

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento	
1	Generar investigación en salud de vanguardia que contribuya a la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades para así coadyuvar al manejo eficiente de la salud de nuestra población.	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia.	2.1.1 Vinculación en la investigación clínica y básica.	<p><b>Porcentaje de artículos científicos en colaboración</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo / V2: Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo x 100</p>	<p>36</p> <p>_____ x 100 = 90%</p> <p>40</p>	Semestral / anual	\$3,000,000.00	<p><math>\frac{27}{36} \times 100 = 75\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 75.0% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración.</p> <p>Este resultado obedece a la publicación de 27 artículos en colaboración con respecto a las 36 publicaciones totales logradas en la Institución.</p>	
2			2.1.4 Priorización de temas estratégicos y publicaciones científicas de alto impacto.	<p><b>Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo / V2: Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo x 100</p>	<p>12</p> <p>_____ x 100 = 30%</p> <p>40</p>	Semestral / anual		<p><math>\frac{18}{36} \times 100 = 50\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto. De los cuales 4 publicaciones fueron nivel IV y 14 nivel III.</p>	
3			2.1.2 Propiedad intelectual e industrial.	<p><b>Protocolos de investigación con potencial de generar una patente</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Protocolos de investigación con potencial de generar una patente / V2: Protocolos de investigación en proceso (vigentes y terminados) en el periodo x 100</p>	<p>1</p> <p>_____ x 100 = 2.3%</p> <p>43</p>	Anual		\$0.00	
4			2.1.5 Camabot.	<p><b>Protocolo de investigación relacionados a la "Camabot"</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Protocolos de investigación que evalúen el beneficio de la "Camabot" / V2: Protocolos de investigación en proceso (vigentes y terminados) en el periodo x 100</p>	<p>1</p> <p>_____ x 100 = 2.3%</p> <p>43</p>	Anual		\$0.00	

## Reporte de Avances del Programa Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Instrumentar políticas para promover e incrementar la inversión pública para la investigación científica, innovación y desarrollo en salud</b>		
<b>Estrategia 1.1:</b> Impulsar la articulación de esfuerzos del Sector Salud, para incrementar de manera sostenida la inversión en Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) destinada a salud y lograr mayor eficacia y eficiencia en su aplicación.	<p>1.1.1. Promover el flujo de la inversión del sector público hacia la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.</p> <p>1.1.2. Establecer lineamientos que aseguren el apoyo financiero para investigación relacionada con problemas prioritarios.</p> <p>1.1.3. Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos públicos.</p>	DGPIS
<b>Estrategia 1.2:</b> Gestionar que la inversión en investigación científica y desarrollo tecnológico, en salud, se incremente anualmente de manera proporcional para alcanzar un nivel acorde al incremento del Producto Interno Bruto (PIB) para CTI.	1.2.1. Gestionar el financiamiento de la investigación para la salud hacia centros de investigación del Sector favoreciendo los de creación reciente.	DGPIS
<b>Estrategia 1.3:</b> Involucrar los sectores académicos y gubernamentales para fortalecer la ciencia, tecnología e innovación en investigación.	<p>1.3.1. Promover programas de financiamiento para proyectos de investigación multicéntricos.</p> <p>1.3.2. Gestionar el incremento de la contribución de las instituciones aportantes al FOSSIS.</p>	DGPIS

**Resultados Objetivo 1:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presupuesto federal destinado por la Secretaría de Salud a investigación. <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.</b>		
<b>Estrategia 2.1:</b> Apoyar grupos existentes y fomentar la creación de nuevos grupos de investigación, sobre temas prioritarios, estratégicos o emergentes en salud.	<b>2.1.1</b> Orientar proyectos interdisciplinarios para estudiar temas de investigación clínica básica y social.	Se contó con 13 protocolos vigentes interdisciplinarios de investigación en el área clínica y biomédica.
	<b>2.1.2</b> Fomentar la investigación en células troncales, tejidos y órganos para mejorar los métodos y procedimientos para la donación, procuración, transporte, presentación y para la supervivencia del producto trasplantado.	No se cuenta con ningún protocolo de investigación en células troncales, tejidos y órganos en materia de trasplante, por no contar con la infraestructura necesaria.
<b>Estrategia 2.2:</b> Gestionar proyectos de investigación con un enfoque multidisciplinario.	<b>2.2.1</b> Fomentar investigaciones relacionadas con la mejora de los servicios públicos de salud.	Se contó con 34 protocolos vigentes que generaran nuevo conocimiento en diferentes áreas de la salud y que en un futuro mejoren los servicios públicos de salud.
	<b>2.2.2</b> Perfeccionar mecanismos de evaluación de la investigación basada en indicadores de calidad científica.	DGPIS
	<b>2.2.3</b> Contribuir al desarrollo de nuevos métodos de terapia génica y celular.	Se tienen en desarrollo dos protocolos en proceso que contribuirán en un futuro con nuevos métodos de terapia génica en el campo de las enfermedades autoinmunes y cáncer cervical.
	<b>2.2.4</b> Promover investigación socio-cultural con enfoque multidisciplinario que aborde los determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.	No se contó con ningún protocolo que aborde los determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.
	<b>2.2.5</b> Promover soluciones multidisciplinarias e interinstitucionales que faciliten el manejo de problemas de salud relacionados con exposición a factores ambientales nocivos.	Se tiene en proceso un protocolo que evalúa el potencial carcinogénico de compuestos muy usuales en el ambiente mediante la prueba de Ames.
<b>Estrategia 2.3:</b> Crear mecanismos para que las áreas normativas y operativas utilicen los resultados de las investigaciones relacionadas con los problemas prioritarios y favorecer la toma de decisiones.	<b>2.3.1</b> Establecer mecanismos para la aplicación de resultados de investigaciones exitosas en la solución de problemas o toma de decisiones.	Se publicaron 18 artículos de alto impacto, donde se tienen resultados muy prometedores pero aún están lejos de que se traduzcan en beneficio para la población.
	<b>2.3.2</b> Promover que los resultados relevantes de las investigaciones se traduzcan en beneficios para la población.	Se publicaron 18 artículos de alto impacto, donde se tienen resultados muy prometedores pero aún están lejos de que se traduzcan en beneficio para la población.
<b>Estrategia 2.4:</b> Instrumentar políticas públicas en materia	<b>2.4.1</b> Fortalecer programas de formación de recursos humanos en investigación.	Se continuó con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.</b>		
de investigación y formación de recursos humanos para la investigación.	2.4.2 Fortalecer los criterios académicos y administrativos para la mejora de contratación de personal profesional para la investigación.	Cinco investigadoras e investigadores participaron en la convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia del Sistema Institucional de Investigadores (SII) 2017, alcanzando un ingreso al sistema, una promoción, dos permanencias y un investigador no logró permanecer.
	2.4.3 Asesorar a las áreas administrativas para la adecuada contratación de personal de investigación.	DGPIS
	2.4.4 Fortalecer a los científicos e investigadores del sector salud incentivando su incorporación al SNI.	Un investigador que era candidato fue promovido a nivel I y otro nivel I a nivel II en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI).
	2.4.5 Consolidar el Sistema de Registro Institucional de Investigadores.	DGPIS
	2.4.6 Operar los programas de ingreso, promoción y permanencia, y el de estímulos al desempeño de los investigadores en ciencias médicas de la Secretaría.	DGPIS
	2.4.7 Establecer un Sistema Nacional de Registro de Investigadores en Salud (SS, IMSS, ISSSTE, Instituciones de enseñanza superior (IES) y privados.	DGPIS
	2.4.8 Establecer la categoría de investigador Emérito, bajo criterios de rigor científico, académico y de trayectoria académica.	DGPIS

**Resultados Objetivo 2:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Proyectos financiados por el FOSISS <b>DGPIS</b>			
Vigencia en el Sistema Institucional de Investigadores. <b>DGPIS</b>			
Investigadores evaluados <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 3.- Establecer vinculación con otras instituciones en condiciones de interés y beneficio mutuos para la investigación.</b>		
<b>Estrategia 3.1:</b> Promover el registro de la propiedad intelectual de las instituciones de salud y la comunidad científica.	<b>3.1.1</b> Proporcionar asesoría y subsidios para validar y registrar patentes de nuevos productos y procesos originados en el campo científico.	DGPIS
<b>Estrategia 3.2:</b> Propiciar la transferencia y aplicación del conocimiento a la práctica.	<b>3.2.1</b> Propiciar reglas transparentes para distribución de regalías resultantes de la obtención de patentes y licencias con beneficios para los involucrados.	DGPIS
<b>Estrategia 3.3:</b> Gestionar la simplificación administrativa de los procesos de investigación.	<b>3.3.1</b> Incentivar la realización conjunta de desarrollos tecnológicos entre investigadores biomédicos, ingenieros y otros profesionales del área de tecnología.	DGPIS
	<b>3.3.2</b> Desarrollar tecnologías para contribuir en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud mediante propuestas transdisciplinarias e interinstitucionales.	Se contó con 13 protocolos vigentes interdisciplinarios de investigación en el área clínica y biomédica, que en un futuro podrían traducirse en tecnologías que contribuyan en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud.
<b>Estrategia 3.4:</b> Actualizar la normatividad en materia de investigación para la salud.	<b>3.4.1</b> Proponer la actualización del Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación para la salud.	DGPIS

**Resultados Objetivo 3:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Patentes <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Establecer convenios de colaboración recíproca entre organismos para fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.</b>		
<b>Estrategia 4.1</b> Desarrollar estrategias para aprovechamiento de fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	<b>4.1.1</b> Fomentar el aprovechamiento de las fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	Durante el periodo de reporte no se participó en "Grants" internacionales, debido a que son únicamente para grupos muy consolidados de Investigación y el Hospital Juárez de México este en vías de formar grupos consolidados.
	<b>4.1.2</b> Identificar y promover oportunidades de financiamiento internacionales para investigación y desarrollo tecnológico en salud.	Durante el periodo de reporte no se participó en "Grants" internacionales, debido a que son únicamente para grupos muy consolidados de Investigación y el Hospital Juárez de México este en vías de formar grupos consolidados.
<b>Estrategia 4.2:</b> Fomentar cooperación internacional con un enfoque regional y fortalecer la gestión de financiamiento para investigación.	<b>4.2.1</b> Implementar procesos de colaboración internacional estableciendo vínculos explícitos entre distintas organizaciones que intervienen en el desarrollo de la investigación.	Se presentaron un total de dos trabajos de investigación en el área de tumores odontogénicos en diferentes comunidades científicas, un trabajo a nivel nacional y otro trabajo a nivel internacional.
	<b>4.2.2</b> Incentivar la participación de grupos de investigación para la salud en foros y organismos internacionales.	Se presentaron un total de dos trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, un trabajo a nivel nacional y otro trabajo a nivel internacional.
<b>Estrategia 4.3:</b> Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible.	<b>4.3.1</b> Propiciar el establecimiento de convenios y acuerdos para el uso compartido de infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar al máximo la capacidad disponible.	Se contó con 11 protocolos de investigación en colaboración con otras Instituciones como UNAM, IPN y CINVESTAV, para un mejor aprovechamiento de las tecnologías.
	<b>4.3.2</b> Favorecer el establecimiento de convenios interinstitucionales, intrainstitucionales nacionales o internacionales para el apoyo a la investigación para la salud.	Se inició la gestión de un convenio con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, para la realización de investigación científica y aprovechar las tecnologías con las que cuenta el Instituto.
	<b>4.3.3</b> Facilitar el acceso actualizado a investigadores, bancos de datos, revistas científicas electrónicas, artículos y libros en formato de texto completo, a través de la biblioteca virtual del CONRICYT.	DGPIS

**Resultados Objetivo 4:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos en colaboración <b>INSHAE</b>	86.7	75.0	<p><b>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”.</b></p> <p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 13.5% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 86.7%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 107.7% en los artículos científicos institucionales publicados en revistas grupos I-VII realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación, con respecto a la meta de 13 artículos científicos programados en colaboración.</p> <p>Este resultado se debió a que se logró la publicación de 14 artículos más en colaboración, debido a que cinco de estos artículos (grupos III a VII) son publicaciones anticipadas, los cuales estaban proyectados a ser publicados para el segundo semestre de 2017 y ocho artículos científicos de impacto alto en colaboración que fueron realizados por el personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ni del Sistema Institucional de Investigadores (SII). Además, un artículo de nivel II</p>

			<p>que estaba programado sin colaboración requirió colaboración.</p> <p>Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 140% más, con respecto a la meta programada de 15 artículos científicos, debido también, a la publicación de ocho artículos del grupo I por parte de investigadores institucionales y personal médico, los cuales no tuvieron resultados favorables para una publicación de alto impacto en años subsecuentes.</p> <p>Cabe señalar, que la productividad de artículos científicos para este periodo fue muy superior a lo programado, sin embargo, esto no significa que siempre vaya a ser así, toda vez que la investigación es un tanto impredecible, en ocasiones un proyecto que parecía modesto da resultados que permiten la publicación de varios artículos y algunos otros por el contrario nunca llegan a las metas planteadas.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> No obstante, el haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas, esto podría impactar con menor productividad en los siguientes periodos de reporte.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Seguir impulsando las publicaciones en colaboración.</p>
--	--	--	---



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.</b>		
<b>Estrategia 5.1:</b> Gestionar en incremento de recursos para infraestructura en investigación para la salud.	5.1.1 Coordinar esfuerzos para mejora salarial, prestaciones, estímulos y apoyos académicos para los profesionales de la investigación para la salud.	DGPIS
	5.1.2 Promover un programa anual de generación de plazas de técnicos especializados en investigación para la salud.	DGPIS
	5.1.3 Proponer y gestionar creación de plazas nuevas de investigadores acorde a los centros de investigación.	Durante el periodo de reporte no se gestionó ninguna plaza nueva de Investigadores; no obstante, un investigador con plaza de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) logró su nombramiento de investigadores en el Sistema Institucional (SII).
	5.1.4 Incentivar la repatriación de investigadores mexicanos formados en el extranjero para incorporarse al sistema institucional de investigadores de la Secretaría y al SNI.	Durante el periodo de reporte no fue necesaria la repatriación de Investigadores.
	5.1.5 Contribuir a la formación y fortalecimiento de los investigadores en ciencias de la salud de alto nivel.	Se continuó con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional.
<b>Estrategia 5.2:</b> Fomentar la formación de nuevos investigadores mediante becas, estancias y talleres internacionales.	5.2.1 Fomentar el interés por desarrollar investigación como actividad esencial en las nuevas generaciones de alumnos de carreras en el área de la salud.	Las y los Investigadores en Ciencias Médicas impartieron el III Curso de metodología de la investigación para residentes, contando con la asistencia de 79 residentes de las diferentes especialidades.
	5.2.2 Propiciar que las nuevas generaciones de egresados de las carreras del área de la salud desarrollen mayor interés por aplicar en maestrías y doctorados.	Se continuó con la Maestría en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Juárez de México en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional.
	5.2.3 Promover vínculos entre jóvenes estudiantes e investigadores a través del Programa de Becas de inicio en la Investigación.	DGPIS
<b>Estrategia 5.3:</b> Impulsar el uso de las tecnologías de la información para apoyar procesos y tecnologías superiores para beneficiar la investigación.	5.3.1 Desarrollar y fortalecer sistemas de tecnologías de la información y comunicación para mejorar la eficiencia de la actividad de investigación.	Durante el primer semestre de 2017, se utilizó el sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud (CVIS) para la evaluación del ingreso, promoción y permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores.
<b>Estrategia 5.4:</b> Incentivar la inversión del sector privado para fomentar la investigación para la salud, dirigidos a investigadores jóvenes.	5.4.1 Estimular la investigación para la salud con orientación científica, creativa y multidisciplinaria en jóvenes que inician su desarrollo profesional.	Las y los Investigadores en Ciencias Médicas impartieron el III Curso de metodología de la investigación para residentes, contando con la asistencia de 79 residentes de las diferentes especialidades.
<b>Estrategia 5.5:</b>	5.5.1 Impulsar la creación del Programa de Financiamiento para el Desarrollo de la Investigación (PROFODI)	DGPIS

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.</b>		
Incentivar la inversión del sector privado para la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	<b>5.5.2</b> Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos externos.	DGPIS

**Resultados Objetivo 5:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Becas de Inicio a la Investigación <b>DGPIS</b>			

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 6.- Establecer mecanismos de vinculación entre los diversos grupos e instituciones participantes en la investigación para la salud para la consecución de resultados en beneficio de la población.</b>		
<b>Estrategia 6.1:</b> Extender y mejorar los canales de comunicación y difusión a través de la coordinación sectorial, con el fin de sumar esfuerzos y recursos para el desarrollo de proyectos de investigación.	<b>6.1.1</b> Implementar un programa de comunicación permanente con la comunidad de investigadores.	Durante el primer semestre de 2017, se continuó con los Programas de Sesiones Semanales de Investigación y Sesiones Bibliográficas, alcanzando 21 y 9 sesiones respectivamente.
	<b>6.1.2</b> Establecer canales de comunicación con investigadores de otras instituciones del sector salud para el desarrollo de proyectos de investigación.	DGPIS
<b>Estrategia 6.2:</b> Fomentar la difusión de actividades y resultados relevantes de investigación para la salud.	<b>6.2.1</b> Propiciar el acceso sobre resultados relevantes de investigación a la comunidad científica y población interesada.	Durante el periodo de reporte, se presentaron un total de dos trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, un trabajo a nivel nacional y otro trabajo a nivel internacional.
	<b>6.2.2</b> Difundir a la comunidad de investigadores información sobre eventos académicos relacionados con investigación.	Durante el periodo de reporte se participó con dos trabajos de investigación en Congresos.
	<b>6.2.3</b> Propiciar el acceso a resultados relevantes de la investigación para la salud para la comunidad de investigadores.	En el primer semestre de 2017, se presentaron un total de dos trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, un trabajo a nivel nacional y otro trabajo a nivel internacional.
	<b>6.2.4</b> Operar un programa de comunicación sobre investigación utilizando las "redes sociales".	Durante el periodo de reporte se lograron 18 publicaciones de alto impacto, las cuales cuentan con sus respectivas redes sociales de la editorial.
<b>Estrategia 6.3:</b> Propiciar el intercambio de investigadores en estadias	<b>6.3.1</b> Propiciar la vinculación entre investigadores a través de foros interactivos.	Durante el periodo de reporte se participó con dos trabajos de investigación en Congresos en el área de tumores odontogénicos.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 6.- Establecer mecanismos de vinculación entre los diversos grupos e instituciones participantes en la investigación para la salud para la consecución de resultados en beneficio de la población.</b>		
cortas entre instituciones internacionales.		
<b>Estrategia 6.4:</b> Involucrar a los sectores académicos, gubernamentales y empresariales para fortalecer la innovación.	<b>6.4.1</b> Desarrollar la “feria de la investigación para la salud” en el que se muestren productos de la investigación e innovación con el objetivo de vincular proyectos y atraer financiamientos.	Durante el periodo de reporte no se acudió a alguna feria de la Investigación, no obstante los trabajos de investigación fueron presentados en dos congresos.
<b>Estrategia 6.5:</b> Vigilar el seguimiento de la aplicación de los códigos nacionales e internacionales de bioética.	<b>6.5.1</b> Establecer y vigilar la observancia de lineamientos para la integración y funcionamiento de los Comités de Investigación en las Unidades Coordinadas.	DGPIS
	<b>6.5.2</b> Fomentar la capacitación sobre Buenas Prácticas en investigación a los Comités de Investigación Bioética y Bioseguridad.	Durante el periodo de reporte el CEI logró su registro ante la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud (Registro número CONBIOÉTICA-09-CEI-008-20170421).
	<b>6.5.3</b> Implementar y operar una Unidad de Apoyo al Pre dictamen en coordinación con la COFEPRIS.	DGPIS
	<b>6.5.4</b> Contribuir a la actualización de las normas de Bioética vigentes de acuerdo a los avances científicos y a las recomendaciones internacionales.	Durante el periodo de reporte el CEI logró su registro ante la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud (Registro número CONBIOÉTICA-09-CEI-008-20170421).
	<b>6.5.5</b> Fomentar la capacitación de Buenas Prácticas en Investigación en la comunidad de investigadores.	Las y los Investigadores en Ciencias Médicas impartieron el III Curso de metodología de la investigación para residentes, contando con la asistencia de 79 residentes de las diferentes especialidades.
	<b>6.5.6</b> Establecer un programa de certificación o acreditación a investigadores no institucionales.	DGPIS
<b>Estrategia 6.6</b> Establecer un Observatorio Institucional de Investigación para la Salud.	<b>6.6.1</b> Implementar y operar el Observatorio Institucional de Investigación para la Salud (OISS).	DGPIS

**Resultados Objetivo 6:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	

<p>Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas. <b>INSHAE</b></p>	<p>33.3</p>	<p>50.0</p>	<p><b>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”.</b></p> <p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 50.2% en el porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto, con respecto a la meta programada de 33.3%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se alcanzó la publicación de los cinco artículos de alto impacto que se tenían programados y adicionalmente se adelantó la publicación de cinco artículos que se tenían proyectados para el segundo semestre de 2017, aunado a lo anterior, se logró la publicación de ocho artículos científicos de impacto alto en el cual se da crédito a la participación de la Institución (siete de nivel III y uno de nivel IV) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ni del Sistema Institucional de Investigadores (SII), por lo que imposibilitaba su programación.</p> <p>Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 140% más, con respecto a la meta programada de 15 artículos científicos, debido también, a la publicación de ocho artículos del grupo I por parte de investigadores institucionales y personal médico, los cuales no tuvieron resultados favorables para una publicación de alto impacto en años subsecuentes.</p>
--	-------------	-------------	---

		<p>Cabe señalar, que la productividad de artículos científicos para este periodo fue muy superior a lo programado, sin embargo, esto no significa que siempre vaya a ser así, toda vez que la investigación es un tanto impredecible, en ocasiones un proyecto que parecía modesto da resultados que permiten la publicación de varios artículos y algunos otros por el contrario nunca llegan a las metas planteadas.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:                  No obstante, el haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas, esto podría impactar con menor productividad en los siguientes periodos de reporte.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:                  Seguir impulsando las publicaciones de alto impacto.</p>
--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo V.5 ESTRATEGIAS TRANSVERSALES</b>		
<b>Estrategia V.5.1:</b> Democratizar la productividad.	Articular esfuerzos con los sectores público, privado y social para incrementar la inversión en investigación para la salud.	Durante el periodo de reporte, se contó con siete protocolos de investigación en proceso con financiamiento externo, de los cuales dos correspondieron a la industria farmacéutica y cinco a los fondos del CONACyT.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo V.5.2 GOBIERNO CERCANO Y MODERNO</b>		
<b>Estrategia 5.2.1:</b> Modernizar la gestión de los procesos de investigación para la salud.	Propiciar el uso de tecnologías de la información y comunicación para desarrollar la gestión de los procesos relacionados con la investigación para la salud.	Durante el primer semestre de 2017, se utilizó el sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud (CVIS) para la evaluación del ingreso, promoción y permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores y en la convocatoria de estímulos a la productividad de ICM.
<b>Objetivo V.5.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO</b>		
<b>Estrategia 5.3.1:</b> Apoyo al personal que realiza investigación.	Propiciar el desarrollo académico que favorezca las actividades de investigación con perspectiva de género.	Durante el periodo de reporte se concluyeron cuatro tesis de especialidad, de las cuales dos fueron realizadas por mujeres.

**Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018**  
**Informe de Resultados Relevantes**  
**Primer Semestre 2017**

La Dirección de Investigación y Enseñanza del Hospital, informa los avances relevantes o destacables alcanzados en el primer semestre 2017:

- Se publicaron un total de 36 artículos científicos del Hospital (17 por Investigadoras e Investigadores en Ciencias Médicas y 19 por personal médico), de los cuales 18 correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), destacando tres del grupo IV, en el área de vacunas, enfermedades autoinmunes y enfermedades cardiovasculares.
- Se contó con nueve investigadoras e investigadores pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de 18 Investigadoras e Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII). Asimismo, se cuenta con una investigadora y un investigador pertenecientes al SNI, que no cuentan con nombramiento de Investigador por el SII.
- Un investigador fue promovido de la categoría de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) “C” a la “D”; dos investigadores permanecieron, uno en la categoría ICM “D” y otro en ICM “A”; y un investigador ingresó al sistema en la categoría ICM “A” del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII).

## Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2017. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2017 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2017							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2017							
Informe de <u>enero - junio</u> 2017							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: <u>NAW</u>							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							
NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD"</b>							
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$	30.0	33.3	50.0	50.2	ROJO	<b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 50.2% en el porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto, con respecto a la meta programada de 33.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se alcanzó la publicación de los cinco artículos de alto impacto que se tenían programados y adicionalmente se adelantó la publicación de cinco artículos que se tenían proyectados para el segundo semestre de 2017, aunado a lo anterior, se logró la publicación de ocho artículos científicos de impacto alto en el cual se da crédito a la participación de la institución (siete de nivel III y uno de nivel IV) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ni del Sistema Institucional de Investigadores (SII), por lo que imposibilitaba su programación.  Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 140% más, con respecto a la meta programada de 15 artículos científicos, debido también, a la publicación de ocho artículos del grupo I por parte de investigadores institucionales y personal médico, los cuales no tuvieron resultados favorables para una publicación de alto impacto en años subsiguientes.  Cabe señalar, que la productividad de artículos científicos para este periodo fue muy superior a lo programado, sin embargo, esto no significa que siempre vaya a ser así, toda vez que la investigación es un tanto impredecible, en ocasiones un proyecto que parecía modesto da resultados que permiten la publicación de varios artículos y algunos otros por el contrario nunca llegan a las metas planteadas.
	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo	12	5	18			
	Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo	40	15	36			
PROPÓSITO (3)	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2$	200.0	0.8	3.0	275.0	ROJO	<b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 275% en el promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel, con respecto a la meta programada de 0.8, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se alcanzó la publicación de los cinco artículos de alto impacto que se tenían programados y adicionalmente se adelantó la publicación de cinco artículos que se tenían proyectados para el segundo semestre de 2017, aunado a lo anterior, se logró la publicación de ocho artículos científicos de impacto alto en el cual se da crédito a la participación de la institución (siete de nivel III y uno de nivel IV) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ni del Sistema Institucional de Investigadores (SII), por lo que imposibilitaba su programación.  Cabe señalar, que la productividad de artículos científicos para este periodo fue muy superior a lo programado, sin embargo, esto no significa que siempre vaya a ser así, toda vez que la investigación es un tanto impredecible, en ocasiones un proyecto que parecía modesto da resultados que permiten la publicación de varios artículos y algunos otros por el contrario nunca llegan a las metas planteadas.
	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII, de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores) en el periodo	12	5	18			
	Número total de investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (D-E-F), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sea miembro vigente en el SNI y que no tenga nombramiento de investigador del SII, en el periodo	6	6	6			



PROPÓSITO (4)	Porcentaje de artículos científicos en colaboración FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.0	86.7	75.0	13.5	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 13.5% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 86.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 107.7% en los artículos científicos institucionales publicados en revistas grupos I-VII realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación, con respecto a la meta de 13 artículos científicos programados en colaboración.</p> <p>Este resultado se debió a que se logró la publicación de 14 artículos más en colaboración, debido a que cinco de estos artículos (grupos III a VII) son publicaciones anticipadas, los cuales estaban proyectados a ser publicados para el segundo semestre de 2017 y ocho artículos científicos de impacto alto en colaboración que fueron realizados por el personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ni del Sistema Institucional de Investigadores (SII). Además, un artículo de nivel II que estaba programado sin colaboración requirió colaboración.</p> <p>Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 140% más, con respecto a la meta programada de 15 artículos científicos, debido también, a la publicación de ocho artículos del grupo II, por parte de investigadores institucionales y personal médico, los cuales no tuvieron resultados favorables para una publicación de alto impacto en años subsecuentes.</p> <p>Cabe señalar, que la productividad de artículos científicos para este periodo fue muy superior a lo programado, sin embargo, esto no significa que siempre vaya a ser así, toda vez que la investigación es un tanto impredecible, en ocasiones un proyecto que parecía modesto da resultados que permiten la publicación de varios artículos y algunos otros por el contrario nunca llegan a las metas planteadas.</p>
	Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo	36	13	27			
	Total de artículos científicos institucionales publicados por la institución en revistas (grupos I-VII) en el periodo	40	15	36			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> No obstante, el haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas, esto podría impactar con menor productividad en los siguientes periodos de reporte.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Seguir impulsando las publicaciones en colaboración.</p>
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Se alcanzaron las metas de acuerdo a lo programado, no obstante, una plaza se encuentra ocupada por una investigadora que está con licencia médica indefinida desde 2013.</p>
	Plazas de investigador ocupadas en el año actual	16	16	16			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Plazas de investigador autorizadas en el año actual	16	16	16			<p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
ACTIVIDAD (14)	Promedio de productos por investigador institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	0.6	0.2	0.9	350.0	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 350% en el promedio de productos por investigador institucional, con respecto a la meta programada de 0.2, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento de 12 productos totales producidos, con respecto a la meta programada de cinco. Este resultado obedece a la publicación anticipada de cinco artículos de alto impacto (nivel III-VII) por investigadores con nombramiento vigente en el SII, que se tenían proyectados para el segundo semestre de 2017, además, de la publicación de seis artículos de nivel I y uno de nivel II por parte de investigadores institucionales que no estaban considerados en estas categorías.</p>
	Productos totales producidos en el periodo	13	5	17			<p>Además, con relación a los 22 investigadores institucionales vigentes programados, un investigador en Ciencias Médicas "C" renunció por motivos personales y otro investigador no logró su permanencia en la Convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud 2017.</p>
	Total de Investigadores institucionales vigentes* en el periodo	22	22	20			<p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> No obstante, el haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas, esto podría impactar con menor productividad en los siguientes periodos de reporte.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Seguir impulsando las publicaciones por parte de investigadores institucionales.</p>

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, en el **Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”**, se reportaron un total de 5 indicadores, los cuales se situaron en la siguiente semaforización.

Programa Presupuestal	Semaforización			Total de Indicadores
	Verde	Amarillo	Rojo	
E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”	1	0	4	5

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

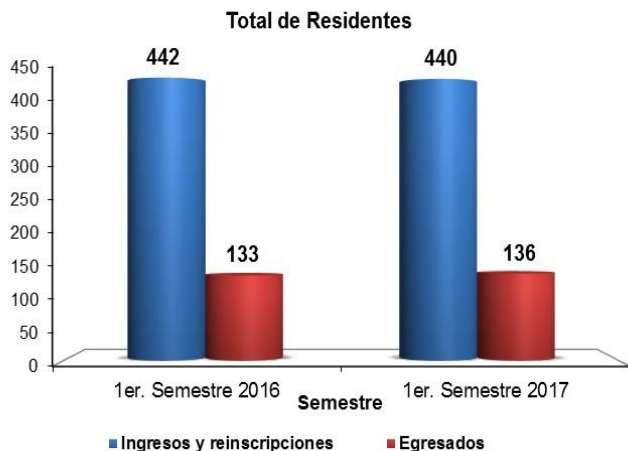
Cabe señalar, que la numeración de los indicadores corresponde al número asignado en la Matriz de Indicadores para Resultados (**MIR**) y la variación de los resultados se refleja con base en los parámetros de semaforización establecidos en las Fichas Técnicas de cada uno de los indicadores.

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
2	Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto	33.3	50.0	50.2	Superior	La variación en el cumplimiento de estos cuatro indicadores respecto a sus metas programadas respectivas, fue a causa de una mayor productividad científica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar impulsando las publicaciones de impacto alto.</li> </ul>

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
3	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel.	0.8	3.0	275.0	Superior	Se concluyeron exitosamente los artículos científicos programados, adicionalmente se publicaron 13 artículos científicos de impacto alto, de los cuales: cinco fueron publicaciones anticipadas que se tenían programadas para el segundo semestre de 2017 y en ocho publicaciones se le otorgó crédito a la institución, derivado de que personal médico del Hospital participó en estudios clínicos multidisciplinarios en años anteriores.	
4	Porcentaje de artículos científicos en colaboración.	86.7	75.0	13.5	Inferior	Además, se publicaron ocho artículos científicos del grupo I por parte de investigadores institucionales y personal médico, los cuales no tuvieron resultados favorables para una publicación de alto impacto en años subsecuentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir impulsando las publicaciones de artículos científicos en colaboración.</li> </ul>
14	Promedio de productos por investigador Institucional.	0.2	0.9	350.0	Superior		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover e impulsar las publicaciones por parte de investigadores institucionales.</li> </ul>

## ENSEÑANZA

### 1. Total de Residentes.



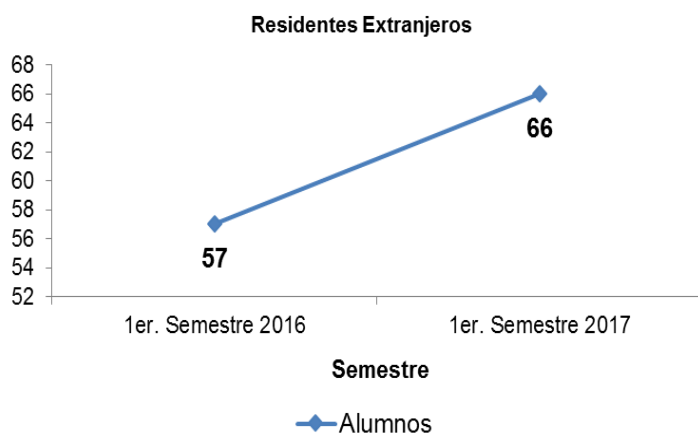
La gráfica anterior muestra por semestre de 2016 y 2017, el número de ingresos a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad.

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el número de ingresos y reinscripciones fue de 449 médicas/os residentes. Sin embargo, en el transcurso del ciclo académico 2017-2018 se han dado de baja nueve médicas/os residentes (dos de cirugía general, dos de pediatría, uno de cirugía maxilofacial, uno de ginecología oncológica, uno de

medicina crítica, uno de medicina interna y uno de ortopedia), permaneciendo un total de 440 residentes, cifra similar al mismo periodo de 2016, que fue de 442 residentes.

En febrero de 2017, egresaron un total de 136 médicas/os residentes, de los cuales 114 fueron de los cursos universitarios de especialización y 22 de los cursos universitarios de posgrado de alta especialidad en medicina, lo que representa un incremento del 2.2% en relación con el mismo periodo de 2016 que fue de 133 egresados.

### Número de Residentes Extranjeros.



En marzo de 2017 ingresaron a los cursos universitarios de especialidad y de alta especialidad un total de 66 médicas/os residentes extranjeros, de los cuales 57 corresponden a los cursos de especialización y nueve a los cursos de alta especialidad, provenientes de Bolivia 13, Colombia 17, Ecuador 18, Haití uno, Honduras cinco, Nicaragua cinco, Paraguay tres, Perú uno, República Dominicana dos y Venezuela uno; lo que representa un incremento del 15.8% con relación al ciclo académico anterior, que fue de 57

médicas/os residentes extranjeros. Este resultado se debió al interés por parte de las médicas/os extranjeros de considerar al Hospital como sede para cursar la residencia médica y a la aceptación máxima de un médico/a residente por curso de especialización en cada grado.

### Médicos Residentes por cama.

El número de médicas y médicos residentes por cama permanece en uno.

### 2. Residencias de Especialidad.

Para el ciclo académico 2017-2018, el número de cursos universitarios de especialización es de 26, mismo número en relación al ciclo académico 2016-2017.

#### Total de alumnas/os de cursos de posgrado 1er. Semestre 2017

	<b>Cursos Universitarios de Especialidad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
1	Anatomía patológica	6	6	12
2	Anestesiología	12	19	31
3	Biología de la reproducción humana	6	6	12
4	Cardiología	7	5	12
5	Cirugía general	21	7	28
6	Cirugía maxilofacial*	8	4	12
7	Cirugía oncológica	8	3	11
8	Gastroenterología	6	8	14
9	Ginecología oncológica	4	6	10
10	Ginecología y obstetricia	11	22	33
11	Hematología	0	2	2
12	Imagenología diagnóstica y terapéutica	17	5	22
13	Medicina crítica	7	1	8
14	Medicina interna	26	18	44
15	Nefrología	6	4	10
16	Neuroanestesiología	3	2	5
17	Neurocirugía	17	3	20
18	Neurología	1	4	5
19	Oftalmología	7	5	12
20	Ortopedia y traumatología	9	4	13
21	Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	6	6	12
22	Pediatría	8	19	27
23	Reumatología	4	3	7
24	Terapia endovascular neurológica	6	0	6
25	Urgencias médico-quirúrgicas**	9	8	17
26	Urología	15	1	16
	<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>171</b>	<b>401</b>

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

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

### 3. Cursos de Alta Especialidad.

Al periodo enero a junio de 2017, se cuenta con nueve cursos universitarios de posgrado de alta especialidad en medicina, uno menos que en el ciclo académico 2016-2017. Esta variación se debió a la suspensión del curso de cirugía de columna, por no contar con profesor titular.

En la siguiente tabla se muestran los cursos de alta especialidad:

No.	Cursos Universitarios de Alta Especialidad	Masculino	Femenino	Total
1	Cardiología intervencionista	4	0	4
2	Córnea y cirugía refractiva	0	3	3
3	Ecocardiografía	1	0	1
4	Endoscopia gastrointestinal	9	2	11
5	Medicina del dolor y cuidados paliativos	2	3	5
6	Motilidad gastrointestinal	0	1	1
7	Oncología quirúrgica de cabeza y cuello	3	1	4
8	Toxicología aplicada a la clínica	4	3	7
9	Trasplante renal	2	1	3
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>14</b>	<b>39</b>

### 4. Cursos de Pregrado.

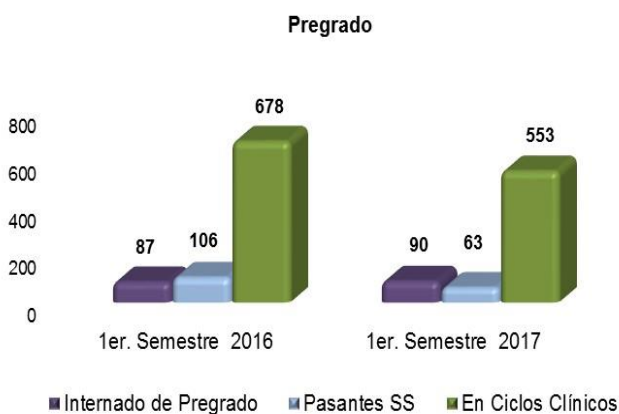
El número de cursos de pregrado que se impartieron durante el periodo de enero a junio de 2017, fue de 25, mostrando una disminución de 28.5% con relación a los registrados en el mismo periodo de 2016 que fue de 35 cursos de pregrado. Esta variación se debió a un menor número de grupos de las Escuelas Superior de Medicina, Homeopatía del IPN y de la Facultad de Medicina de la UNAM.

En la siguiente tabla, se listan los cursos y las instituciones de procedencia.

Nombre	Institución	No. cursos
Internado de Pregrado Generación Completa	UNAM, UAM-X, Justo Sierra	1
Internado de Pregrado Generación Intermedia	IPN, Tominaga Nakamoto, BUAP, Universidad Autónoma Tamaulipas	1
3er Año Medicina General I	Facultad de Medicina UNAM	2
4to Año Medicina General II	Facultad de Medicina UNAM	2
Alergología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Anatomía Patológica Especial	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Introducción Clínica	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Terapéutica Medica	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del Aparato Músculo Esquelético	Escuela Superior de Medicina IPN	1

Clínica del Aparato Respiratorio	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del Aparato Cardiovascular	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Urología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Infectología	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Clínica del Aparato Digestivo	Escuela Superior de Medicina IPN	1
Sexto Semestre	Escuela de Medicina Justo Sierra	1
Quinto Semestre	Escuela de Medicina Justo Sierra	1
Octavo Semestre	Tominaga Nakamoto	1
Hematología	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	1
Hematología Teórica - Practica	Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	1
Nefro-Uro	Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac	1
Gastroenterología	Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac	1
Ortopedia y Traumatología	Universidad Mexicana de Medicina La Salle	2
<b>Total</b>		<b>25</b>

## Pregrado



Durante el primer semestre de 2017, el número de internas/os de pregrado fue de 90, mostrando un incremento en un 3.4% con respecto a los 87 reportados en el mismo periodo del 2016.

Las escuelas de las cuales proviene en alumnado son:

Institución educativa	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Facultad de Medicina de la UNAM	37	38
Escuela Superior de Medicina del IPN	20	19
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	9	8
Escuela de Medicina Universidad Justo Sierra	11	10
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	3	3
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	2	2
Universidad Autónoma de Tamaulipas	2	1
Escuela Mexicana de Medicina Universidad La Salle	3	8
Escuela de Medicina de Universidad Anáhuac	0	1
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>90</b>

### Ciclos Clínicos de Pregrado

En ciclos clínicos de pregrado, el número de alumnado inscrito fue de 553, mostrando una disminución de 18.4% con relación a los reportados en el mismo periodo de 2016, que fue de 678 el número de alumnado inscrito. Este resultado se debió a la estrategia implementada de abatir el exceso de estudiantes en el Hospital y favorecer su proceso de aprendizaje en atención médica.

Las escuelas de las cuales provienen los alumnos son:

Institución	No. de alumnos 1er. Semestre 2016	No. de alumnos 1er. Semestre 2017
Facultad de Medicina UNAM	100	95
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM	38	41
Escuela Superior de Medicina IPN	217	151
Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	187	130
Escuela de Medicina Universidad Justo Sierra	42	31
Escuela Mexicana de Medicina Universidad La Salle	40	54
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	30	24
Escuela de Medicina Universidad Anáhuac	24	27
<b>Total</b>	<b>678</b>	<b>553</b>

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

En servicio social, se contó con un total de 63 pasantes, mostrando una disminución en un 40.5%, con relación a los reportados en el mismo periodo de 2016, que fue de 106 pasantes en servicio social. Este resultado se debió a que en este semestre no se contó con pasantes de enfermería de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, ni pasantes del área de psicología.

En los pasantes de servicio social de nivel técnico, se registró una disminución en el alumnado de inhaloterapia, debido a que la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital, no solicitó campo clínico.

Nivel licenciatura	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Odontología	4	4
Psicología	5	0
Enfermería	54	31
Optometría	3	2
Nutrición	7	6
Medicina Física	3	2
Trabajo Social	3	0
Medicina	3	1
<b>Subtotal</b>	<b>82</b>	<b>46</b>



Nivel técnico	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Inhaloterapia	8	6
Radiología	6	6
Laboratorio	6	5
Investigación	4	0
<b>Subtotal</b>	<b>24</b>	<b>17</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>63</b>

## 6. Número de Alumnos Posgrado.

El número de ingresos y reinscripciones a los cursos universitarios de especialización y de alta especialidad, fue de 440, dos menos que lo reportado en el mismo periodo de 2016, que fue de 442 alumnos.

## 7. Cursos de Posgrado.

Durante el periodo enero a junio de 2017, se imparten las siguientes maestrías:

Nombre	No. de asistentes	Área/institución
Ciencias de la Salud	8	Unidad de Apoyo Nutricio, Dirección de Investigación, Consulta Externa, Neurocirugía y del Hospital de Nuestra Señora de la Luz
Administración de Hospitales	13	Enfermería, Ortopedia, Cirugía Cardiovascular y Anestesiología

## 8. Número de Autopsias.

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

Durante el periodo de reporte, se realizaron un total de cinco autopsias de un total de 435 fallecimientos que representa el 1.1%, mostrando un aumento de una autopsia con relación a las realizadas en el mismo periodo de 2016, que fue de cuatro autopsias.

## 9. Participación Extramuros.

Rotaciones	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
De otras instituciones hacia el Hospital	202	172
Del Hospital a otras instituciones	240	251

### a) Rotaciones de otras instituciones:

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el número de personal médico residente que acudió a rotar al Hospital fue de 172, lo que representa un decremento en un 14.8%, con relación al mismo periodo de 2016, que fue de 202. Este resultado se debió a que las Instituciones de salud no gestionan oportunamente, las solicitudes de rotación para ser autorizadas.

**b) Rotaciones a otras instituciones:**

El número de personal médico residente del Hospital que acudió a otros hospitales fue de 251, lo que representa un aumento en un 4.6%, con respecto al mismo periodo de 2016, que fue de 240 rotantes. Este resultado se debió a que las rotaciones dependen de la calendarización de cada programa académico.

Los sitios de rotación incluyen desde hospitales locales y foráneos de los servicios de salud de la Ciudad de México, como de los estados, algunos privados y los Institutos Nacionales de Salud. En el presente ciclo no hubo rotaciones al extranjero.

<b>Rotaciones del personal médico residente a otras instituciones</b>		
<b>Institución</b>	<b>1er. Semestre 2016</b>	<b>1er. Semestre 2017</b>
Hospitales Federales de Referencia	56	43
Institutos Nacionales de Salud	55	56
I.M.S.S.	35	42
Hospitales Privados (Ciudad de México)	31	25
I.S.S.S.T.E	19	22
Secretaría de Salud (Ciudad de México)	13	17
S.S. Tlaxcala (rotación de campo)	13	14
S.S. Chiapas (rotación de campo)	6	6
S.S. Querétaro (rotación de campo)	4	9
S.S. Estado de México (rotación de campo)	1	1
S.S. Puebla	1	0
Hospital de la Niñez Oaxaca	1	0
H.R.A.E. Yucatán	1	0
Hospital Central Militar	1	7
ISSEMyM	1	6
Extranjero (España, Estados Unidos)	2	0
Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)	0	3
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>251</b>

**10. % Eficiencia Terminal.**

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

Para el periodo de reporte, la eficiencia terminal fue de 87% (136 egresados/156 aceptados), mostrando un incremento en 5.6 puntos porcentuales, con respecto al 82% registrado en el mismo periodo de 2016.

**11. Enseñanza en Enfermería.**

**Cursos de pregrado.**

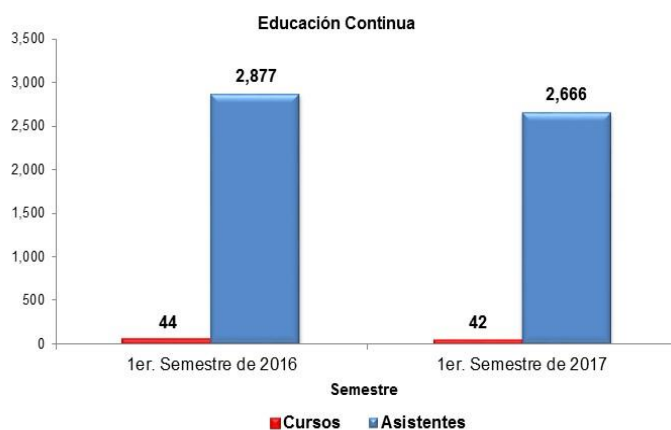
Durante el periodo de enero a junio de 2017, se impartieron un total de ocho cursos de educación continua en enfermería, uno más que los reportados en el mismo periodo de 2016.

El número de personas asistentes a los cursos de pregrado fue de 144, observando un incremento en un 50%, con respecto a lo reportado en el mismo periodo de 2016, que fue de

96. Esta variación se debió a que el curso de actualización para el personal de camillería tuvo una asistencia de 225% más de lo esperado.

No.	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Elaboración de programa anual de trabajo	Elaboración del programa anual de trabajo
2	Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio	Inteligencia emocional
3	Descodificación para el área de la Salud	Actualización para el personal de camillería
4	Legislación en salud	¿Eres lo que comes? o ¿Comes lo que eres?
5	Urgencias y emergencias en medicina del deporte	Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio
6	Actualización para el personal de camillería	Autoestima y superación personal
7	Director exitoso	Urgencias y emergencias en medicina del deporte
8		La oratoria, el arte de hablar en público

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



La gráfica muestra el número de cursos de educación continua y el número de profesionales de la salud que asistieron a los mismos, en los periodos comparativos semestrales de 2016 y 2017.

Durante el primer semestre de 2017, se impartieron un total de 42 cursos, dos menos que en el mismo periodo de 2016.

Los cursos de educación médica continua impartidos fueron los siguientes:

	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Curso de apoyo vital en trauma ATLS	13 y 14 de enero	16
2	Elaboración del programa anual de trabajo	23 al 27 de enero	8
3	Microcirugía I	23 al 27 de enero	4
4	Microcirugía II. Neurocirugía	30 de enero al 2 de marzo	5
5	II Curso taller posología para enfermeras: calidad y seguridad	8 al 10 de febrero	144
6	Inteligencia emocional	20 al 24 de febrero	17
7	Calidad y seguridad del profesional de enfermería en medicina interna	6 al 10 de marzo	104

8	Microcirugía I	6 al 10 de marzo	4
9	Actualización para el personal de camillería	13 al 17 de marzo	45
10	Microcirugía III. Oftalmología	27 al 31 marzo	4
11	¿Eres lo que comes? o ¿Comes lo que eres?	27 al 31 de marzo	14
12	XXXII Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	27 al 31 de marzo	30
13	IX Curso de calidad y seguridad del paciente	29 al 31 de marzo	483
14	III Curso de metodología de la investigación para residentes	29 de marzo al 24 de mayo	79
15	Innovación, calidad y seguridad en la atención del paciente pediátrico	3 al 7 de abril	128
16	Microcirugía II	3 al 7 de abril	2
17	Curso taller control de infecciones	5 al 7 de abril	28
18	VI Curso sobre abordaje clínico y diagnóstico del paciente en estado de coma	17 al 21 de abril	103
19	Taller de abordaje quirúrgico de mínima invasión en cuidados intensivos	19 al 21 de abril	5
20	III Curso de obstetricia crítica, emergencias y temas actuales	22, 29 de abril y 6 de mayo	81
21	Microcirugía Oftalmológica II	24 al 28 de abril	3
22	Elaboración de estándares e indicadores de calidad en el servicio	24 al 28 de abril	13
23	IX Curso taller de nutrición clínica y metabolismo	12 y 13 de mayo	137
24	Actualización en calidad de la teoría a la práctica	15 al 19 de mayo	122
25	Autoestima y superación personal	15 al 19 de mayo	15
26	V Curso "Bioética aplicada en el ambiente clínico e investigación"	17 al 19 de mayo	48
27	II Curso calidad de la atención al paciente cardiológico en estado crítico	22 al 24 de mayo	160
28	XII Curso taller protocolo de investigación clínica	22 al 26 de mayo	22
29	Microcirugía I. Neurocirugía	22 al 26 de mayo	2
30	Actualidades en coloproctología	29 a 31 de mayo	44
31	XXXIII Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	29 de mayo al 2 de junio	59
32	Plastia de pared abdominal	5 al 8 de junio	6
33	III Curso estudio clínico diagnóstico y terapéutico de las cefaleas	5 al 9 de junio	58
34	Urgencias y emergencias en medicina del deporte	5 al 9 de junio	8
35	Intervención de medicina del deporte en el tercer nivel de atención	7 al 9 de junio	84
36	V Curso medicina transfusional para enfermeras	12 al 16 de junio	108
37	XXV Curso taller de disección con mastoidectomía, timpanoplastia, osiculoplastia, estapedectomía y colocación de implante coclear en el hueso temporal	12 al 16 de junio	25

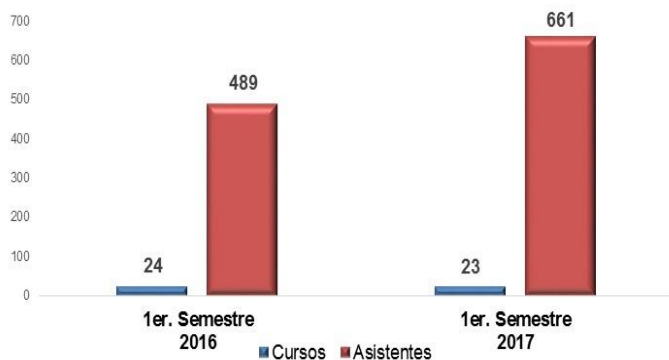
38	XII Curso de radiología en medicina de primer nivel	14 al 16 de junio	254
39	La oratoria, el arte de hablar en público	19 al 23 de junio	24
40	VI Jornadas de enfermería	26 al 28 de junio	98
41	Microcirugía II. Oftalmología	26 al 30 de junio	6
42	VII Curso taller de genética y biología molecular	28 al 30 de junio	66
<b>Total</b>			<b>2,666</b>

Además, de los cursos de educación continua, se llevó a cabo el curso propedéutico para personal médico residente de nuevo ingreso, impartido en febrero en el cual participaron 132 profesionales de la salud.

El total de asistentes a los cursos de educación continua fue de 2,666 profesionales de la salud, de los cuales 1,930 fueron mujeres, presentando un decremento en un 7.3%, con respecto a los 2,877 profesionales de la salud registrados en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió a la cancelación del Curso Taller de Implantes extraorales por falta de alumnado y un curso que se programó en mayo, el cual se contabilizará hasta su conclusión en julio de 2017.

Cabe mencionar, que 1,914 asistentes a los cursos de educación continua, fueron profesionales de la salud externos.

### 13. Cursos de Capacitación.



La gráfica anterior muestra el comparativo semestral de 2016 y 2017 de los cursos de capacitación en materia administrativa y gerencial, así como los asistentes.

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se impartieron un total 23 cursos a las y los servidores públicos, mostrando un decremento de un curso, con relación a los registrados en el mismo periodo de 2016 que fue de 24 cursos.

Los servidores públicos capacitados que recibieron constancia de conclusión de estudios, fueron 661, de los cuales 472 fueron mujeres, mostrando un incremento del 35.2% con relación al mismo periodo de 2016 que fue de 489 asistentes. Este resultado se debió a que en los cursos de “Calidad en el trato digno” hubo 147 asistentes más y en el curso de “Prevención y actualización sobre manejo de úlceras por presión, heridas y estomas” 23 servidores públicos más con respecto a lo programado.

Los cursos de capacitación impartidos fueron los siguientes:

No.	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Inducción al puesto de enfermería	1 al 3 febrero	5
2	Curso-taller seguridad en la terapia intravenosa	7 al 17 febrero	31
3	Introducción a la computación	13 al 15 febrero	4
4	Curso de calidad en el trato digno	13 al 24 febrero	89
5	Curso-Taller RCP básico para adultos	20 febrero	12
6	Curso -taller prevención y actualización sobre manejo de úlceras por presión, heridas y estomas	6 de marzo	21
7	Excel básico	8 al 10 marzo	10
8	Inducción al Hospital Juárez de México	6 al 18 marzo	20
9	Sistema Contapqi Contabilidad versión 9.1.0, Adminpaq versión 9.0.0, factura electrónica y constancia de retenciones	1 al 4 febrero	9
10	Barreras de seguridad en el sistema de medicación	20 al 21 abril	32
11	Archivonomía	17 al 21 abril	13
12	Curso de calidad en el trato digno	25-abril	133
13	Curso-taller prevención y actualización sobre manejo de úlceras por presión, heridas y estomas	10 al 12 abril	42
14	Movilización y traslado de pacientes de recién nacidos	24 al 28 abril	24
15	Habilidades directivas	1 febrero al 5 de abril	27
16	Lactancia materna el manejo de riesgo en caso de emergencia	17 al 19 abril	1
17	Manejo de riesgo en caso de emergencia o fuga de gas L.P.	22 de mayo	23
18	Curso-Taller RCP básico para adultos	12 de junio	12
19	Manejo de conflictos	5 al 9 junio	13
20	Curso-taller seguridad en la terapia intravenosa	7 al 9 junio	20
21	Inducción al Hospital Juárez de México	12 al 16 junio	27
22	Curso de calidad en trato digno	20 de junio	75
23	Capacitación al personal de enfermería en trato digno con calidad y seguridad al paciente en el servicio de consulta externa	21 de marzo al 9 de mayo	18
<b>Total</b>			<b>661</b>

#### 14. Sesiones Interinstitucionales.

Durante el período de reporte, se llevaron a cabo nueve sesiones interinstitucionales con la participación de un total de 3,246 asistentes. Los temas fueron:

No.	Tema	Descripción	Asistentes
1	Los retos de la salud pública en México y el Hospital Juárez de México	En esta sesión se presentó una breve reseña de los problemas de salud pública, desde la época de la Colonia con la viruela y el trabajo del Dr. Francisco J. Balmis hasta los problemas actuales como son la diabetes, obesidad, neoplasias y otras enfermedades crónicas y degenerativas y la capacidad que en este momento tiene el Hospital Juárez de México para contribuir a su atención.	391
2	Síndromes demenciales	Durante la sesión, se expuso el proceso de envejecimiento, la concepción que la humanidad ha tenido a lo largo de la historia sobre	364

		la demencia; las diferentes categorías que adopta y cómo las personas envejecen de diferente manera, de cómo preparar y construir un envejecimiento saludable y posponer lo más posible la demencia.	
3	Adhesión celular epitelial en la salud y la enfermedad	En esta sesión, se mencionaron los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos a nivel molecular y celular del proceso salud enfermedad, de los avances de las ciencias biomédicas que permiten conocer cada vez más estos mecanismos y la posibilidad de prevenirlos, detenerlos o revertirlos.	346
4	La investigación médica, epidemiológica y biomédica	Se manifestó la importancia de la investigación en el campo de la salud, la necesidad de impulsar la investigación clínica de impacto a nivel nacional y la conveniencia de la investigación multidisciplinaria, desde la básica molecular hasta la poblacional y epidemiológica.	442
5	Importancia de la comunicación en la prevención de la salud	En la sesión, se expuso cómo a lo largo de la historia de la humanidad, particularmente desde que hay rastros escritos del proceso de atención a la salud, la comunicación ha sido fundamental, tanto en la relación médico-enfermo, como entre médicos y para la transmisión de los conocimientos. Actualmente, más allá de estos campos y dada la complejidad conocida del proceso salud-enfermedad y de los factores de riesgo, el abordaje de la atención a la salud es multidisciplinario, multisectorial, público y privado, en donde la educación para la salud y la regulación sanitaria, ambas desde el punto de vista de la comunicación, son cada vez más importantes.	394
6	Errores en el diagnóstico médico	El tema de esta sesión, se dio la importancia a la seguridad de la atención, pero el tema del diagnóstico médico ha sido poco trabajado hasta años muy recientes en donde a partir de la complejidad del proceso de diagnóstico médico se analiza los posibles momentos de error y de cómo corregirlo. Por otro lado, el movimiento por la seguridad del paciente propone el enfoque de “apps” (estrategias) en donde las instituciones deciden trabajar para la mejora y salvar vidas.	441
7	HJM: Hospital Rojo en Desastres y Emergencias	En esta sesión, se habló de la diferencia entre desastres y emergencias naturales y originadas por la humanidad, y el papel de las instituciones de salud, particularmente los hospitales. Se narró el origen de la iniciativa de Hospital Seguro y lo que significa desde el punto de vista estructural y funcional y la clasificación en colores de acuerdo a la complejidad de sus recursos para la atención. Se dio a conocer el papel de la DGPLADES y la normatividad en México sobre Hospital Seguro y algunas experiencias en desastres naturales y emergencias en nuestro país. También, se comentó cómo el Hospital Juárez de México fue designado Hospital Rojo y su integración a la evaluación que la Secretaría de Gobernación, realiza para su certificación y los resultados de ésta.	204
8	El manejo del paciente quirúrgico grave	En este tema, se comentó la importancia de la microcirculación, de la membrana celular, los puentes entre las células y las mitocondrias como elementos fundamentales de la homeostasis y cómo se alteran en el proceso inflamatorio y en la sepsis.	340
9	Cómo publicar en revistas científicas (médicas).	Se expuso la importancia que tiene la investigación para el avance del conocimiento científico en el campo de la salud. Las diferencias de proporción del PIB que se dedica a la investigación dentro de los países miembros de la OCDE, el lugar que ocupa nuestro país y la relación entre la investigación y las editoriales y revistas donde se publican los trabajos. Además, se hizo un recuento de la evolución e importancia de las diferentes revistas y el impacto de publicar en una u otra revista.	324
<b>Total</b>			<b>3,246</b>

### 15. Sesiones por Teleconferencia.

Durante el periodo del reporte, no se realizaron sesiones de teleconferencia relacionadas con el Diplomado Especializado de Gerencia y Certificación Médica. Este resultado se debió a que no se recibieron solicitudes para la proyección de las mismas.

### 16. Congresos Organizados.

Durante el periodo enero a junio de 2017, se realizaron cuatro congresos con la asistencia de 860 profesionales de la salud.

No.	Nombre del congreso	Participantes
1	X Congreso de enfermería médico quirúrgica: Calidad y seguridad en la atención del paciente quirúrgico	280
2	2o Congreso nacional de enfermería neonatal de la AMNE AC	120
3	XXII Congreso nacional de urgencias pediátricas y XI Jornadas de enfermería en urgencias pediátricas	350
4	1er Congreso internacional de endoscopia: prácticas seguras y calidad en la prestación de cuidados	110
<b>Total</b>		<b>860</b>

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

Durante este periodo, no se recibieron premios, reconocimientos o distinciones.

### Otros Aspectos.

La Unidad de Enseñanza conjuntamente con la Direcciones Médica y de Investigación, Jefatura de Enfermería, Jefaturas de División, Coordinación del Seguro Popular y otras áreas; coordinó e integró el programa de actividades académicas del evento conmemorativo del 170 Aniversario del Hospital Juárez de México.

Este programa está conformado por simposios, pánenes, mesas redondas, mesas de discusión, conferencias magistrales; relacionadas a temáticas médico-administrativas de actualidad cuyos temas incluyen: Enfermedades emergentes y reemergentes, hospital-escuela, medicina molecular, seguridad del paciente, calidad de la atención, embarazo en adolescentes, humanismo, bioética y función social del hospital, papel del HJM en el Seguro Popular y políticas de salud en México.

### Sesiones Académicas

Durante el primer semestre de 2017, las divisiones médicas, llevaron a cabo un total de 3,132 sesiones académicas.

No.	División	Total de sesiones
1	Medicina	1428
2	Cirugía	681
3	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	485
4	Medicina crítica	317
5	Pediatría	99
6	Ginecología y obstetricia	122
<b>Total</b>		<b>3,132</b>



### Sesiones Generales

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se llevó a cabo un total de 25 sesiones generales, con un total de 9,021 asistentes, que representa un incremento de participación del 12.5% con respecto al periodo anterior, que fue de 8,017 participantes. Este resultado se debió al interés de los profesionales de la salud por la relevancia de los temas tratados en las mismas.

La modalidad que tienen las sesiones generales es la siguiente:

- La primera sesión de cada mes está a cargo de las divisiones médicas, con el propósito de presentar temas multidisciplinarios, las divisiones que participaron son: Medicina Crítica, Pediatría y Cirugía. También presentaron temas, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Unidad de Enseñanza que además fueron sesiones interinstitucionales.
- La segunda sesión del mes, está a cargo de La Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital Juárez de México, en las cuales se expusieron temas de actualidad sobre problemas importantes de salud en el país, una de las cuales fue interinstitucional.
- La tercera sesión del mes, es coordinada por el Servicio de Anatomía Patológica, en la cual se revisan casos anátomo-patológicos de interés. Se ha modificado la estrategia de estas sesiones al publicar con antelación el resumen del caso y con participación de servicios que atendieron al paciente o puedan aportar comentarios clínicos, así como la habitual participación de Imagenología y Anatomía Patológica contando con mayor tiempo de intervención para cada uno de ellos.
- La cuarta sesión del mes, le correspondió a la Dirección General, en las cuales se presentaron cinco sesiones interinstitucionales y el Informe Anual a la Comunidad 2016.

### Convenios

Se cuenta con un total de 20 convenios de los cuales 12 se encuentran actualizados, cuatro en proceso de renovación y cuatro están en trámite de revisión por parte de las instituciones educativas.

En el siguiente cuadro se muestran las instituciones y las especificaciones de los convenios:

No.	Institución	Nombre	Status	
			Actualizado	Trámite
1	Universidad Justo Sierra	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	x	
2	Universidad Justo Sierra	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	x	

3	UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Convenio de Colaboración para el desarrollo del Programa de Formación y Capacitación de Recursos Humanos de la Residencia de Medicina Conductual.	x	
4	Universidad del Valle de México	Convenio Específico de Colaboración en materia de Servicio Social y Estancias Profesionales (Fisioterapia, Nutrición y QFB.)	x	
5	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	Convenio de colaboración con el fin de que el IPN en su carácter de depositario secundario de cadáveres.	x	
6	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Convenio de colaboración en materia de rotaciones de residentes de especialidades médicas y quirúrgicas	<b>Proceso de renovación</b>	
7	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	<b>Proceso de renovación</b>	
8	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos.	<b>Proceso de renovación</b>	
9	Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz	Convenio de Colaboración en materia de Atención Médica y Enseñanza.	x	
10	Hospital General "Dr. Manuel Gea González".	Convenio de Colaboración en materia de capacitación al personal del HJM en el manejo del Sistema para Cirugía Asistida Robótica DA VINCI SI.	x	
11	Universidad Tecnológica de México S.C. (UNITEC)	Convenio de Colaboración Académica en materia de Servicio Social y Prácticas Profesionales de la Licenciatura en Nutrición.	<b>Proceso de renovación</b>	
12	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.	Convenio de Colaboración en Materia de Internado de Pregrado en Pediatría.	x	
13	St. Luke Escuela de Medicina	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado	x	
14	Universidad Estatal del Valle de Ecatepec	Convenio de Colaboración en Materia de Prácticas Profesionales de la licenciatura en gerontología	x	
15	Universidad Tominaga Nakamoto. S. C.	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	x	
16	Universidad Tominaga Nakamoto. S. C.	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	x	
17	Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía	Convenio Específico de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos		x
18	UNAM Facultad de Odontología	Convenio de colaboración en materia del curso de especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial		x

19	Universidad la Salle	Convenio Específico de Colaboración en materia de Internado de Pregrado		X
20	TECMILENIO	Convenio Específico de Colaboración en materia de Servicio Social de la Licenciatura en Nutrición		X

### Unidad de Investigación Quirúrgica

Durante el primer semestre de 2017, la unidad de Investigación Quirúrgica realizó las siguientes actividades:

Sesiones, cursos y/o prácticas	No. de cursos	Animales utilizados	Participantes
Curso de microcirugía vascular en sus tres niveles	5	95 ratas	21
Sesiones para diplomado de laparoscopia oncológica	49	8 pollos	12
Curso de microcirugía oftálmica	3	600 ojos de cerdo	20
Curso de laparoscopia ginecológica	2	1 rata 1 cerdo	10
Curso de mínima invasiva	2	2 cerdos	50
Curso de endoscopia para enfermeras	1	6 estómagos de cerdo	100
Curso de fresado de hueso temporal	1	Sin animales	25
Curso para técnicos de inhaloterapia	1	Sin animales	8
Sesiones para protocolo queratitis química	39	43 conejos 20 ratas	16
<b>Total</b>	<b>103</b>		<b>262</b>

### Logros de la Unidad de Enseñanza

A inicios de 2017 se gestionó ante las autoridades de la Universidad Justo Sierra un Diplomado en línea de actualización docente de alto nivel con cinco módulos y 180 horas de duración para pregrado y posgrado de esta sede hospitalaria. La primera generación la integran 30 docentes de pregrado y posgrado.

Se ha aumentado la inscripción de médicos y médicas extranjeros a los cursos de especialidad teniendo 17 en el 2013 y llegando en la actualidad a 66, debido al prestigio que han adquirido en varios países los cursos de especialización.

Se superó la meta de sesiones interinstitucionales al lograr nueve sesiones con ponentes invitados de alto nivel académico, lo que significa un 80% más de lo programado.

En el periodo que se reporta las personas asistentes a sesiones generales fue de 9,021 un 9.5% más alto que el reportado en el mismo periodo de 2016 (8,236). Existe la hipótesis de que es debido a la calidad de las mismas, lo que se evaluará en agosto.

Una universidad particular (Tominaga Nakamoto) solicitó campo clínico para Internado de Pregrado y Ciclos Clínicos, por lo tanto se firmaron dos convenios.

Una Universidad Pública dedicada a la Gerontología solicitó campo clínico para la realización de prácticas profesionales en esta unidad hospitalaria, esto es importante por la inversión de la pirámide poblacional.

Se renovaron 12 convenios con la Universidad Justo Sierra, FES Iztacala y Universidad del Valle de México.

Debido al tiempo de construcción de las aulas donadas por la Universidad Tominaga Nakamoto y que presentaban problema de filtraciones durante la época de lluvias, se logró sin costo para el hospital reparar integralmente las mismas.

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

La reducción en el número de becas de posgrado para médicos y médicas nacionales ha impedido poner totalmente en marcha dos cursos de especialización que son: Hematología y Nutrición Clínica.

La Facultad de Medicina de la UNAM en las visitas académicas realizadas ha insistido en la implementación del seminario de educación dentro del PUEM de los cursos de especialización, cuyo programa requiere de una posible contratación de profesores expertos en docencia médica universitaria.

Debido al incremento del personal de salud residente, las áreas de descanso de las y los médicos residentes están mal acondicionadas y son insuficientes.

Disminución del 74% del presupuesto fiscal en 2017 para capacitación en materia administrativa y gerencial.

Falta de presupuesto para concretar la biblioteca digital.

Con las instituciones con las cuales se pretende celebrar convenios de colaboración se retrasa el proceso de autorizaciones bilaterales lo que no ha permitido finalizar todos los convenios que requieren actualización.

La generación de evidencias para los participantes en el programa de estímulos al desempeño, fue lenta.

## **Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Unidad de Enseñanza**

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2017, de la Unidad de Enseñanza:

En cuanto a la capacitación se cumplieron con los objetivos del Programa de Actividades Académicas dentro del Hospital, contribuyendo en el buen desempeño de las funciones de los integrantes del equipo de salud.

El Programa Académico de Actividades inició en enero de 2017, de acuerdo a lo programado y ha tenido un cumplimiento en cursos de educación continua de 95.4% y de 104.5% en capacitación administrativa y gerencial.

Se logró un cumplimiento de 108.4% de participantes externos en cursos de educación continua. Estos resultados se han reportado periódicamente en la MIR del E010 “Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud”.

Se solicitó a la Dirección Administrativa la creación de un espacio físico, para el desarrollo de investigación educativa en salud, además se hizo la requisición básica de recursos humanos y materiales. La Dirección de Administración se pronunció al respecto de recursos humanos que no cuenta con plazas con las características solicitadas y referente al espacio físico señala que está ubicando un espacio que se pueda utilizar para tal fin.

En lo que respecta la organización del Congreso Nacional Paramédico, se realizaron dos reuniones con la Jefatura de Enfermería y la Presidenta de la Asamblea de Enfermeras del Hospital Juárez de México en donde se definieron las propuestas temáticas del Congreso. Esta actividad está planeada con una duración de cinco días y se celebrará para 2018 como el Evento Magno de la Asamblea de Enfermeras.

Referente a la “Implementación de la biblioteca digital y telemedicina”, se cuenta con los recursos digitales gestionados desde la CCINSHAE, a través de la plataforma denominada CONRICyT, a la cual tiene acceso todo el personal profesional de la salud que se desee inscribir para contar con una cuenta personal o utilizar el sistema como invitado. Se realizaron dos capacitaciones, una para médicos y médicas residentes y otra para personal docente de los cursos universitarios y dos trabajadores de la biblioteca.

La División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, en reunión con los titulares de Enseñanza, profesores y profesoras titulares y adjuntos, de los cursos de especialización que ellos avalan, informó que el programa de “Evaluación del Médico Residente por Competencias a través del Portafolio” se encuentra en revisión, por lo que en este año ya no se aplicará tal como se estableció al inicio del año académico.

Se modificó la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), de acuerdo a los estándares para implementar el modelo en Hospitales que conforman el sistema de competencias y capacitación del personal (SQE), para llevar a cabo de manera sistemática los requerimientos de atención médica y administrativa

Asimismo, se solicitó la intervención de la Dirección General para concertar una reunión con algún representante del patronato para contar con el apoyo de cuatro becas en especial para el idioma inglés para profesionales de la salud del Hospital.

Se solicitó a las áreas organizadoras que se contemple como mínimo un trabajador del Hospital becado en los diplomados que organiza. Y se logró que en el 4to. Diplomado Gestión y tecnología para el cuidado de heridas y estomas se becara a dos trabajadoras del Hospital. En el diplomado Administración y desarrollo gerencial de los servicios de salud, dos trabajadoras becadas. Además, en el Diplomado de Seguridad del Paciente, se becará a la totalidad del alumnado, siendo 38 del Hospital Juárez de México y cinco de la Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro.

De manera conjunta con la Unidad de Comunicación Social y un grupo de trabajo *ad hoc*, se elaboró un programa de actividades culturales para realizarse en el marco del 170 Aniversario del Hospital Juárez de México, que se efectuarían el último jueves de cada mes, habiéndose cumplido totalmente lo programado para el primer semestre.

Se solicitó a la Dirección de Administración techo presupuestal para ofertar al personal eventos de inglés, diplomados y maestrías, no fueron aceptados debido a que el presupuesto para el ejercicio en curso se encuentra comprometido en su totalidad.

Programa de Trabajo 2017

Nombre de la Dirección de Área: Unidad de Enseñanza  
Nombre del Programa Presupuestal: E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"  
Responsable: Dr. José Manuel Conde Mercado

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Incrementar la oferta de eventos de actualización capacitación y desarrollo a profesionales y técnicos de la salud, así como administrativos del Hospital Juárez de México y otras instituciones de salud, con la organización de actividades de actualización y capacitación para contribuir a la formación de los profesionales de la salud.		2.2.1 Actualización, Capacitación y Desarrollo (ACCADE)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo / V2: Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo x 100 90 / 92 x 100 = 97.8%	90	Trimestral	N/A	42 x 100 = 45.6% 92 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 45.6% en la eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con relación a la meta anual programada de 97.8%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que durante el primer semestre de 2017, se impartieron un total de 42 cursos de educación continua, en los cuales 2,666 profesionales de la salud recibieron constancia de conclusión de estudios.
				Porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial / V2: Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100 39 / 44 x 100 = 88.6%	39			44
2	Crear un área dedicada a la investigación en educación en salud, iniciando la capacitación de personal interesado en esta materia para desarrollar estrategias de mejora en educación.		2.2.3 Desarrollo de investigación educativa en Salud	Porcentaje de profesionales capacitados en investigación en educación en salud Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de profesionales que concluyen el curso de investigación en educación en salud / V2: Número de profesionales inscritos al curso de investigación en educación en salud x 100 40 / 60 x 100 = 66.7%	40	Anual	N/A	0 / 60 x 100 = 0% 60 Se solicitó a la Dirección de Administración los recursos humanos y la infraestructura necesarios para iniciar los trabajos de investigación educativa, sin embargo, se notificó a la Unidad de Enseñanza la falta de suficiencia presupuestal para 2017.
3	Ofertar al personal de salud no médico un congreso académico de alto nivel, coordinando a las áreas de enfermería de la institución para colaborar en la actualización del personal paramédico.		2.2.4 Congreso Nacional Paramédico	Porcentaje de avance en la organización del Congreso Nacional Paramédico Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Actividades realizadas para la organización del Congreso / V2: Actividades programadas para la realización del Congreso x 100 4 / 4 x 100 = 100%	4	Semestral	N/A	1 / 4 x 100 = 25% 4 El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 25% en el porcentaje de avance en la organización del Congreso Nacional Paramédico, con relación a la meta anual programada del 100%. Este resultado se debió a que se realizó una reunión con la Jefatura de enfermería y la Presidenta de las Asambleas de Enfermeras del Hospital, para solicitarles las propuestas temáticas del congreso, con una visión de la actualidad en enfermería y una duración de tres días, que se celebró de acuerdo a la disponibilidad de presupuesto en 2018.
4	Facilitar la accesibilidad a las fuentes de información, capacitando a los médicos en formación para el uso adecuado de la plataforma CONRICYT para incrementar el uso de dichas fuentes.	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	Porcentaje de avance en el registro del proyecto de inversión Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Actividades realizadas para el registro del proyecto de inversión / V2: Actividades programadas para el registro del proyecto x 100 5 / 5 x 100 = 100%	5	Semestral	N/A	1 / 5 x 100 = 20% 5 El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 20% en el porcentaje de avance en el registro del proyecto de inversión, con respecto a la meta anual programada del 100%. Cabe señalar, que no se elaboró la propuesta de proyecto de inversión debido a que el Hospital cuenta actualmente con los recursos digitales gestionados desde la CONSHA, a través de la plataforma denominada CONRICYT, a la cual tiene acceso todo el personal profesional de la salud que se desee inscribir para contar con una cuenta personal o utilizar el acceso al sistema como invitado.
				Porcentaje de médicos residentes de primer ingreso a cursos de especialización troncales evaluados con portafolio Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de residentes de nuevo ingreso a cursos de especialización troncales evaluados / V2: Número de residentes de nuevo ingreso a cursos de especialización troncales x 100 55 / 55 x 100 = 100%	55			55
5	Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje con la continuidad en el uso del portafolio de competencias a las cuatro especialidades troncales para mejorar la formación de los médicos residentes.		2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias	Porcentaje de médicos residentes de primer ingreso a cursos de especialización troncales evaluados con portafolio Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de residentes de nuevo ingreso a cursos de especialización troncales evaluados / V2: Número de residentes de nuevo ingreso a cursos de especialización troncales x 100 55 / 55 x 100 = 100%	55	Anual	N/A	0 / 55 x 100 = 0% 55 La División de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, está llevando a cabo una revisión integral del Programa de evaluación de competencias mediante el portafolio para el residente; por lo que en reunión con los Titulares de Enseñanza, se comunicó que no debe aplicarse esta herramienta. Por lo anterior, la Unidad de Enseñanza del Hospital informó de esta disposición, a los profesores titulares y adjuntos.
6	Mejorar la detección de necesidades de capacitación acorde a necesidades institucionales y no solo a las de los individuos ampliando las herramientas y la accesibilidad para el llenado de la encuesta y así para contar oportunamente con el programa de capacitación acorde a los requerimientos institucionales.		2.2.9 Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación	Porcentaje en la participación de jefes de servicio y mandos en la encuesta de detección de necesidades de capacitación Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de jefes de servicio y mandos que participan en la encuesta de necesidades / V2: Total de jefes de servicio y mandos del Hospital x 100 24 / 48 x 100 = 50%	24	Anual	N/A	0 / 48 x 100 = 0% 48 Con base en los Estándares para la Certificación del Hospital, competencias y educación (SQE), se está modificando el formato vigente de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) para los trabajadores de la institución. Además, se solicitó al Departamento de Seguridad en la Atención al Paciente el análisis de los eventos adversos para ser incorporados al formato de DNC.
7	Incentivar al personal para mejorar su desarrollo gestionando con los organizadores de diplomados el otorgamiento de becas a personal del hospital para incentivar al personal.		2.2.10 Oferta al personal en inglés, habilidades gerenciales, diplomados y maestrías.	Porcentaje de becas otorgadas para diplomados V1: Número de becas otorgadas a trabajadores del Hospital para diplomados / V2: Número de becas programadas a trabajadores del Hospital para diplomados x 100 8 / 10 x 100 = 80%	8	Anual	N/A	47 / 10 x 100 = 470% 10 El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 470% en el porcentaje de becas otorgadas para diplomados. Este resultado se debió a que en el Diplomado de Seguridad del Paciente se becaron a la totalidad de sus alumnos y alumnos, siendo 38 del Hospital Juárez de México y cinco de la Unidad Médica Quirúrgica Juárez Centro. Además, cuatro trabajadoras están becadas en dos diplomados.

8			4.1.2 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - cultural	<p><b>Eficacia en la organización de eventos culturales</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de eventos culturales realizados / V2: Número de eventos culturales programados x 100</p>	$\frac{9}{10} \times 100 = 90\%$	Anual	Gestionar	$\frac{5}{10} \times 100 = 50\%$ <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en la eficacia en la organización de eventos culturales, con respecto a la meta anual programada de 90%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se realizaron cinco eventos con motivo del 170 Aniversario del Hospital Juárez de México.</p>
9	Contribuir al desarrollo integral de los trabajadores y de los médicos en formación del Hospital Juárez de México con cursos de inglés actividades culturales, deportivas, y reconocimiento a los jefes de servicio y departamento para fortalecer positivamente el clima laboral en el Hospital.	4. Desarrollo Organizacional y Clima Laboral	4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - ingles	<p><b>Porcentaje de becas otorgadas para cursos de inglés</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de becas otorgadas para cursos de inglés a trabajadores del Hospital / V2: Número de becas programadas para cursos de inglés a trabajadores del Hospital x 100</p>	$\frac{3}{5} \times 100 = 60\%$	Anual	Gestionar	$\frac{0}{5} \times 100 = 0\%$ <p>Se gestionó ante la Dirección de Administración la disponibilidad de recursos para ofertar cursos de inglés al personal del Hospital, sin embargo, por falta de presupuesto, no fue posible otorgar cursos de inglés.</p>
10			4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas - estímulos	<p><b>Porcentaje en la eficiencia al mejor desempeño de los jefes de servicio</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Estímulos a los Jefes de Servicio reconocidos / V2: Total de Jefes de Servicio x 100</p>	$\frac{8}{48} \times 100 = 17\%$	Anual	N/A	



## Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2017. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2017 del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”.

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2017							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2017							
Informe de <u>enero - junio</u> 2017							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: <u>NAW</u>							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u>							
NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
<b>PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"</b>							
<b>ÁREA: FORMACIÓN DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA</b>							
PROPÓSITO (5)	Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	98.5	93.3	98.9	6.0	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 6% de porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 93.3%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que solamente 2,695 profesionales de la salud se inscribieron a los cursos de educación continua, de los 3,000 que se programaron, mostrando una disminución del 10.2%, derivado de la cancelación del Curso Taller de Implantes Extraorales por falta de alumnado y un curso que se programó en mayo, se contabilizará hasta su conclusión en julio de 2017.</p> <p>Este resultado reflejó una disminución del 4.8% en el número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartidos por la institución.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> Los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de actualizar sus conocimientos y mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad, lo cual podría afectar a los usuarios de los Hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Los organizadores de los cursos y la Unidad de Enseñanza mejorarán la difusión de los cursos ofertados en el Programa de Actividades Académicas a través de su publicación en el portal web del Hospital, las redes sociales institucionales y otras instituciones.</p>
	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución	6,000	2,800	2,666			
	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado x 100	6,090	3,000	2,695			
COMPONENTE (8)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua <b>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</b>	97.8	95.7	91.3	4.6	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 4.6% de eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 95.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con relación a la meta programada se debió a que se decidió que el curso "Histerectomía vaginal", que inició en mayo, fuera contabilizado hasta su conclusión en julio de 2017. Además, se canceló el Curso Taller de Implantes Extraorales por falta de alumnado.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	90	44	42			
	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	92	46	46			

COMPONENTE (9)	<p>Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	65.8	65.5	71.0	8.4	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 8.4% de porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 65.5%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que solamente 2,695 profesionales de la salud se inscribieron en los cursos de educación continua, de los 3,000 que se programaron, mostrando una disminución del 10.2%, derivado de la cancelación del Curso Taller de Implantes Extraorales por falta de alumnado.</p> <p>No obstante, el número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo, fue satisfactorio al presentar un cumplimiento del 97.4%.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	4,010	1,965	1,914			
	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100	6,090	3,000	2,695			
COMPONENTE (10)	<p>Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	9.1	9.1	9.0	1.1	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 1.1% en la percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 9.1 que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió que de los 2,666 profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua, solamente 2,450 profesionales de la salud respondieron la encuesta de percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua. Lo cual repercutió en la sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud encuestados que participaron en los cursos de educación continua.</p> <p>Sin embargo, se logró una percepción satisfactoria con calificación de 9.0 en la calidad de los cursos de educación continua impartidos.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>La Unidad de Enseñanza mejorará las estrategias para que los organizadores de los cursos apliquen el formulario de evaluación de calidad de los cursos y los profesionales de la salud que concluyen estos lo llenen.</p>
	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	53,500	25,350	22,132			
	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	5,890	2,800	2,450			
ACTIVIDAD (14)	<p>Eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	96.8	96.8	86.9	10.2	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 10.2% de eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 96.8%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debió a que se registraron 2,695 profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución, de los 3,000 que se programaron, mostrando una disminución del 10.2%, derivado de la cancelación del Curso Taller de Implantes Extraorales por falta de alumnado y un curso que se programó en mayo, el cual se contabilizará hasta su conclusión en julio de 2017.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de actualizar sus conocimientos y mejorar sus competencias en las áreas de su especialidad, lo cual podría afectar a los usuarios de los Hospitales de procedencia.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Los organizadores de los cursos y la Unidad de Enseñanza mejorarán la difusión de los cursos ofertados en el Programa de Actividades Académicas a través de la publicación en el portal web del Hospital, las redes sociales institucionales y otras instituciones.</p>
	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	6,090	3,000	2,695			
	Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100	6,290	3,100	3,100			

PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"							
ÁREA: CAPACITACIÓN GERENCIAL Y ADMINISTRATIVA							
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial  FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	89.9	92.0	87.1	5.3	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 5.3% en el porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada de 92%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió al incremento del 43.7% en el número de servidores públicos que concluyeron satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y del 51.8% en el número de servidores públicos inscritos en los cursos de capacitación administrativa y gerencial; debido a que en los cursos de "Calidad en el trato digno" y "Manejo de úlceras por presión, heridas y estomas" asistieron más servidores públicos con respecto a lo programado.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> La calidad de la enseñanza disminuye por saturación de las aulas, incomodidades, falta de material didáctico y atención por parte de los ponentes a los participantes.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Se continuará solicitando a las áreas organizadoras que solamente acepte al número de participantes programados</p>
	Número de servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	890	460	661			
	Número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitación administrativa y gerencial x 100	990	500	759			
COMPONENTE (3)	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial  FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	88.6	91.7	95.8	4.5	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 4.5% en el porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial, con respecto a la meta programada del 91.7%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedecen a que los cursos cancelados y reprogramados (Control interno y Electrónica) se sustituyeron por cursos no programados (Lactancia materna "El arte milenario de amamantar", Habilidades directivas, Manejo de Riesgo en caso de emergencia o fuga de gas L.P. y Capacitación al personal de enfermería en trato digno con calidad y seguridad al paciente en el servicio de consulta externa).</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue el adecuado</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El comportamiento del indicador fue el adecuado, sin embargo se continuará promoviendo el Programa de Actividades Académicas para el cumplimiento de los cursos.</p>
	Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	39	22	23			
	Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100	44	24	24			

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud” se reportaron un total de **7 indicadores**, los cuales se situaron en la siguiente semaforización.

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

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestran **los indicadores que no alcanzaron la meta programada ubicándose en semáforo rojo**, se describen el análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original y las acciones que se implementarán para mejorar sus resultados.

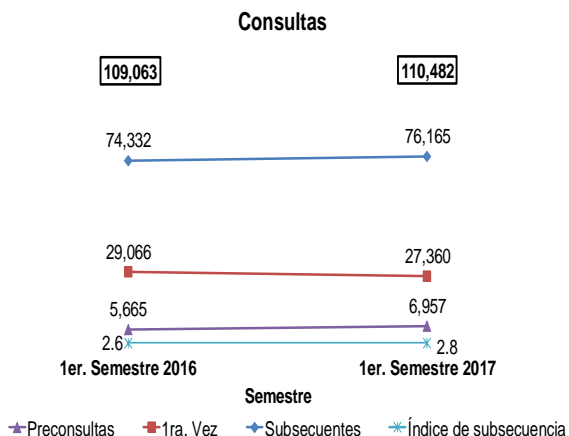
Cabe señalar, que la numeración de los indicadores corresponde al número asignado en la Matriz de Indicadores para Resultados (**MIR**) y la variación de los resultados se refleja con base en los parámetros de semaforización establecidos en las Fichas Técnicas de cada uno de los indicadores.

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

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
14	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua.	96.8	86.9	10.2	Inferior	El resultado de este indicador se debió a que de una programación del 96.8% (3,000) de profesionales de la salud que se proyectó se inscribirían a los cursos de actualización, solamente se inscribieron el 86.9% (2,695) profesionales, derivado de la cancelación de un curso por falta de alumnado y de un curso que se programó en mayo, el cual se contabilizará hasta su conclusión en julio de 2017.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la difusión de los cursos ofertados, en el Programa de Actividades Académicas, a través de la publicación en el portal web del Hospital, redes sociales institucionales y otras instituciones.</li> </ul>

## ATENCIÓN MÉDICA

### 1. Número de Consultas Otorgadas.



En la gráfica se observan comparativamente las consultas externas otorgadas durante el periodo de enero a junio de 2016 y 2017. Se observa que durante el primer semestre 2017, en Consulta Externa se otorgaron un total 110,482 consultas, cifra superior en un 1.3% con respecto a las 109,063 consultas registradas en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió a la demanda que tiene el Hospital en los servicios de especialidad y alta especialidad que otorga, al prestigio de la Institución y del personal de salud.

Se otorgaron un total de 6,957 preconsultas, mostrando un incremento del 22.8% con respecto a las 5,665 preconsultas reportadas en el mismo periodo de 2016. Este incremento se debió a una mayor afluencia de pacientes provenientes principalmente de Ciudad de México, Estado de México y Estado de Hidalgo. Además, del incremento de pacientes afiliados al Seguro Popular, específicamente del programa CAUSES.

También, se otorgaron un total de 27,360 consultas de primera vez, mostrando un decremento en 5.9%, con respecto a las 29,066 consultas otorgadas en el periodo en comparación. Esta disminución se debió a que el servicio de preconsulta deriva a consulta de primera vez de especialidad solo a pacientes que requieran atención.

Asimismo, se otorgaron 76,165 consultas subsecuentes registrando un incremento de 2.5% con respecto a las 74,332 consultas subsecuentes otorgadas en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió al seguimiento de los pacientes por parte de los servicios médico-quirúrgicos, como consecuencia de la falta de Hospitales que cuenten con servicios médicos para contrareferir y dar seguimiento.

El índice de subsecuencia registrado en el periodo de reporte fue de 2.8 consultas, incrementándose en dos décimas, derivado de la disminución de consultas de primera vez y el incremento de las subsecuentes.

Como acción de mejora en la atención a los pacientes de la Consulta Externa, la Titular de este servicio verifica que los horarios de inicio y término de la consulta se lleven en apego a lo establecido en los manuales de procedimientos, supervisa que se otorgue el total de consultas programadas y mantiene una estrecha comunicación con la Jefa del Archivo Clínico, para el suministro oportuno de los expedientes clínicos.

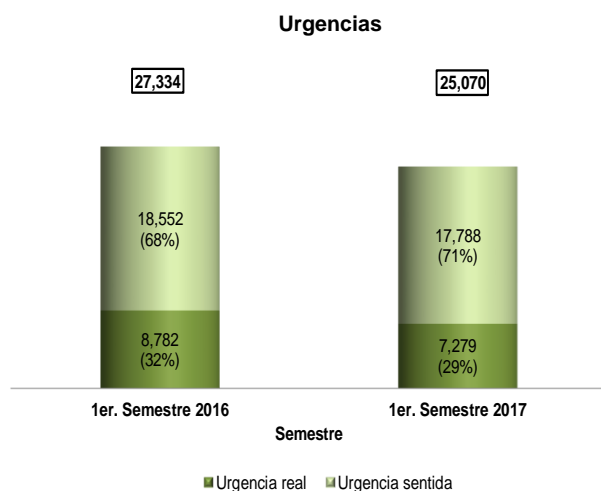
## Causas de Atención en Pacientes de Primera Vez

No.	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Supervisión de embarazo normal	Supervisión de embarazo normal
2	Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)
3	Hiperplasia de la próstata	Hiperplasia de la próstata
4	Diabetes tipo 2	Diabetes tipo 2
5	Enfermedad isquémica crónica del corazón	Enfermedad isquémica crónica del corazón
6	Litiasis renal	Litiasis renal
7	Hemorragia vaginal y uterina	Episodio depresivo
8	Rinitis alérgica	Obesidad
9	Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad
10	Tumor maligno de la mama	Hemorragia vaginal y uterina

En el cuadro previo, se muestran los principales motivos de consulta atendidos durante el primer semestre 2016 y 2017, en el cual se observa la prevalencia de las primeras seis causas, además, aparece el episodio depresivo y la obesidad; y se desplaza fuera de los principales causas de atención el tumor maligno de la mama, derivado de una disminución en la afluencia de pacientes con este padecimiento, ya que migran a otros hospitales que ofrecen la reconstrucción mamaria en un mismo tiempo quirúrgico ya que actualmente en el Hospital se realiza este procedimientos en un tiempo quirúrgico posterior. Sin embargo, se tiene contemplado a corto plazo realizar la cirugía conservadora e incluir la reconstrucción de mama al momento de realizar la mastectomía.

## 2. Número de Urgencias.

En la gráfica se muestran las atenciones en el servicio de Urgencia del primer semestre 2016-2017. Se observa que durante el primer semestre de 2017, se otorgaron un total 25,070 atenciones, mostrando un decremento del 8.3% con respecto a las 27,334 atenciones registradas en el mismo periodo de 2016. Esta disminución fue a causa de derivar a la Consulta Externa a los pacientes que presentan patologías crónicas no agudizadas.



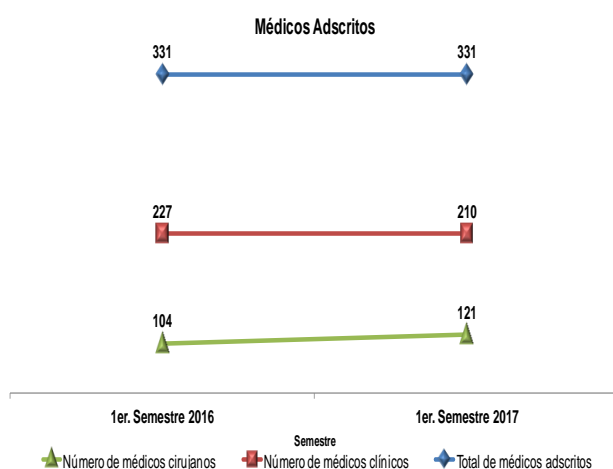
El total de urgencias reales atendidas fue de 7,279, mostrando un decremento del 17.1% con respecto a las 8,792 reportadas en el mismo periodo de 2016. Esta variación se debió a la aplicación del sistema de *triage* de la Universidad de Manchester, mediante el cual se identifican las urgencias reales de las sentidas, permitiendo con ello brindar atención prioritaria a los pacientes graves. El total de

atenciones de urgencias sentidas fue de 17,788, mostrando un decremento de 4.1% con respecto a las 18,552 del periodo en comparación.

### 3. Número de Casos Nuevos Atendidos.

Durante el primer semestre de 2017, el Hospital atendió un total 27,360 casos nuevos, lo que representa un decremento del 5.9%, respecto a los 29,066 casos nuevos atendidos en el mismo periodo de 2016. La variación en el número de casos es debida a que el servicio de Preconsulta realiza un filtro de pacientes, aceptando y refiriendo a consulta de especialidad a los que realmente requieren de los servicios de la Institución.

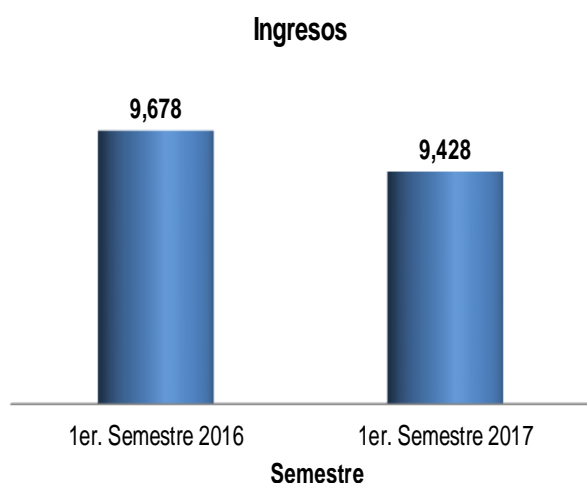
### 4. Total de Médicos Adscritos



El Hospital cuenta con una plantilla vigente de 331 médicos especialistas que brindan atención médica a los pacientes en alguna de las 51 especialidades con las que se cuenta, así como, en áreas de diagnósticos y tratamiento, siendo un total de 210 médicos clínicos y 121 médicos cirujanos, estos últimos encargados de realizar los diversos procedimientos quirúrgicos en los quirófanos centrales, periféricos y en la Unidad de Tococirugía.

El promedio de consultas otorgadas por médico adscrito fue de 409, tres consultas menos que el mismo periodo de 2016.

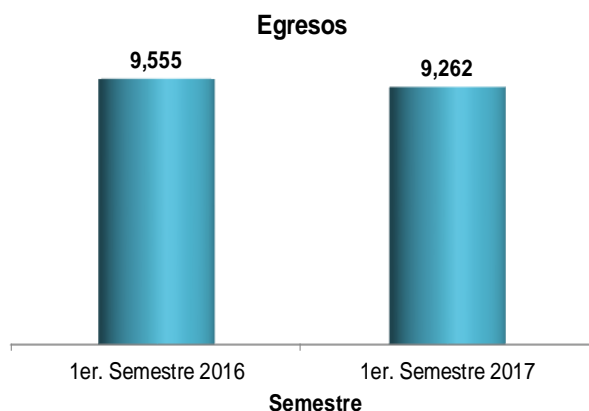
### 5. Número de Ingresos Hospitalarios.



Durante el periodo que se reporta, se registraron un total de 9,428 ingresos hospitalarios, mostrando un decremento en un 2.6% con relación a los 9,678 ingresos registrados en el mismo periodo de 2016. Esta disminución obedece al diferimiento de los ingresos programados, derivado de la baja disponibilidad de camas en hospitalización durante el periodo de reporte, a causa de que los pacientes hospitalizados presentaron patologías de mayor complejidad y requirieron una estancia hospitalaria prolongada.



## 6. Total de Egresos.



Durante el primer semestre de 2017, se registraron un total de 9,262 egresos hospitalarios, mostrando una disminución de 3.1% con respecto a los 9,555 egresos registrados en el mismo periodo 2016. Este resultado se debió al aumento de la estancia hospitalaria de los pacientes con patologías médico quirúrgico de mayor complejidad y a la disminución de los ingresos programados.

El promedio diario de egresos fue de 51, uno menos con respecto a los 52 generados durante el mismo periodo de 2016.

## Número de Egresos Hospitalarios por Mejoría.

Motivo de egreso hospitalario		
Concepto	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Ingresos	9,678	9,428
Egresos	9,555	9,262
• Egresos por mejoría	8,749 (91.6%)	8,625 (93.1%)
• Defunción	478 (4.9%)	435 (4.7%)
• Altas voluntarias	114	150
• Pase a otra unidad	1	0
• Otro motivo	213	52

Los egresos por mejoría registrados fueron de 8,625, siendo menores en un 1.5%, en relación a los 8,749 egresos registrados en el mismo periodo de 2016. No obstante la disminución en el número de egresos, el porcentaje de egresos por mejoría se incrementó en 1.5 puntos porcentuales, derivado de la mejora en los procesos de atención, que incluyen diagnosticar y tratar oportunamente a la población usuaria. Además, el Hospital cuenta con médicos especialistas capacitados y actualizados, equipo de diagnóstico especializado, así como un abasto oportuno de insumos y medicamentos, para el tratamiento médico-quirúrgico de los pacientes.

Durante el periodo de reporte se registraron 150 altas voluntarias, 36 egresos más con respecto a las 114 altas registradas por este concepto en el periodo en comparación. Este aumento se debió a que los pacientes que cuentan con seguridad social, solicitan su alta voluntaria, además se respeta su derecho a solicitar una segunda opinión médica. Asimismo, a los pacientes en estado terminal, se les otorga el alta voluntaria por máximo beneficio.

En el rubro de defunciones, se registraron un total de 435 casos, mostrando una disminución de 43, con respecto a los 478 casos reportados en el mismo periodo de 2016. Esta variación se debió a la mejora de la atención médico-quirúrgica a los pacientes y a la disminución proporcional con relación a los ingresos.

Por otra parte, se registraron un total de 52 egresos por otros motivos, 75.6% menos con respecto a los 213 casos reportados durante el primer semestre 2016. Esta disminución se debió a un mejor registro de los motivos de egreso de los pacientes por parte del personal médico.

### Principales Causas de Morbilidad Hospitalaria

No.	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Tumores malignos	Tumores malignos
2	Causas obstétricas directas	Causas obstétricas directas
3	Tx. envenenamientos y otras causas externas	Tx, envenenamientos y otras causas externas
4	Colelitiasis y colecistitis	Parto único espontáneo
5	Parto único espontáneo	Enfermedades del corazón
6	Enfermedades del corazón	Colelitiasis y colecistitis
7	Afecciones originadas en el período perinatal	Afecciones originadas en el período perinatal
8	Hernia de la pared abdominal	Influenza y Neumonía
9	Influenza y Neumonía	Hernia de la pared abdominal
10	Insuficiencia renal crónica	Causas obstétricas indirectas

La tabla anterior muestra las principales causas de morbilidad hospitalaria correspondientes al primer semestre de 2016 y 2017, en la cual se observa que los tumores malignos continúan siendo la primera causa de morbilidad hospitalaria y que el comportamiento de las causas fue similar en ambos periodos, mostrando sólo algunas variantes en el orden. También, se observa la inclusión de causas obstétricas indirectas por presentar una mayor afluencia afiliados al programa CAUSES.

### 7. Número de Cirugías.

Cirugías		
Tipo de cirugía	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Cirugías mayores	5,064	4,960
Cirugías menores	2,529	3,740
<b>Total</b>	<b>7,593</b>	<b>8,700</b>

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el total de cirugías realizadas fue de 8,700 mostrando un incremento del 14.6%, con relación a las 7,593 intervenciones quirúrgicas registradas en el mismo periodo de 2016. Esta variación se debió al aumento y mejor registro de las cirugías menores, mostrando un incremento en un 47.9%, con respecto a las 2,529 reportadas en el periodo en comparación.

Las cirugías mayores realizadas fueron 4,960, mostrando una disminución del 2% respecto a las 5,064 registradas en el mismo periodo 2016. Este resultado se debió a que se realizaron más cirugías de mayor complejidad (alta especialidad) que requirieron más horas quirófano.

### Principales Intervenciones Quirúrgicas

No.	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Colecistectomía laparoscópica	Colecistectomía laparoscópica
2	Reducción abierta y fijación interna de fracturas	Reducción abierta y fijación interna de fracturas
3	Facoemulsificación de catarata	Facoemulsificación de catarata
4	Laparotomía exploradora	Apendicectomía
5	Prostatectomía transuretral	Prostatectomía transuretral
6	Apendicetomía	Laparotomía exploradora
7	Plastia inguinal	Plastia inguinal
8	Histerectomía simple no radical	Histerectomía total abdominal
9	Extracción transuretral de litos de uréter y pelvis renal	Plastia de pared abdominal
10	Plastia de pared abdominal	Nefroureterectomía

En el cuadro se muestran las principales cirugías realizadas en el periodo enero a junio 2017. Se observa un comportamiento similar, solo con variaciones en el orden de frecuencia, con respecto a las reportadas en el mismo periodo 2016.

### Intervenciones Quirúrgicas Mayores por Especialidad

No.	Especialidad	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Cirugía General	861	883
2	Obstetricia	895	873
3	Oncología	559	539
4	Ortopedia	482	416
5	Urología	292	369
6	Oftalmología	373	359
7	Ginecología	324	291
8	Otorrinolaringología	261	271
9	Neurocirugía	249	252
10	Cirugía Pediátrica	200	184
11	Cirugía Plástica	64	83
12	Cirugía Maxilofacial	135	80
13	Cirugía Cardiovascular	97	54

14	Otras especialidades	272	306
<b>Total</b>		<b>5,064</b>	<b>4,960</b>

### Cirugías de Alta Especialidad.

A continuación se muestra en forma pormenorizada las intervenciones de alta especialidad que se han realizado durante el periodo de enero a junio de 2017.

<b>Principales cirugías de alta especialidad por servicio</b>		
<b>Servicio</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>1er Semestre</b>
Cirugía General	Plastía laparoscópica	88
	Sigmoidectomía, restitución de tránsito intestinal	14
	Esplenectomía laparoscópica	8
	Funduplicatura laparoscópica	24
Cirugía de Tórax	Mediastinitis, resección de tumores y decorticaciones	12
Cirugía de Corazón	Cambio valvular (aórtico, mitral, tricuspideo)	7
	Revascularización	3
Cirugía Vasculuar	Exploración vascular y arterial, colocación de injertos vasculares	36
Cirugía Maxilofacial	Reducción abierta de fracturas faciales	23
	Cirugía ortognática	18
Trasplantes	Trasplante renal	13
Neurocirugía	Meningioma, meduloblastoma más otras tumoraciones	98
	Malformación arteriovenosa	19
	Laminectomía, instrumentación cervical y lumbar	23
Oncología	Mastectomía	70
	Resección tumoral vía laparoscópica	43
	Tiroidectomía	27
	Gastrectomía laparoscópica	22
	Histerectomía laparoscópica	14
Ortopedia	Artroplastías de cadera, rodilla y hombro	74
	Cirugía de columna e instrumentación	10
Otorrinolaringología	Drenaje de absceso profundo en cuello	28
	Cirugía endoscópica de senos paranasales	25
	Timpanoplastía	28
Cirugía Plástica	Reconstrucción microquirúrgica	14
	Reconstrucción mamaria	14
Urología	Resección transuretral de próstata	93
	Ureterolitotripsia	43
	Ureterorenoscopia	107
	Nefrectomía laparoscópica	19
	Adenectomía, pielolitotomía y prostatectomía laparoscópica	25
Cirugía General / Oncología	By pass gástrico laparoscópico	8

Cirugía Pediátrica	Apendicectomía y esplenectomía laparoscópica	7
<b>Total</b>		<b>1,057</b>

### Promedio de Cirugías por Sala/día

Durante el periodo de enero a junio 2017, el promedio diario por sala/día fue de 3.2, resultado superior en 0.5, con respecto al 2.7 alcanzado en el mismo periodo 2016. Este resultado se debió a la reducción de tiempos muertos entre los procedimientos quirúrgicos por la implementación las siguientes acciones de mejora:

- Revisar y verificar que el expediente clínico esté completo, al momento de programar la cirugía;
- Solicitar la llegada oportuna del paciente a la Unidad Quirúrgica;
- Equipar las salas de cirugía de acuerdo a la programación quirúrgica;
- Revisar y corregir fallas detectadas en el equipo (máquina de anestesia, monitores, aspiradores, lámparas, mesa quirúrgica) por parte del servicio de Biomédica;
- Dotar oportunamente los insumos y medicamentos para el procedimiento anestésico y quirúrgico, y contar con personal de anestesia y de enfermería de acuerdo a la programación quirúrgica;
- Contar con la asistencia y permanencia del personal quirúrgico en los quirófanos durante el turno laboral correspondiente de acuerdo a la programación de cirugía;
- Estandarizar el tiempo entre una cirugía y otra, y
- Realizar la supervisión continua del Jefe de Servicio de la Unidad Quirúrgica.

### Cirugías Ambulatorias

Especialidad	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Cirugía Maxilofacial	645	1,946
Urología	52	413
Gineco-Obstetricia	353	381
Oncología	523	252
Oncología Pediátrica	0	252
Dermatología	183	241
Oftalmología	679	92
Cirugía Plástica	94	41
Otorrinolaringología	0	9
<b>Total</b>	<b>2,529</b>	<b>3,740</b>

El número de cirugías ambulatorias realizadas en el periodo enero a junio 2017, fue de 3,740 cirugías, mostrando un incremento del 47.9%, con relación a las 2,529 registradas en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió a la mejora en el proceso de registro de procedimientos menores, principalmente en los servicios de Cirugía Maxilofacial y Urología.

Por otra parte, se redujo el número de cirugías realizadas en el servicio de Oftalmología a consecuencia del mantenimiento correctivo del equipo de cirugía refractiva.

Asimismo, las cirugías oncológicas se separaron en adultos y pediátricos y se incluyeron los procedimientos de otorrinolaringología.

### Procedimientos Endoscópicos

Procedimientos	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Endoscópicos terapéuticos	373	642
Endoscópicos diagnósticos	1,550	1,812
<b>Total</b>	<b>1,871</b>	<b>2,454</b>

Durante el periodo de enero a junio de 2017, los procedimientos endoscópicos realizados fueron de 2,454 procedimientos, de los cuales 642 fueron terapéuticos y 1,812 diagnósticos, mostrando un incremento del 31.2%, con respecto a los 1,871 procedimiento realizados en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió al incremento en la plantilla de médicos de alta especialidad en el servicio de Endoscopia, contar con infraestructura tecnológica en óptimas condiciones y atender a pacientes referidos principalmente del Hospital General de México y hospitales del Estado de México.

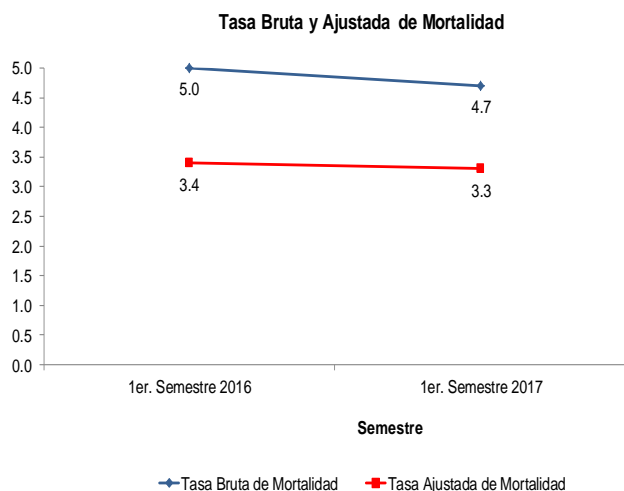
### 8. Número de Cirugías / Número de Cirujanos.

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el índice de cirugías por cirujano fue de 72; lo cual representa un decremento de un procedimiento por cirujano, con relación a la cifra alcanzada en el mismo periodo de 2016 que fue de 73 cirugías en promedio; este decremento se debió principalmente a la realización de cirugías de mayor complejidad, lo que implica un mayor número de horas quirófano.

### Diferimiento Quirúrgico

El diferimiento quirúrgico fue de 12 días, igual al reportado en el mismo periodo de 2016.

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



La gráfica muestra la tasa de mortalidad bruta y ajustada durante el primer semestre 2016 y 2017.

Se observa que la tasa de mortalidad bruta disminuyó en tres décimas y la tasa ajustada en una décima. Esta disminución fue debido a una mejor atención médico-quirúrgica a los pacientes, a través de la mejora de procesos, realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, así como contar un abasto oportuno de insumos y medicamentos.

**Principales Causas de Mortalidad**

No.	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Tumores malignos	Tumores malignos
2	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía
3	Complicaciones de la diabetes tipo 2	Complicaciones de la diabetes tipo 2
4	Enfermedades del hígado	Enfermedades del corazón
5	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Insuficiencia renal crónica	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
8	Traumatismos diversos	Insuficiencia renal crónica
9	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Traumatismos diversos

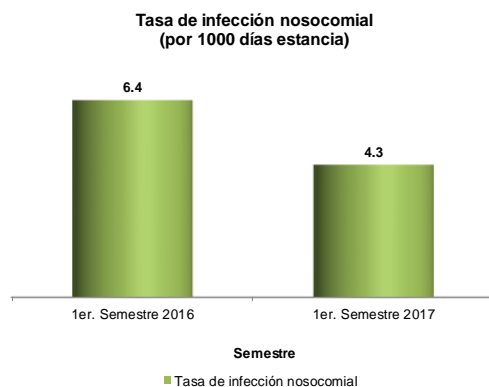
La tabla siguiente muestra las diez principales causas de mortalidad hospitalaria registradas durante el periodo de enero a junio de 2016 y 2017, se observa la prevalencia de los tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

### Principales Causas de Mortalidad por Padecimiento Específico

No.	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
1	Neumonía, no especificada	Neumonía, no especificada
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación
3	Hipertensión esencial (primaria)	Hipertensión esencial (primaria)
4	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas
5	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	Neumonía bacteriana, no especificada
6	Leucemia linfoblástica aguda	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
7	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra complicación	Tumor maligno del estómago, parte no especificada
8	Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades clasificadas en otras preventivas
9	Insuficiencia hepática, no especificada	Cirrosis hepáticas alcohólica
10	Perforación del intestino (no traumática)	Peritonitis, no especificada

Las principales causas de mortalidad por padecimiento específico, muestran un comportamiento igual en las primeras cuatro causas, a partir de la quinta causa se observa el predominio de procesos infecciosos relacionados a la atención de padecimientos crónico-degenerativos que facilitan la presencia de infecciones, en el contexto de la patología neoplásica se mantiene como la séptima causa, no obstante se observa el tubo digestivo como el principal órgano afectado, finalmente las enfermedades hepáticas continúan ocupando un lugar importante, pero a diferencia del período previo de reporte, en la tabla actual se observa un estadio más avanzado de daño hepatocelular.

### 11.-Tasa de Infecciones Nosocomiales.



Al cierre del periodo de enero a junio 2017 la tasa de infección nosocomial por mil días estancia fue de 4.3 equivalente a 256 episodios de infecciones asociadas a la atención en salud (**IAAS**) en un total de 549,342 días estancia registrados, observándose un decremento de 2.1 puntos, en comparación con el mismo período 2016.

La tasa de infección nosocomial entre el total de egresos fue de 2.8, mostrando una disminución del 20% con relación a la tasa de 3.5 registrada en el mismo periodo de 2016.

Respecto al canal endémico de las IAAS, en el Hospital en ambos períodos nos hemos mantenido en la zona de éxito.



Es importante mencionar, que las neumonías asociadas a la ventilación mecánica (**NAV**) se han disminuido, y se han mantenido en segundo lugar detrás de las neumonías no asociadas a ventilador, no obstante ambas neumonías se consideran una prioridad de atención, ya que constituyen el 50% de las IAAS.

Por otro lado, es una experiencia de éxito la disminución de las NAV y de las infecciones del torrente sanguíneo (**ITS**) en las áreas críticas de adultos y pediátricas, como lo muestran las siguientes tablas:

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos			Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos		
IAAS	1er semestre 2016	1er semestre 2017	IAAS	1er semestre 2016	1er semestre 2017
NAV	30.1	27.9	NAV	15.1	2.7
ITS	7.7	1.3	ITS	2.4	2.1

Fuente: UVEH/INICC 2016-2017

Los resultados mostrados en la tabla anterior, son producto del apego a las buenas prácticas, conformadas en paquetes de medidas preventivas dirigidas especialmente a la reducción de neumonías, infecciones del torrente sanguíneo y de vías urinarias que desde hace dos años se realizan.

Actualmente, con la inserción de la herramienta INICC a nuestro Programa de Control de Infecciones, se realiza el monitoreo y captura de información oportuna y confiable.

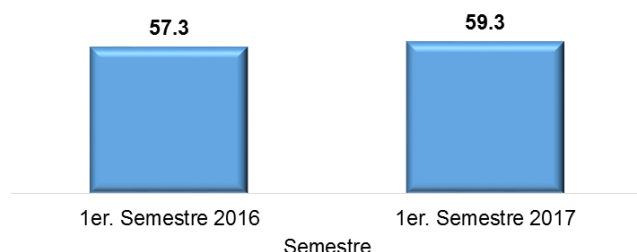
Durante el periodo de reporte, la multidrogorresistencia de los microorganismos a los antimicrobianos registrada fue del 25%, tres puntos porcentuales menos que el mismo periodo 2016.

También, se ha dado continuidad a las siguientes actividades, propias del control de infecciones:

- Vigilancia epidemiológica activa.
- Uso de los seis componentes de INICC (previamente mencionados).
- Vigilancia de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias.
- Uso de lista de verificación en control de infecciones por servicio.
- Reporte diario de pacientes aislados.
- Capacitación programada preventiva y reactiva del Programa de higiene de manos.
- Un curso taller en control de infecciones dirigido a Jefaturas de servicio médicas y de enfermería (28 asistentes).

Asimismo, se utiliza una tecnología *no touch* en la sanitización de las áreas con prioridad posterior a los egresos de pacientes aislados adicional a la desinfección rutinaria con cloro.

### Lavado de manos



La gráfica muestra el apego en la higiene de manos, el cual durante el primer semestre 2017 se incrementó en un 2%, con respecto al 57.3% reportado en el periodo enero-junio 2016.

Cabe señalar, que la Organización Mundial de la Salud, estima que por cada 1% de incremento en la higiene de manos en un hospital de 200 camas, se genera un ahorro del orden de USD 39,650.

Fuente: UVEH/INICC 2016-2017

Se mantiene una alerta permanente ante los casos de infección por *Clostridium difficile*, los cuales han sido contenidos evitando así un brote.

## 12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.

1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
88.1%	91.5%

Durante el periodo enero a junio de 2017, la ocupación hospitalaria global fue de 91.5%, observando un incremento en 3.4 puntos porcentuales, en comparación con el 88.1% de ocupación hospitalaria registrado en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió al aumento de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada y a una mayor demanda de pacientes cuyas enfermedades requieren de atención médica alta especialidad en los servicios de Oncología, Cirugía General, Ortopedia, Hematología y Medicina Interna.

Como acción de mejora a este indicador, durante el segundo semestre de 2017 se revisarán y evaluarán los resultados de la implementación del procedimiento de Pre-alta y Alta.

### Porcentaje de Ocupación por División

División	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Cirugía	28.8	24.5
Medicina	28.4	28.5
Pediatría	16.6	20.6
Gineco-obstetricia	26.2	26.4

En la tabla anterior se muestra la ocupación hospitalaria por División, con respecto a la ocupación hospitalaria global (91.5%), se observa un incremento de 4.0 puntos porcentuales

en la ocupación hospitalaria de la División de Pediatría, originados por un mayor ingreso de pacientes

### Promedio de Días de Estancia en Hospitalización

División	Promedio de Días de Estancia	
	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Cirugía	5.0	5.3
Medicina	8.3	8.9
Pediatría	7.2	7.9
Gineco-obstetricia	2.6	2.6
<b>Global</b>	<b>5.5</b>	<b>5.9</b>

En la tabla anterior se presenta el promedio global de días de estancia en hospitalización durante el primer semestre de 2017 que fue de 5.9 días, superior en cuatro décimas respecto a los 5.5 días estancia promedio reportados en el mismo periodo 2016.

Con la finalidad de optimizar el uso de la capacidad instalada y mejorar la rotación de camas, se realizará el análisis de la distribución de camas con relación a la ocupación hospitalaria.

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

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

El Hospital se encuentra acreditado en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con los siguientes programas: Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI y CAUSES.

Durante el periodo de reporte el Hospital captó y atendió un total de 1,568 pacientes afiliados al SPSS, los cuales se informan por programa a continuación.

### Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos		
Categoría	No. de casos atendidos	
	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Cáncer de Mama	65	58
Cáncer Cérvico-uterino	66	61
Cáncer de Niños y Adolescentes	27	20
Linfoma No Hodgkin	31	28
Tumor de Próstata	26	23
<b>Subtotal</b>	<b>215</b>	<b>190</b>
Seguro Médico Siglo XXI	33	19
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>209</b>

Se atendieron a un total de 209 pacientes, mostrando un decremento en del 15.7% pacientes menos, que los registrados durante el mismo periodo de 2016.

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

Rubro	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
No. de Intervenciones	117	125
No. de Pacientes atendidos	485	1,359*

\* El número de pacientes atendidos registrados, corresponde al total de pacientes dados de alta en la plataforma de registro, con apego al calendario establecido por el Sistema de Protección Social en Salud para el Programa CAUSES.

Los pacientes registrados en la plataforma durante el primer semestre de 2017, fueron 1,359, cifra superior en 180.2%, con relación a los registrados en mismo periodo de 2016 que fue de 485. Este resultado se debió a que en 2017, el Hospital incrementó su oferta a 125 intervenciones dentro del CAUSES, con la finalidad de ampliar la cobertura de atención y beneficiando a un mayor número de población que requiere atención médica de especialidad y alta especialidad.

Los pacientes del Programa CAUSES atendidos, por Entidad Federativa fueron:

Estado	No. de pacientes atendidos	Frecuencia %
Estado de México	860	63.3
Ciudad de México	417	30.7
Hidalgo	28	2.1
Puebla	9	0.7
Tlaxcala	8	0.6
Veracruz	8	0.6
Oaxaca	7	0.5
Guerrero	6	0.4
Michoacán	6	0.4
Morelos	4	0.3
Querétaro	4	0.3
Chihuahua	2	0.1
<b>Total</b>	<b>1,359</b>	<b>100</b>

En la tabla se observa que el 93% de los pacientes provienen del Estado de México y la Ciudad de México.

### Otros convenios de atención Médica

Por otra parte, se atendieron durante el periodo de reporte a 113 pacientes a través del convenio realizado con el Estado de México CUSAEM, cifra menor a la reportada al mismo periodo de 2016, que fue de 129 pacientes atendidos, lo que representa 16 pacientes menos.

La disminución en el número de pacientes referidos, es inherente a las instituciones del CUSAEM, ya que solo envía al Hospital a los pacientes con patología que no pueden ser resueltas en su unidad médica.

### 15. Total de Personal de Enfermería.

Categoría	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Personal Técnico y Postécnico	510	535
Licenciatura	394	273
Especialistas	25	119
<b>Total de personal</b>	<b>929</b>	<b>927</b>

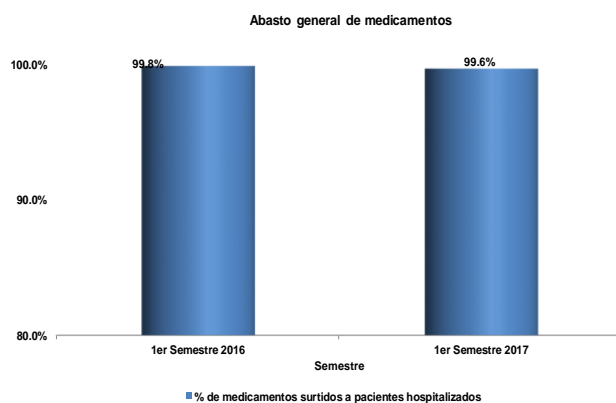
Al periodo de enero a junio de 2017, el Hospital cuenta con un total de 927 enfermeras, 410 de nivel técnico, 125 de nivel pos-técnico, 273 de nivel licenciatura, 67 especialistas y 52 posgraduadas (incluidas en el rubro de especialistas). Se tuvo una reducción de dos enfermeras en la plantilla, siendo un caso por jubilación y el segundo por problemas laborales, con respecto al mismo periodo 2016.

### 16. Trabajo Social.

Durante el primer semestre de 2017, la plantilla de personal con que cuenta el Hospital en el Servicio de Trabajo Social es de 49 trabajadoras (es), plantilla igual a la reportada en el mismo periodo de 2016.

El número de estudios socioeconómicos realizados por cada trabajador y trabajadora social fue de 215, mostrando un incremento del 5.4%, en comparación con el mismo periodo de 2016, en el cual se realizaron 204 estudios socioeconómicos por trabajador social. Esta variación obedece a que se prioriza la realización de estudios socioeconómicos a los pacientes que son hospitalizados a través de los servicios de Urgencias, con la finalidad de agilizar el proceso de egreso del paciente al recibir su alta médica.

### 17. Farmacia



Durante el periodo de enero a junio de 2017, el porcentaje de abasto de medicamentos fue de 99.6%, mostrando un comportamiento similar al registrado en el mismo periodo de 2016 que fue de 99.8%. Este resultado se debió a que el Hospital cuenta con una central de mezclas externa, que abastece el 100% de los medicamentos oncológicos, los antibióticos y la nutrición parenteral a todos los servicios que los requieren, y con una farmacia hospitalaria la cual abastece el

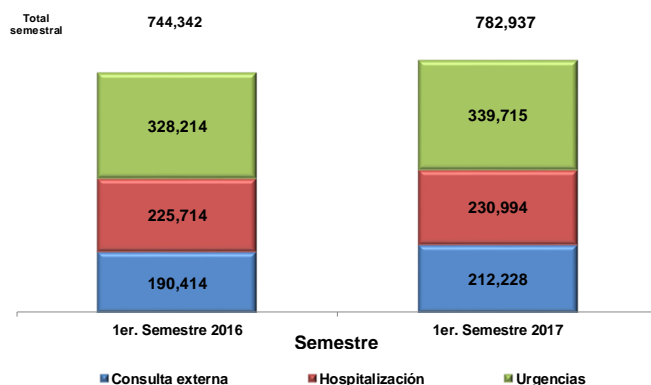
mayor porcentaje de los medicamentos por unidosis y material de curación en forma ininterrumpida.

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

Durante el primer semestre de 2017, se realizaron un total de 9,182 estudios de imagen especializados, incrementándose en un 7.6% con respecto a los 8,530 estudios reportados en el mismo periodo de 2016. El incremento se debió a que el Hospital contó con los equipos en funcionamiento derivado de recibir mantenimiento preventivo programado.

Cabe mencionar, que el Hospital no cuenta con PET SCAN para realizar estudios complementarios para el diagnóstico de tumores o procesos infecciosos no definidos, por lo que mantiene vigente un convenio con la Facultad de Medicina de la UNAM para la realización de los mismos.

### 19. Número de Estudios de Laboratorio.



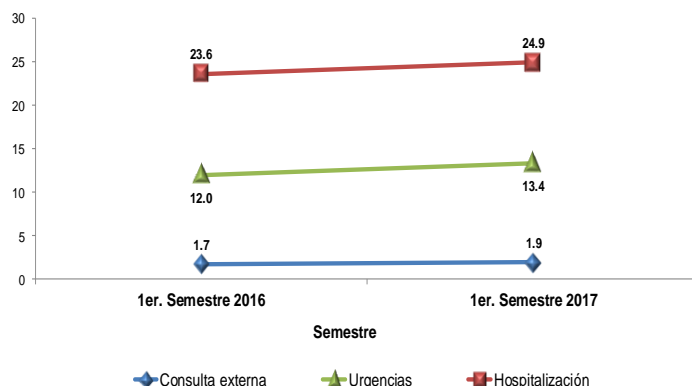
Durante el periodo de reporte, se realizaron un total de 782,937 estudios de laboratorio, solicitados por los servicios de las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias, mostrando un incremento del 5.2% con relación a los 744,342 estudios totales realizados en el mismo periodo de 2016.

Durante el primer semestre de 2017, los estudios por consulta externa se incrementaron en 11.4%, con respecto al periodo comparativo, derivado del incremento de los pacientes atendidos en esta área. El incremento del 2.3% en hospitalización y 3.5% en urgencias, con relación al periodo en comparación, obedece a la atención de pacientes con patologías de mayor complejidad y que requieren de un mayor número de estudios. No obstante, se trabaja y concientiza al personal médico para hacer uso racional de los recursos.

A partir de 2017, en el Laboratorio Clínico se realizan las pruebas de: tamiz neonatal, fracción libre de la beta-HCG y la PAPP-A (evaluación prenatal), y CO2 en orina, fortaleciendo la atención médica en el servicio de pediatría.

Es importante mencionar que el Hospital cuenta con un laboratorio automatizado con tecnología de punta, el cual garantiza un alto nivel de confiabilidad en el resultado de los estudios, además eficiente los procesos e insumos y se satisface la demanda de los médicos de las diversas especialidades.

Promedio de Estudios de Laboratorio por Paciente, por área



La gráfica presenta el promedio de estudios de laboratorio por paciente en las áreas Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización por semestre de 2016 y 2017, mostrando un incremento de 0.2 en Consulta Externa, 1.4 en Urgencias y 1.3 en Hospitalización, con relación a los registrados en el mismo periodo de 2016.

Se continúa con una supervisión de las solicitudes, particularmente las de carácter urgente, para evitar la duplicidad de estudios o la solicitud no justificada de

estos en las tres áreas.

## 20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.

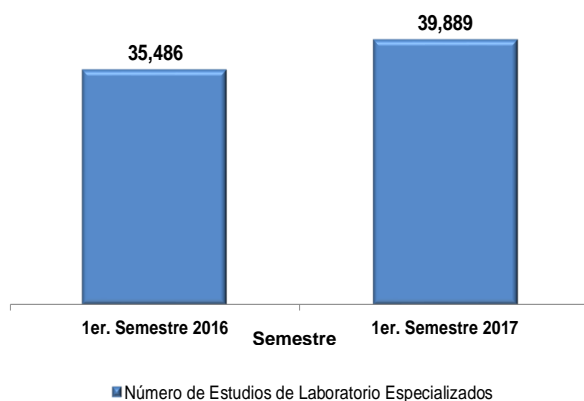
Hemoderivados	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Concentrados eritrocitarios	5,439	5,359
Concentrados de plaquetas	5,351	5,037
Unidades de plasma	2,526	2,073
Crio-precipitados	733	1,891
<b>Total</b>	<b>14,049</b>	<b>14,360</b>

Aféresis	286	375
----------	-----	-----

El Banco de Sangre del Hospital es autosuficiente y garantiza el abasto de hemoderivados para la atención de pacientes, sobre todo de aquellos portadores de patologías quirúrgicas, traumáticas y onco-hematológicas, solucionando diversos tipos de anemias y defectos de la coagulación, así como el aporte específico de líneas celulares por aféresis.

Durante el primer semestre de 2017, se obtuvieron 14,360 hemoderivados producidos, cifra superior en un 2.2% con relación a los 14,049 obtenidos el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió principalmente a las estrategias de sensibilización que se realizan a familiares para la donación de sangre y a que los crio-precipitados se incrementaron en 158% derivado de atender a pacientes con patologías de mayor complejidad y problemas de coagulación.

## 21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.



Durante el periodo de enero a junio de 2017, se realizaron un total de 39,889 estudios especializados de laboratorio, mostrando un incremento del 12.4%, con respecto a los 35,486 estudios realizados en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió al mayor número de solicitudes de parte del personal médico, para diagnosticar oportunamente a los pacientes con enfermedades de alta complejidad.

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

Al periodo de reporte, se cuenta con 22 grupos de apoyo de las siguientes instituciones:

Albergue dar es amar; Amor Infinito; Aquí nadie se rinde IAP; Caromi; Central Mexicana de AA; Duerme tranquilo; Congregación cara México; Colegio Benedictino; Globimagen; Fundación Devlyn; Iluminando con amor; Leer contigo; Make a Wish; México Sonríe; Rebecca de Alba; Por un hogar; Professional Connection; Regalo de amor; Risaterapia; Un día a la vez; Unión de vida y amor (uva); Con Ganas de Vivir.

## 23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.

Al periodo de reporte no se obtuvieron premios, reconocimientos o distinciones.

## Otros Aspectos

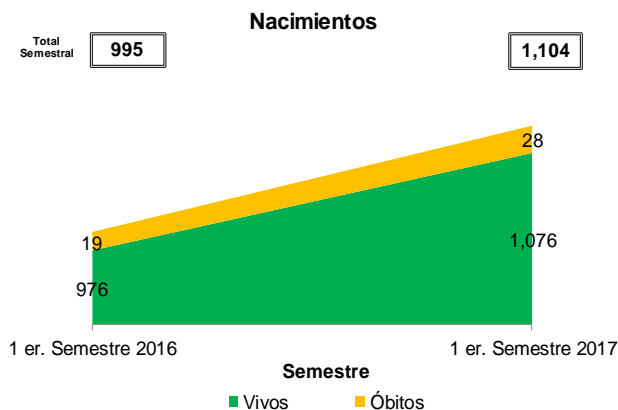
### Resolución de Embarazos.

	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Parto Eutócico	549	634
Parto distócico vaginal	1	1
Cesárea	427	453
<b>Total</b>	<b>977</b>	<b>1,088</b>

Como se muestra en la tabla anterior durante el primer semestre de 2017, se atendieron un total de 1,088 resoluciones del embarazo, mostrando un incremento del 11.4% con relación a las 977 atenciones realizadas en el mismo periodo de 2016. En relación a los partos eutócicos se aumentaron en un 15.4% y las cesáreas en un 6.1%. Esta demanda de atención obstétrica, fue derivada de atender a un mayor número de mujeres embarazadas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, en el Programa CAUSES.



## Nacimientos

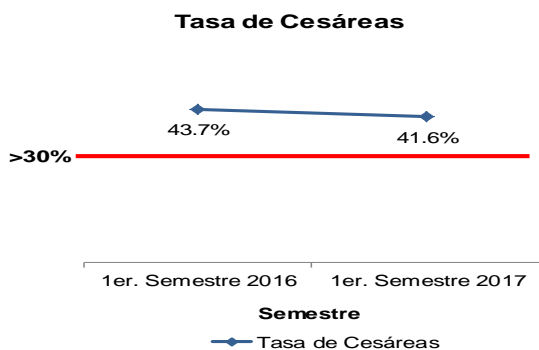


Durante el primer semestre de 2017, se registraron 1,104 nacimientos, lo que representa un incremento del 10.9% con relación a los 995 nacimientos registrados durante el mismo periodo de 2016. Este resultado obedece a que el Hospital tiene una demanda mayor de atenciones obstétricas, por la captación de pacientes embarazadas que cuentan con la cobertura a través del Programa CAUSES del Seguro Popular.

Además, por la política de “no rechazo”, se evalúan a todas las pacientes que acuden al servicio de Urgencias Gineco-Obstétricas para su atención, y sólo en casos de embarazos pre-términos y cuando la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se encuentra a su máxima capacidad, se trasladan a otras unidades hospitalarias.

Además, por la política de “no rechazo”, se evalúan a todas las pacientes que acuden al servicio de Urgencias Gineco-Obstétricas para su atención, y sólo en casos de embarazos pre-términos y cuando la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se encuentra a su máxima capacidad, se trasladan a otras unidades hospitalarias.

## Tasa de Cesáreas.



En el gráfico se representa la tasa de cesáreas registrada durante el primer semestre de 2017 y 2016, con un estándar muy poco sustentable de 30%.

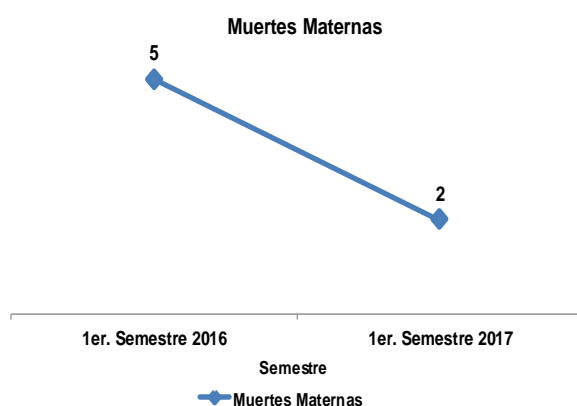
Se observa que en ambos periodos el indicador está por arriba de la cifra estándar, en especial en el periodo de 2016, y aunque en periodo de 2017, se ha logrado una cifra mínimamente inferior en 2.1 puntos porcentuales. Lo anterior, se debe a diversos factores: existen unidades sobre todo de hospitales generales cercanos, que carecen de elementos para brindar la atención de las pacientes con embarazos de alto riesgo, incremento en el número de pacientes referidas con cesárea previa que hacen necesario en muchos casos volver a concluir el embarazo quirúrgicamente, periodo intergenésico cortos y el envío de pacientes con embarazo de alto riesgo desde otras unidades de la Ciudad de México y del Estado de México, al servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital.

No obstante la aplicación rutinaria de los criterios establecidos en la “Segunda Opinión” para la realización de la operación cesárea, en especial, las pacientes enviadas del Estado de México, cuentan con un pobre control prenatal, lo que obliga a nuestros especialistas a realizar la interrupción quirúrgica del embarazo mediante cesárea para no exponer a mayores riesgos al binomio madre-hijo si se dejan evolucionar como parto fisiológico.

### Código Mater

En lo referente a la atención del embarazo de alto riesgo, se atendieron un total de 39 casos de emergencia obstétrica, con un tiempo de respuesta de 15 minutos a través de la aplicación del Código Mater en las áreas de Urgencias Ginecología, Tococirugía y Obstetricia hospitalización, dos casos menos con respecto a los registrados en el mismo periodo 2016. Este resultado se debió a que el Hospital cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado para la atención de emergencias obstétricas de los servicios de Gineco-Obstetricia, Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intensivos Adultos, Anestesiología, Cirugía General, Enfermería, Laboratorio, Imagenología, Trabajo Social y Admisión Hospitalaria.

### Mortalidad Materna



En la gráfica se muestra el indicador de mortalidad materna por semestre de 2016 y 2017. Al periodo de reporte se registraron, dos muertes maternas, tres menos a las reportadas en el primer semestre de 2016.

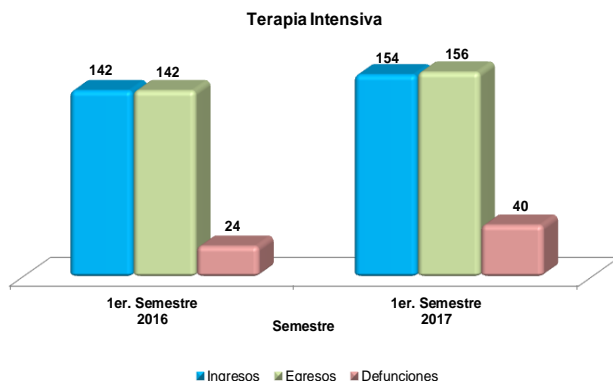
Las dos defunciones fueron por coriocarcinomas y ninguna ocurrió durante la gestación, por lo que se consideraron muertes maternas tardías, es decir, no hubo muertes maternas obstétricas directas.

Los dos casos registrados presentaron las siguientes características:

Muertes maternas			
No.	Diagnóstico principal	Causa de la muerte	Evitable
1	Coriocarcinoma Metastásico	Metástasis de ovario Choque Hipovolémico Antecedente de Embarazo Molar	No
2	Coriocarcinoma Metastásico	Edema Cerebral Metástasis múltiples (encéfalo, hígado intestino y ovario)	No

## Cuidados Intensivos

### Unidad de Cuidados Intensivos Adultos



La gráfica muestra la productividad por semestre 2016 y 2017 del área de Terapia Intensiva Adultos, incluyendo ingresos, egresos y defunciones, en la cual se observa un incremento en el total de los tres rubros durante 2017. Se registraron 154 ingresos y 156 egresos, teniendo un incremento en un 8.5% y 9.9% respectivamente con respecto a las cifras registradas en el mismo periodo 2016, que fue de 142 en cada uno. Este resultado se debió al aumento en la

demanda hacia esta unidad por parte de los servicios que los atienden pacientes en estado crítico inicialmente. Las defunciones se aumentaron en un 66.7%, con relación a las 24 registradas en el mismo periodo de 2016 derivado de las complicaciones presentadas por los pacientes.

La tasa de mortalidad en la Terapia Intensiva Adultos fue de 25.6%, superior en 8.7 puntos porcentuales, con respecto a la tasa de 16.9% registrado en el primer semestre 2016. Es importante mencionar que tasa registrada de 25.6% es aceptable para las unidades de cuidados intensivos de un hospital polivalente.

La Terapia Intensiva Adultos cuenta con nueve camas, registrando una ocupación del 72.3%, durante el primer semestre de 2017.

A continuación se muestran las cinco primeras causas de defunción en terapia intensiva adultos

Principales causas de defunción en terapia intensiva	
1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Choque séptico	Neumonía
Choque hipovolémico	Influenza
Pancreatitis aguda grave	Leucemia mieloide aguda
Crisis hipertensiva	Absceso renal y perirrenal
Insuficiencia respiratoria aguda	Diabetes tipo 2

En el cuadro se muestran que las dos primeras causas fueron por infecciones graves del sistema respiratorio.

### Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Ingresos	115
Egresos	98
Mortalidad (%)	13.3
Causas de mortalidad	
1ª	Peso extremadamente bajo al nacer
2ª	Otro peso bajo al nacer
3ª	Vólvulo

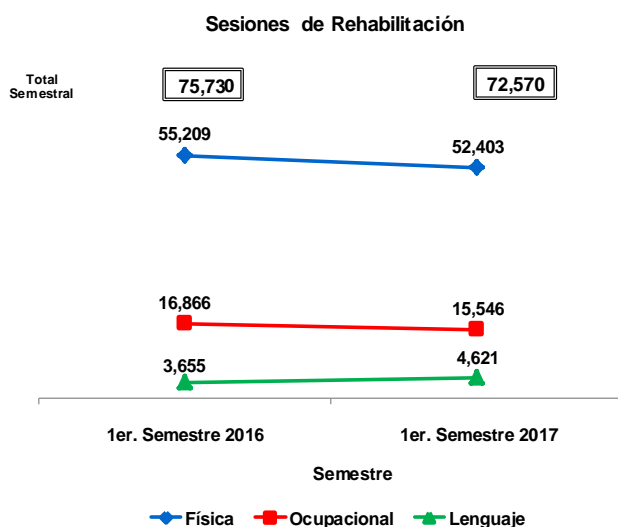
### Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Ingresos	74
Egresos	75
Mortalidad (%)	10.6
Causas de mortalidad	
1ª	Otras malformaciones congénitas especificadas del sistema respiratorio
2ª	Caída no especificada
3ª	Enfermedad por VIH

### Unidad de Cuidados Coronarios.

Ingresos	144
Egresos	144
Mortalidad (%)	9.0
Causas de mortalidad	
1ª	Diabetes tipo 2
2ª	Infarto agudo al miocardio
3ª	Enfermedad Isquémica crónica del corazón

### Medicina Física y Rehabilitación.

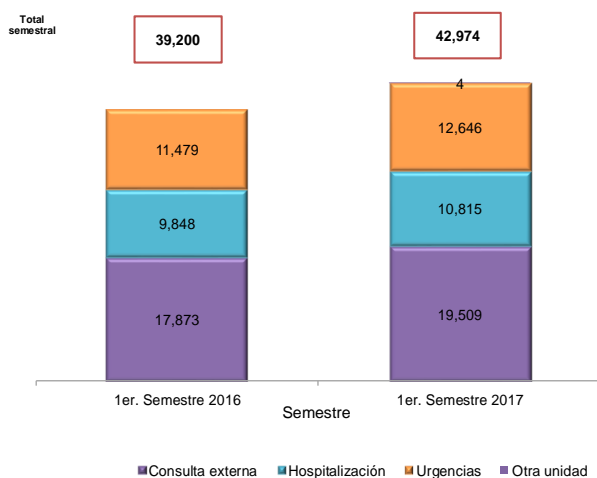


Durante el periodo enero a junio de 2017, se realizaron un total de 72,570 sesiones de rehabilitación, mostrando una disminución de 4.2% con respecto a las 75,730 sesiones registradas al mismo periodo de 2016.

La disminución del 5.9% en las terapias físicas fue debido a que el tanque terapéutico se mantuvo fuera de funcionamiento hasta abril de 2017. Asimismo, el decremento del 7.8% en la terapia ocupacional se debió a que el personal médico y terapeutas físicos asistieron a cursos de capacitación.

Por otra parte, las terapias del lenguaje se incrementaron en 26.4%, respecto a las reportadas en el mismo periodo 2016, derivado de una mayor demanda de pacientes referidos de las especialidades de pediatría, neurología y neurocirugía.

### Estudios de Radiodiagnóstico.



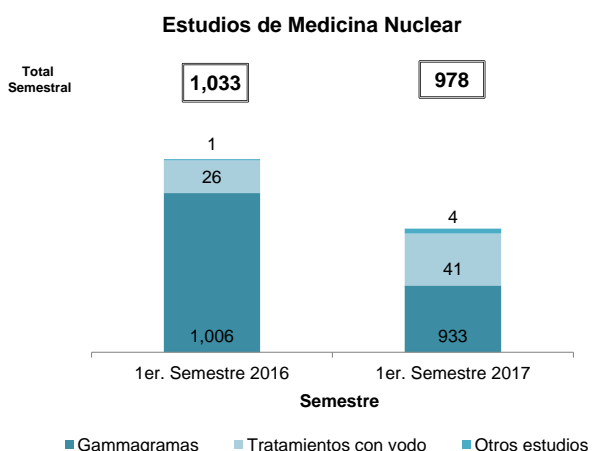
La gráfica muestra los estudios realizados por el servicio de Imagenología, durante el primer semestre 2016 y 2017.

Durante el periodo enero a junio 2017, se realizaron un total de 42,974 estudios, mostrando un incremento del 9.6% con respecto a los 39,200 estudios realizados en el mismo periodo de 2016.

Los estudios en consulta externa reflejan un incremento en un 9.2%, respecto al mismo periodo de 2016 a causa del aumento en la demanda de los servicios médicos por los pacientes que acuden a la consulta.

Los estudios de radiodiagnóstico en hospitalización y urgencias mostraron un incremento en un 9.8% y 10.2% respectivamente, este resultado se debió al mayor número de pacientes atendidos con patologías de alta complejidad, por lo que requieren estudios diagnósticos de alta especialidad.

### Medicina Nuclear.



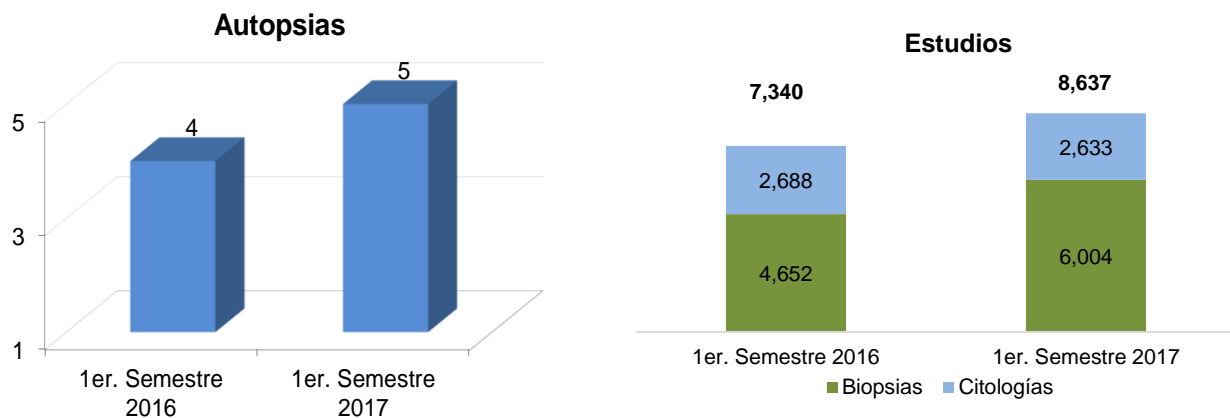
Durante el periodo de enero a junio de 2017, se realizaron un total de 978 estudios, mostrando una disminución de 5.3% estudios, con respecto a los 1,033 reportados en el mismo periodo de 2016.

Los estudios más frecuentemente realizados son los gammagramas que al periodo de reporte se realizaron un total de 933 estudios, los cuales mostraron una disminución de 7.3% con respecto a los 1,006 estudios realizados en el primer semestre de 2016.

Durante el periodo de reporte se realizaron un total de 41 tratamientos con yodo mostraron un incremento del 57.7%, con respecto a los 26 tratamiento registrados en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió a la demanda por parte de los servicios médico-quirúrgicos

y que el Hospital cuenta con equipo en óptimas condiciones y radioisótopos en unidosis, complementando resultados adecuados para el diagnóstico y tratamiento.

### Anatomía Patológica.



Las gráficas muestran el número de autopsias, estudios citológicos y biopsias realizados durante el primer semestre 2016 y 2017. Se observa que el total de autopsias realizadas fue de cinco, una más con respecto a las realizadas en el mismo periodo de 2016, es importante mencionar que la poca realización de estos procedimientos obedece a la negativa de los familiares para aceptar el estudio de necropsia al no considerarse como obligatorio. No obstante, se concientiza a los familiares y personal de salud sobre la importancia de realizar las necropsias.

En lo referente al total de estudios citológicos y biopsias, durante el periodo de reporte se realizaron 8,637, mostrando un incremento del 17.7% con respecto al mismo periodo de 2016. El incremento del 29.1% en las biopsias, se debió a que a partir de 2017 se realizan estudios de placenta. Además se continuó realizando estudios principalmente del servicio de oncología.

El tiempo promedio de entrega de los resultados es de 15 días, esto debido a la reducción de personal por jubilación.

### Departamento de Toxicología.

Concepto	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Atención en urgencias	100	234
Hospitalizaciones	63	146
Asesorías telefónicas	459	1,114
Uso de antidotos, antivenenos y faboterápicos	43	199
<b>Total</b>	<b>665</b>	<b>1,693</b>
Traslados en helicóptero	6	20

El Centro Toxicológico del Hospital, otorgó un total de 1,693 atenciones, registrando un incremento de un 154.6% con relación a las 665 atenciones otorgadas en el mismo periodo de 2016. Este resultado obedece a difusión en medios de comunicación de la existencia y del trabajo que realiza el Centro Toxicológico del Hospital.

La mayor demanda de atención al Centro Toxicológico fue a través de asesoría telefónica, que es una de las funciones principales del Centro a nivel nacional.

En hospitalización, se presentó un incremento de los ingresos del 131.7%, debido a que se hospitalizan pacientes con disfunción orgánica y necesitan medidas para estabilización hemodinámica o renal, inclusive en algunos casos con ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, derivado de alguna intoxicación.

Es importante destacar que el Centro Toxicológico, sigue siendo la única alternativa en el área metropolitana para población no derechohabiente, dispone de los medicamentos necesarios para atender principalmente los accidentes por mordedura de animales ponzoñosos.

Principales agentes que causan las intoxicaciones se detallan en la siguiente tabla

Principales Intoxicaciones	
1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Accidentes por animales ponzoñosos	Accidentes por animales ponzoñosos
Intoxicaciones accidentales por medicamentos y otros productos	Intoxicaciones accidentales por medicamentos y otros productos
Intoxicaciones por cáusticos	Intoxicaciones por cáusticos

### Convenios.

Durante el periodo de reporte de 2017, el Hospital cuenta con los siguientes convenios en la atención médica.

#### Seguro Popular

- Programa de Gastos Catastróficos
- Seguro Médico Siglo XXI
- Programa CAUSES

#### Estado de México

- Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM).

## Programa de Salud Pública. Aplicación de Biológicos.

<b>Biológico</b>	<b>1er. Semestre 2016</b>	<b>1er. Semestre 2017</b>
Hepatitis B	665	1,278
Influenza estacional	157	534
BCG	522	292
Toxide tetánico	211	276
Pentavalente	465	275
Neumocócica conjugada	171	222
Triple viral	79	102
Rotavirus	204	75
Tdpa	53	65
Neumocóccicapolisacárida	23	46
DPT	44	0
<b>Total</b>	<b>2,594</b>	<b>3,165</b>

La tabla muestra los biológicos aplicados durante el primer semestre de 2017, donde se observa que el servicio de medicina preventiva aplicó un total de 3,185 dosis de biológicos, mostrando un incremento del 22%, con relación a 2,594 biológicos aplicados en el mismo período de 2016. Este resultado se debió a la suficiencia en el abasto de vacunas proporcionadas al Hospital, para atender la demanda de biológicos principalmente para influenza estacional y Hepatitis B, derivados de las campañas que realiza el Hospital.

Es importante señalar que la Jurisdicción Sanitaria de la delegación Gustavo A. Madero no suministró el biológico para la Difteria Tosferina y Tétanos (DPT), al considerar de manera preferencial a los Centros de Salud.

## Clínicas Multidisciplinarias.

<b>Clínicas Multidisciplinarias</b>	<b>1er. Semestre 2016</b>	<b>1er. Semestre 2017</b>
Clínica del adulto mayor	1,376	2,028
Clínica de enfermedades del tórax	1,384	1,219
Clínica del dolor	1,546	1,055
Clínica de obesidad	990	1,045
Clínica de heridas y estomas	2,327	2,795
<b>Total</b>	<b>7,623</b>	<b>8,142</b>

Durante el período de enero a junio de 2017, se otorgaron un total de 8,142 consultas en las clínicas multidisciplinarias, mostrando un incremento del 6.8%, con relación a las realizadas en el mismo período de 2016, que fue de 7,623 atenciones.



Sin embargo, se destaca la clínica del adulto mayor la cual tuvo un incremento del 47.4% en relación del mismo periodo 2016 que fue de 1,376. Este resultado se debió al aumento de un médico en la plantilla del servicio de Geriátrica, brindando un mayor número de atenciones a pacientes que solicitan el servicio.

Por otra parte, la disminución en las atenciones de la Clínica del Dolor, se derivó del inicio de la Clínica de Cuidados Paliativos, la cual otorga consulta dos días a la semana en el servicio de Oncología, favoreciendo la atención integral del paciente oncológico.

### Informe de Sesiones de Comités Internos.

Durante el periodo de reporte se contó con diez comités y cinco subcomités dependientes de la Dirección Médica, mismo que llevaron a cabo las sesiones siguientes:

No.	Comités / Subcomités	Sesiones			Acuerdos	
		Ordinarias	Extra ordinarias	Total	En proceso	Concluidos
1	Comité de Atención Médica en Caso de Desastres	3	0	3	0	0
2	Comité de Bioética	3	0	3	3	0
3	Comité de Farmacia, Terapéutica y Farmacovigilancia	2	0	2	2	1
4	Comité de Medicina Transfuncional	1	1	2	6	2
5	Comité de Morbi-Mortalidad	3	0	3	14	1
6	Comité de Morbi-Mortalidad Materna	6	0	6	7	1
7	Comité de Morbi-Mortalidad Perinatal	3	0	3	6	2
8	Comité de Trasplantes	2	0	2	1	0
9	Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales	5	1	6	6	9
10	Subcomité de Antimicrobianos	2	0	2	6	3
11	Subcomité de Células Hematopoyéticas	1	0	1	1	0
12	Subcomité de Trasplante de Cornea	6	1	7	17	13
13	Subcomité de Trasplante Renal	3	0	3	0	0
Total		40	3	43	69	32

Cabe señalar que durante el periodo de reporte el Comité de Auditoría del Expediente Clínico y Subcomité de Productividad Quirúrgica no sesionaron, debido a que durante el periodo no se presentaron temas a tratar.

### **Logros en la Atención Médica.**

Durante el primer semestre de 2017, el Hospital se incrementó a 125 la oferta de intervenciones bajo la cobertura del Programa CAUSES, además de contar con el Programa de Gastos Catastróficos mediante el cual se brinda atención médica en cinco acreditaciones y el Seguro Médico Siglo XXI, incorporados al Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular.

En el servicio de Oncología se renovaron las fuentes de iridio y en su totalidad el equipo de braquiterapia, el cual se obtuvo mediante donación. También, se renovó la fuente de cobalto, lo que le permite al Hospital brindar atención médico quirúrgica a pacientes con cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata y otros tipos de cáncer radio sensibles, por especialistas en oncología médica y quirúrgica, sin dejar de mencionar que se cuenta con un proyecto de inversión ya autorizado y con los recursos económicos disponibles para la adquisición un acelerador lineal.

Se remodelo y se amplió el área de trasplantes, lo cual beneficiará a mayor número de pacientes de trasplante renal y próximamente médula ósea.

Se logró el 99.6% en el abasto de medicamentos por unidosis a pacientes hospitalizados, a través de la farmacia hospitalaria subrogada, teniendo como resultado una mejora continua centrada en la calidad y seguridad del paciente, así como disminución de costos y optimización de los recursos.

### **Debilidades en la Atención Médica.**

- Falta de personal médico, de enfermería y paramédico ( técnicos y de camilleros), sobre todo en las áreas de urgencias adultos y de gineco-obstetricia; con predominio en los turnos vespertino, nocturno y de fines de semana.
- Ausencia de convenios de colaboración con otras instituciones de salud, derivado de la segmentación del sistema de salud a nivel nacional, que dificulta la integración funcional del sector.
- Infraestructura hospitalaria en punto crítico de ocupación, por de la alta demanda de pacientes que requieren atención especializada en los servicios de hospitalarios , adicional a ser un centro de referencia nacional.
- Servicios de apoyo para el diagnóstico con equipos en período de vencimiento de su vida útil, como son el de patología, neumología en el área de pruebas de fisiología pulmonar y electrofisiología.
- Estrategias deficientes de comunicación efectiva entre las áreas operativas en algunos servicios, generalmente derivado de la alta de demanda de servicios que otorga el personal de salud y de la falta de recurso humano suficiente para satisfacerla.

### **Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección Médica**

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2017, de la Dirección Médica:

- Se alcanzó el 154.5% en el porcentaje de paciente atendidos en el servicio de geriatría, al otorgar en Consulta Externa y Hospitalización un total de 734 atenciones médicas. Este resultado se debió al incremento de un médico geriatra lo que benefició a los pacientes al reducir el tiempo de citas en la consulta e interconsultas médicas, con lo cual se da cumplimiento a la línea de acción de atención a la población geriátrica.
- Se atendieron un total de 202 pacientes con síndrome metabólico en los Servicios de: Endocrinología, Medicina Interna, Medicina del Deporte y Nutrición, alcanzando el 24.9% en el porcentaje de pacientes atendidos con síndrome metabólico, con relación al 86.4% anual programado.
- Con el propósito de detectar factores de riesgo de enfermedad renal crónica en la población pediátrica, la División de Pediatría realizó la campaña KEEP Pediátrico, donde se brindó atención a 59 pacientes, de los cuales 24 presentaron filtración glomerular alterada, alcanzando el 40.7% en el porcentaje de atención de la salud y promoción renal, con respecto al 63.8% anual programado.
- Se logró disminuir en 16 minutos el tiempo de espera en consulta externa, al pasar de 120 minutos que se tenían programados a 104 minutos. Este resultado se debió a la entrega oportuna del expediente clínico y de la supervisión continua de los módulos de atención, y a la estrecha vigilancia por parte del jefe de servicio en la prestación de la atención en consulta externa.
- En lo referente a la línea de acción “Disminución de tiempos de espera en la atención: Urgencias” y de acuerdo a la aplicación del Sistema de *TRIAGE* de Manchester, el tiempo promedio de espera en la atención en urgencias calificadas y no calificadas fue de 23 minutos.
- Con respecto a la medición del indicador “Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva” y derivado de que estuvo mal construido, éste fue modificado por el indicador de “Porcentaje de cirugía electiva con diferimiento quirúrgico mayor a siete días” y en sus variables (V1: Número de pacientes que se operan después de siete días de solicitada la cirugía electiva y V2: Promedio de días de espera entre la solicitud y realización de cirugía electiva x 100), determinado una meta anual de 11.9% en el cumplimiento del indicador y de 750 y 6,300 en sus variables. Al periodo de reporte se tuvo un cumplimiento del 7.8%.
- El porcentaje de medicamentos surtidos a través de la central de mezclas fue de 94.2%. Este resultado se debió a que la central de mezclas surtió bajo el método Just in Time 81 medicamentos promedio mensualmente, solicitados por los servicios médicos en los diferentes turnos, de un cuadro total de 86 medicamentos.

- Con relación al indicador “Tasa de Infecciones Nosocomiales (por mil días estancia hospitalaria), el resultado fue satisfactorio debido a que durante el periodo de enero a junio de 2017, la tasa bajó de 6.8 a 4.3, observando una disminución de 2.5. Este resultado se debió a que se cuenta con un programa de control de infecciones cuyas principales acciones consisten en estrategias horizontales, como el uso racional de antimicrobianos, el aislamiento oportuno de pacientes infectados o colonizados, la aplicación de medidas preventivas, priorizando los riesgos de las distintas áreas y a la utilización de herramientas INICC en vigilancia epidemiológica activa.

El porcentaje de medicamentos antimicrobianos prescritos fue de 22.6%, con respecto a la meta anual programada de 30%. Este resultado se debió al uso racional de antimicrobianos a través de las acciones implementadas como: autorización por parte del Servicio de Infectología para el uso de antibióticos de amplio espectro y el suministro de estos medicamentos por unidosis a través de la farmacia hospitalaria.

- Se alcanzó el 23.2% en el porcentaje de guías de práctica clínica estandarizadas, con respecto a la meta programada de 50%. Este resultado se debió a que se aplicaron 13 guías de práctica clínica: 12 en los servicios de la División de Pediatría para atender las patologías de apendicitis aguda, síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, crisis asmática, neumonía, choque séptico, traumatismo craneoencefálico, cuerpo extraño en tejidos blandos, diabetes tipo 1 descompensada, enfermedad de kawasaki, gastroenteritis y absceso periamigdalino; y una en Alergología para atender los casos de rinitis alérgica.
- Se logró tener un abasto de medicamentos del 99.6% surtidos a pacientes en hospitalización, con respecto a la meta programada de 99.7%. Este resultado se debió a que se logró la implementación en todos los servicios del suministro de medicamentos por unidosis, mejorando la calidad y seguridad del paciente, así como disminución de costos y optimización de los recursos.
- El porcentaje de pacientes atendidos con embarazo de alto riesgo fue de 3.6%, con relación a la meta anual programada de 5.4%. Este resultado se debió a la atención oportuna de 39 pacientes con emergencia obstétrica (código mater), las cuales fueron atendidas por un equipo multidisciplinario conformado por personal médico y paramédico.
- Se brindó atención en 125 intervenciones a un total de 1,359 pacientes afiliados al CAUSES.
- En el indicador “Porcentaje de proyectos registrados en cartera de inversión” se tuvo un cumplimiento del 50%, con respecto a la meta anual programada de 100%, al lograr registrar en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el proyecto 1712NAW00002 denominado Renovación de equipos en el área de Neonatología.

**Programa de Trabajo 2017**

Nombre de la Dirección de Área: Dirección Médica.  
Nombre del Programa Presupuestal: E023 "Atención a la salud".  
Responsable: Dr. Gustavo Esteban Lujo Zamudio.

	Objetivo	Estrategia	Lineas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.  Contribuir a generar opciones de financiamiento, mejora de procesos y vinculación externa que desarrollen condiciones para lograr la auto sustentabilidad operativa y funcional.	1. Calidad y Seguridad	1.1.2 Atención a la Población Geriátrica.	<b>Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de geriatría</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de pacientes atendidos en el servicio de geriatría / V2: Número de pacientes programados a atender en el servicio de geriatría x 100	380  475  $\frac{380}{475} \times 100 = 80\%$	Semestral y anual	N/A	$\frac{734}{475} \times 100 = 154.5\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 154.5% en el porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de Geriatría, con respecto a la meta anual de 80%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a la incorporación de un médico a la plantilla del servicio de Geriatría, lo que permitió otorgar más atenciones médicas a los pacientes en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización.
2			1.1.3 Esquema Mixto de Atención en Consulta Externa.	<b>Porcentaje de servicios incrementados para brindar atención médica de consulta externa en el turno vespertino</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de servicios que brindan atención de consulta externa en el turno vespertino / V2: Número total de servicios que brindan atención de consulta externa x 100	3  42  $\frac{3}{42} \times 100 = 7.1\%$	Anual	N/A	
3			1.1.4 Atención al Síndrome Metabólico.	<b>Porcentaje de pacientes atendidos con síndrome metabólico</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de pacientes atendidos con síndrome metabólico / V2: Número de pacientes programados a atender con síndrome metabólico x 100	700  810  $\frac{700}{810} \times 100 = 86.4\%$	Semestral y anual	N/A	$\frac{202}{810} \times 100 = 24.9\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 24.9% en el porcentaje de pacientes atendidos con síndrome metabólico, con respecto a la meta anual de 86.4%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a brindar atención médica integral únicamente a 202 pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico, a través de los Servicios de: Endocrinología, Medicina Interna, Medicina del Deporte y Nutrición.
4			1.1.5 Promoción de la Salud Renal.	<b>Porcentaje de atención de la salud y prevención renal</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de pacientes con filtración glomerular alterada / V2: Número total de pacientes atendidos en consulta x 100	53  83  $\frac{53}{83} \times 100 = 63.8\%$	Semestral y anual	N/A	$\frac{24}{59} \times 100 = 40.7\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 40.7% en el porcentaje de atención de la salud y prevención renal, con respecto a la meta anual de 63.8%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, fue debido a que se detectaron 24 pacientes con filtración glomerular alterada, a los cuales se les da seguimiento por parte del servicio de Nefrología Pediátrica, de un total de 59 pacientes captados durante la Campaña KEEP Pediátrico, realizada por la División de Pediatría con la finalidad de detectar factores de riesgo de enfermedad renal crónica en la población pediátrica.
5			1.1.7 Disminución del Tiempo de Espera en la Atención: Consulta Externa.	<b>Tiempo de espera en consulta externa</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 V1: Suma de los tiempos (en minutos) que transcurren desde que el paciente solicitó la atención en consulta externa, hasta el momento en que está se inició, en un periodo determinado / V2: Atención de urgencias, hasta el momento en que está se inició, en un periodo determinado	648,000  5,400  $\frac{648,000}{5,400} = 120'$	Semestral y anual	N/A	$\frac{275,172}{2,651} = 104$  El indicador al final del periodo que se reporta, alcanzó un cumplimiento de 104 minutos en el tiempo de espera en consulta externa, con respecto a la meta anual de 120 minutos.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a cumplir con los horarios de inicio y término de la consulta, otorgar las consultas programadas, tener disponible el expediente clínico al momento de la consulta, y la supervisión de los módulos de las Consulta Externa, permitiendo reducir en 16 minutos el tiempo de espera.
6			1.1.8 Disminución de Tiempos de Espera en la Atención: Urgencias.	<b>Tiempo de espera en urgencias</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 V1: Suma de los tiempos (en minutos) que los pacientes encuestados esperan desde el momento de solicitar atención de urgencias hasta que está se dio, en un periodo determinado / V2: Total de personas observadas en ese mismo periodo	20,000  1,000  $\frac{20,000}{1,000} = 20'$	Semestral y anual	N/A	$\frac{438,526}{19,417} = 23'$  El indicador al final del periodo que se reporta, alcanzó un cumplimiento de 23 minutos en el tiempo de espera en Urgencias, con respecto a la meta anual de 20 minutos.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió que derivado de la aplicación del Sistema de Triage de Manchester, se dio prioridad a la atención de las urgencias calificadas, prolongando el tiempo de espera de las urgencias no calificadas.  Es importante mencionar que la medición se realizó en base al mecanismo de registro y atención del TRIAGE, permitiendo contar con un registro más eficiente de tiempos de espera.
7			1.1.9 Disminución de tiempos de Espera en la Atención: Quirófanos y Diferimiento Quirúrgico.	<b>Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de pacientes que se operan después de siete días de solicitada la cirugía electiva / V2: Promedio de días de espera entre la solicitud y realización de cirugía electiva x 100	500  600  $\frac{500}{600} \times 100 = 83.3\%$	Semestral y anual	N/A	$\frac{0}{0} \times 100 = 0\%$  Este indicador fue rediseñado por no ser congruente la medición.

8	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Optimizar la atención integral de la paciente que curse embarazo de alto riesgo, para disminuir la morbilidad materna y perinatal de las pacientes en embarazo de alto riesgo.</p>	1.1.10	Mayor oferta de medicamentos al centro de mezclas.	<p><b>Porcentaje de medicamentos surtidos a través de la central de mezclas</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de medicamentos surtidos a través de la central de mezclas en base al catálogo vigente / V2: Número de medicamentos programados a surtir a través de la central de mezclas al base al catálogo de oferta x 100</p>	<p>996</p> <p>_____ x 100 = 96.5%</p> <p>1,032</p>	Semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{486}{516} \times 100 = 94.2\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 94.2% en porcentaje de medicamentos surtidos a través de la central de mezclas, con respecto a la meta anual de 96.5%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a que fueron surtidos los medicamentos solicitados por los diversos servicios médicos del Hospital; ya que la central de mezclas provee los medicamentos del catálogo autorizado en los diferentes turnos bajo el método <i>Just in Time</i>.</p> <p>Es importante mencionar que la meta anual de 96.8% (1,500/1,550) se modificó por contar con un contrato trienal vigente, lo cual no permite en este momento modificar el número de medicamentos establecidos en la en contrato.</p>
9	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Contribuir a generar opciones de financiamiento, mejora de procesos y vinculación externa que desarrollen condiciones para lograr la auto sustentabilidad operativa y funcional.</p>	1.1.11	Disminución de los incidentes Infecciones Asociadas a la Atención de la salud (IAAS).	<p><b>Tasa de infección asociada a la atención de la salud</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / V2: Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000</p>	<p>690</p> <p>_____ x 1000 = 6.7</p> <p>103,000</p>	Trimestral, semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{256}{59,342} \times 1000 = 4.3</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 4.3% en la tasa de infección asociada a la atención de la salud, con respecto a la meta anual de 6.7%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a la continuidad al Programa de Prevención y Control de Infecciones que integra el uso racional de antimicrobianos, el aislamiento oportuno de pacientes infectados o colonizados, la aplicación de paquetes de medidas preventivas y la vigilancia epidemiológica activa.</p>
10	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Optimizar la atención integral de la paciente que curse embarazo de alto riesgo, para disminuir la morbilidad materna y perinatal de las pacientes en embarazo de alto riesgo.</p>	1.1.12	Uso racional de antimicrobianos.	<p><b>Porcentaje de medicamentos antimicrobianos prescritos</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número total de medicamentos antimicrobianos prescritos / V2: Número total de medicamentos antimicrobianos programados a prescribir x 100</p>	<p>588</p> <p>_____ x 100 = 30%</p> <p>1,960</p>	Semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{443}{1,960} \times 100 = 22.6\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 22.6% en el porcentaje de medicamentos antimicrobianos, con respecto a la meta anual de 30%.</p> <p>Este resultado se debió al uso racional de antimicrobianos a través de las acciones implementadas por autorización por parte del Servicio de Infectología para el uso de antibióticos de amplio espectro y el suministro de estos medicamentos por unidades a través de la farmacia hospitalaria.</p>
11	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Contribuir a generar opciones de financiamiento, mejora de procesos y vinculación externa que desarrollen condiciones para lograr la auto sustentabilidad operativa y funcional.</p>	1.1.14	Estandarización de procesos, guías de práctica clínica y protocolos de atención.	<p><b>Porcentaje de guías de práctica clínica estandarizadas</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de guías de práctica clínica estandarizadas en el año actual / V2: Número total de guías de práctica clínica en el año actual x 100</p>	<p>28</p> <p>_____ x 100 = 50%</p> <p>56</p>	Semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{13}{56} \times 100 = 23.2\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 23.2% en el porcentaje de guías de práctica clínica estandarizadas, con respecto a la meta anual de 50%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió al análisis, estandarización y aplicación de 13 Guías de Práctica Clínica, de las cuales 12 fueron de los servicios de la División de Pediatría y una en colaboración con el servicio de Alergología.</p>
12	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Optimizar la atención integral de la paciente que curse embarazo de alto riesgo, para disminuir la morbilidad materna y perinatal de las pacientes en embarazo de alto riesgo.</p>	1.1.16	Consolidación y evaluación de la Farmacia Hospitalaria.	<p><b>Porcentaje de medicamentos surtidos a pacientes en hospitalización</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de medicamentos surtidos a pacientes hospitalizados en el periodo de reporte / V2: Total de medicamentos solicitados para pacientes hospitalizados en el periodo de reporte x 100</p>	<p>1,344</p> <p>_____ x 100 = 99.7%</p> <p>1,348</p>	Semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{1,256}{1,261} \times 100 = 99.6\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 99.6% en el porcentaje de medicamentos surtidos a pacientes en hospitalización, con respecto a la meta anual de 99.7%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a que la farmacia hospitalaria subrogada abasteció medicamentos por unidades en todas las áreas hospitalarias, ya que da servicio 24/7.</p>
13	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Incrementar el número de intervenciones y acreditaciones de atención de padecimientos del Seguro Popular y en CAUSES, respectivamente, para aumentar la captación de recursos propios.</p>	1.1.17	Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo.	<p><b>Porcentaje de pacientes atendidas con embarazo de alto riesgo</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de casos con emergencia obstétrica con respuesta adecuada del personal sustantivo / V2: Número de casos considerados con emergencia obstétrica x 100</p>	<p>120</p> <p>_____ x 100 = 5.4%</p> <p>2,200</p>	Semestral	N/A	<p><math>\frac{39}{1,088} \times 100 = 3.6\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 3.6% en el porcentaje de pacientes atendidas con emergencia obstétrica, con respecto a la meta anual de 5.4%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a que se atendieron 39 casos de pacientes con emergencia obstétrica (Código Mater) con un equipo multidisciplinario conformado por personal médico y paramédico, para la atención y seguimiento de las pacientes, del total de pacientes atendidas con emergencia obstétrica.</p>
14	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Coadyuvar en el protocolo de investigación, para evaluar la utilidad del proyecto CAMABOT.</p>	1.2.4	Acreditación completa en catálogo CAUSES aplicable.	<p><b>Porcentaje de intervenciones acreditadas al catálogo CAUSES</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de intervenciones acreditadas al catálogo causes / V2: Total de intervenciones del catálogo CAUSES x 100</p>	<p>125</p> <p>_____ x 100 = 43.5%</p> <p>287</p>	Semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{125}{287} \times 100 = 43.5\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 43.5% en el porcentaje de intervenciones acreditadas al catálogo CAUSES, con respecto a la meta anual de 43.5%.</p> <p>El cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió a que el Hospital obtuvo acreditación en las 125 intervenciones del catálogo CAUSES.</p>
15	<p>Dirigir las actividades médico asistenciales del Hospital con apego a la normatividad vigente y establecer los mecanismos de atención médica quirúrgica del alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente, en un contexto ético, profesional y humano.</p> <p>Contribuir a generar opciones de financiamiento, mejora de procesos y vinculación externa que desarrollen condiciones para lograr la auto sustentabilidad operativa y funcional.</p>	3.1.5	Registro de proyectos de inversión para renovación de equipo médico e industrial.	<p><b>Porcentaje de proyectos registrados en cartera de inversión</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de proyectos registrados en cartera de inversión / V2: Número de proyectos programados a registrar en cartera de inversión x 100</p>	<p>2</p> <p>_____ x 100 = 100%</p> <p>2</p>	Semestral y anual	N/A	<p><math>\frac{1}{2} \times 100 = 50\%</math></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de proyectos registrados en cartera de inversión, con respecto a la meta anual de 100%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta original, se debió al registro del proyecto de inversión para la renovación de equipos en el área de Neonatología, en la Cartera de la Unidad de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p>

## Reporte de avances del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
<b>Estrategia 1.1:</b> Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande	<b>1.1.1.</b> Prestar atención médica hospitalaria especializada a la población en los INS, HFR y HRAE acorde a las capacidades disponibles.	El Hospital Juárez de México continúa prestando atención médica a la población que la demanda, en los 51 servicios con los que cuenta.
	<b>1.1.2.</b> Promover la implementación del expediente clínico electrónico apegado a las normas para contar con registros médicos de calidad.	No existe disponibilidad presupuestaria en el Hospital para implementar el expediente clínico electrónico.
	<b>1.1.3.</b> Incorporar la calidad de la atención a la cultura institucional en las entidades coordinadas	Con el propósito de incorporar la Calidad por parte de las entidades coordinadas, se implementa en el Hospital las cédulas de autoevaluación de acreditación, la metodología de auditoría clínica y el modelo de estándares del Consejo de Salubridad General.
	<b>1.1.4.</b> Mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad.	Con el propósito de mantener la vigilancia de los eventos adversos el Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos realizó 11 sesiones ordinarias, donde monitoreo la estadística de los eventos notificados.  Al periodo que se informa, se registraron un total de 543 incidentes, siendo los siguientes: úlceras por presión (199), adversos (313), cuasi-falla (16), centinela (12) y reacciones a hemoderivados (3).  Se incluyeron las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y las úlceras por presión, a la plataforma de registro de eventos adversos, con el objetivo de monitorear su estadística y promover acciones preventivas.
	<b>1.1.5.</b> Detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros.	Se atiende en la Unidad de Salud Mental a pacientes que sufren violencia de género.  El 25 de cada mes el Hospital conmemora el "Día Naranja", para promover la no violencia contra las mujeres. Además, se implementó la campaña "Acoso Acusa", con la finalidad de sensibilizar la denuncia en caso de acoso sexual.
	<b>1.1.6.</b> Favorecer el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.	El Hospital continúa participando en la compra consolidada de medicamentos, coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo que permite asegurar el abastecimiento oportuno de medicamentos.  Asimismo, se cuenta con dos contrataciones plurianuales que favorecen el abasto efectivo de medicamentos, siendo las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio Integral para el Suministro y Dispensación en dosis de medida de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral 2015-2017.</li> <li>• Servicio Integral de Farmacia Hospitalaria para el abasto, administración y dispensación de medicamentos con distribución de unidosis, para el Hospital Juárez de México 2015-2017.</li> </ul>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
		<p>Cabe señalar, que el porcentaje de abasto de medicamentos fue 99.6%.</p> <p>En los 51 servicios hospitalarios se realiza el diagnóstico oportuno de padecimientos, basado en la disponibilidad de recursos tecnológicos en laboratorios, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Además, se cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.</p> <p>El Hospital cuenta con 23 comités, seis subcomités y seis comisiones, los cuales sesionaron en 125 ocasiones, generando 237 acuerdos (94 concluidos y 143 en proceso).</p> <p>Se capacitó a 22 responsables de los órganos colegiados sobre el Procedimiento para dar seguimiento al funcionamiento de los comités, la documentación que deben tener y la manera en la que deben enviar su información.</p> <p>El Hospital no ha recibido nuevas plazas debido a los recortes presupuestales, sin embargo, se enfoca en la contratación de médicos especialistas en los servicios que atienden a pacientes críticos y turnos más desprotegidos.</p> <p>Con la finalidad de sensibilizar e impulsar la donación altruista de sangre, se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pláticas mensuales en el área de Banco de sangre.</li> <li>• Día mundial de donación de sangre.</li> <li>• Participación en el foro AMANC.</li> </ul> <p>Por otra parte, se llevó a cabo la remodelación y ampliación en el área de Trasplantes, con el propósito de otorgar una mejor atención a los pacientes que requieren trasplante renal y córnea.</p>
<b>Estrategia 1.2:</b> Brindar atención ambulatoria a la población en las entidades coordinadas	1.1.7. Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes	
	1.1.8. Contar con comités hospitalarios correspondientes para promover la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.	
	1.1.9. Incluir a los profesionales de la salud acordes con necesidades actuales de operación de los servicios de salud.	
	1.1.10. Impulsar la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes.	
	1.2.1. Atender a la población que lo demande, principalmente a grupos vulnerables evitando el rechazo.	El Hospital proporciona atención médico quirúrgica a la población que lo requiera, dando prioridad a grupos vulnerables.
	1.2.2. Brindar servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieran considerando las especialidades y capacidad instalada.	La Institución brinda diariamente un promedio de 1,000 consultas, distribuidas en las 51 especialidades con las que cuenta.
1.2.3. Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y corta estancia.	El Hospital oferta procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y de corta estancia con calidad y seguridad.	
1.2.4. Promover el enfoque preventivo en la atención a la salud acorde a la vocación de servicio.	El Nosocomio proporciona atención médico quirúrgica, diagnóstico, terapéutico y preventiva a la población abierta que lo demande.	
1.2.5. Fortalecer la atención por personal especializado a pacientes y/o usuarios receptores de violencia familiar, género y trata de personas.	La Institución a través de la Unidad de Salud Mental, atiende a pacientes que sufrieron de violencia intrafamiliar, de género y trata de personas.	
1.2.6. Impulsar la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida	Durante el primer semestre de 2017, se realizaron dos evaluaciones de satisfacción, una en la atención médica ambulatoria y otra en la atención médica hospitalaria, donde se tuvo una satisfacción del 83.9% y 89.6% respectivamente.	
	Con la finalidad de solventar las áreas de oportunidad detectadas en las encuestas de satisfacción, se realizaron las siguientes actividades:	



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión a los sanitarios de la consulta externa para verificar el abasto de insumos y limpieza.</li> <li>Se impartieron tres cursos de calidad en el trato digno, capacitando a 297 profesionales de la salud.</li> </ul>
	<b>1.2.7.</b> Vigilar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.	Los laboratorios y gabinetes del Hospital se utilizan con eficiencia, principalmente en el servicio de Radiología, donde se evalúan las solicitudes para evitar duplicidades o estudios no justificados.
	<b>1.2.8.</b> Fortalecer el enfoque preventivo en la atención acorde a la vocación institucional.	El Hospital brinda atención médico quirúrgica de acuerdo al tipo de padecimiento del paciente, vigilando su evolución y aplicando medidas de salud preventivas.
	<b>1.2.9.</b> Favorecer la atención integral, considerando la salud mental y el apoyo psiquiátrico de enlace.	La Unidad de Salud Mental y el Psiquiatra del Hospital favorecen la atención integral de los pacientes. No obstante, no se cuenta con psiquiatría de enlace.
<b>Estrategia 1.3:</b> Operar los servicios de urgencias y atención médica continua	<b>1.3.1.</b> Atender en los servicios de urgencias a todos los usuarios que lo soliciten de acuerdo a los procesos institucionales.	Los tres servicios de urgencias atienden diariamente a más de 100 pacientes, de los cuales el 40% son urgencias reales, debido a que existe una sobredemanda de atención, a causa de la inexistencia de servicios resolutivos en alta especialidad en la Ciudad de México (zona norte) y la zona conurbada del Estado de México.
	<b>1.3.2.</b> Brindar atención en el servicio de admisión continua a los pacientes trasladados o que acudan con referencia.	A pesar de que el Hospital no cuenta con el servicio de Admisión Continua, se reciben pacientes referidos de otras instituciones.
	<b>1.3.3.</b> Establecer mecanismos de <i>triage</i> y de orientación a la población para el mejor uso de los servicios.	La Institución aplica el modelo de <i>triage</i> de la Universidad de Manchestre en los tres servicios de urgencias, lo que permite identificar las urgencias reales y priorizar su atención.
	<b>1.3.4.</b> Promover la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios en los servicios de urgencias y admisión continua.	<p>Durante el período de reporte, se aplicaron 188 encuestas de satisfacción del programa aval ciudadano, con la finalidad de evaluar la atención proporcionada en el servicio de urgencias y de admisión continua.</p> <p>Con el propósito de solventar las áreas de oportunidad detectadas en las encuestas, se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión a los sanitarios del área de urgencias para verificar el abasto de insumos y limpieza.</li> <li>Se solicitó a la jefatura de urgencias implementar acciones que permitan mejorar el trato digno hacia los pacientes.</li> </ul>
	<b>1.3.5.</b> Favorecer que la atención urgencias y admisión continua se vincule con la vocación institucional.	Los servicios de Urgencias Pediatría, Adultos y Obstetricia, otorgan consultas las 24 horas, los 365 días del año. Cabe señalar, que del total de urgencias atendidas el 40% de estas se consideran como reales.
	<b>1.3.6.</b> Otorgar atención a las emergencias obstétricas vigilando el bienestar de la madre y el producto.	El Hospital continua implementando el Código Mater, el cual se activa en todas las emergencias obstétricas, por lo que al primer semestre de 2017, se atendieron a 39 pacientes.
	<b>1.3.7.</b> Fomentar la disminución de procedimientos quirúrgicos en la atención obstétrica.	Se mantiene una constante vigilancia de las indicaciones absolutas y relativas de la operación cesárea, ya que durante el periodo de reporte, la resolución del embarazo por vía cesárea fue del 35%, con una indicación relativa.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
<b>Estrategia 1.4:</b> Aplicar modelos innovadores para la atención médica de alta especialidad y la generación de recursos	<b>1.4.1.</b> Definir mecanismos que permitan la generación y uso de recursos a las entidades coordinadas, con apego normativo.	Se continúa con la estrategia de captar recursos a través de la celebración de convenios, siendo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio de colaboración en materia de servicios médico-hospitalarios cubiertos con recursos del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. (Seguro Popular), por el que se obtuvieron ingresos al periodo que se informa por un importe de \$24,864 miles de pesos.</li> <li>• Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo 125 intervenciones que se atienden en el Hospital, obteniendo ingresos por un monto de \$18,697 miles de pesos.</li> <li>• Convenio de prestación de servicios médicos y quirúrgicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM), obteniendo ingresos al periodo de enero a junio de 2017 por un importe de \$1,728 miles de pesos.</li> <li>• Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA.</li> <li>• Convenio de prestación de servicios de radioterapia y medicina nuclear con el Hospital General de Pachuca.</li> </ul>
	<b>1.4.2.</b> Participar en proyectos nacionales o regionales para la atención médica.	El Hospital participa en el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, Programas de Acción Específicos de Medicina de Alta Especialidad e Investigación para la Salud 2013-2018.
	<b>1.4.3.</b> Propiciar la participación de la sociedad civil y los sectores privado y social en el financiamiento de la atención.	Durante el periodo de reporte, el Hospital cuenta con 22 grupos de apoyo a pacientes.
	<b>1.4.4.</b> Favorecer la innovación organizacional para mejorar el otorgamiento de los servicios médicos.	
	<b>1.4.5.</b> Fomentar la integración y funcionamiento de los patronatos, y voluntariado enfocados al apoyo de la atención médica.	El Hospital cuenta con un patronato con solidez y con una vocación de apoyo a las y los pacientes y a la Institución.
	<b>1.4.6.</b> Promover la donación altruista de sangre y órganos, y su uso y aprovechamiento de acuerdo a la normatividad vigente.	Con el propósito de promover la donación de órganos, se realizaron las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó la remodelación y ampliación del área de trasplantes.</li> <li>• Se cuenta con un programa de trasplante renal y cornea, y con un grupo de procuración de órganos.</li> <li>• Se llevaron a cabo campañas de donación de órganos.</li> </ul> Por otra parte, se realizaron pláticas mensuales en el área de Banco de sangre, con la finalidad de sensibilizar e impulsar la donación de sangre.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
<b>Estrategia 1.5:</b> Impulsar la creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos específicos de pacientes	<b>1.5.1</b> Atender casos de alto riesgo materno-infantil, enfermedades crónicas, malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad, entre otras.	El Hospital recibe y atiende a pacientes con embarazo de alto riesgo, provenientes de los hospitales del Estado de México y de la zona norte de la Ciudad de México, las cuales en muchos de los casos cumplen con los criterios para la activación del código mater.  Cabe señalar, que existe un incremento en la población con embarazos de alto riesgo, con patologías crónico degenerativas, como son hipertensión arterial, diabetes tipo 2, insuficiencia renal y padecimientos oncológicos.
	<b>1.5.2</b> Dar atención a la población de adultos mayores a fin de mejorar su calidad de vida.	El Hospital otorga atención a la población con perfil geriátrico a través de la Clínica del Adulto Mayor, por lo que al periodo de reporte se otorgaron 2,028 consultas.
	<b>1.5.3</b> Orientar la atención a las diferentes etapas de la vida considerando las capacidades resolutorias de las unidades médicas	La Institución cuenta con los servicios de Geriátria, Alergia, Bariátrica, Reumatología, Ortopedia y Salud Mental, los cuales brindan a los pacientes una adecuada atención en sus diferentes etapas de la vida.
	<b>1.5.4</b> Promover grupos multidisciplinarios para atender a víctimas de violencia familiar y de género, trata de personas, entre otros.	La Unidad de Salud Mental y el servicio de Psiquiatría del Hospital ofrecen atención integral a pacientes víctimas de violencia intrafamiliar, de género y trata de personas.
	<b>1.5.5</b> Atender padecimientos que requieran de alta especialidad prioritariamente a pacientes con obesidad, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, entre otros.	En el Hospital se han incrementado el número de pacientes que presentan padecimientos que requieren atención de alta especialidad, como las siguientes enfermedades crónicas: diabetes tipo 2, síndrome metabólico, patologías cardíacas que requieren de tratamiento quirúrgico, así como diferentes tipos de cáncer e insuficiencia renal de diversa etiología.  Además, se atiende a mujeres con embarazos de alto riesgo, incluyendo las referidas por instituciones de salud, ubicadas en entidades colindantes de la Ciudad de México, que ocasionalmente cumplen con criterios para activación del Código Mater.
	<b>1.5.6</b> Favorecer los procesos de rehabilitación de los pacientes que lo requieran, limitando la discapacidad y promoviendo la reinserción social.	La Institución cuenta con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación en que atiende a los pacientes referidos de las especialidades de Ortopedia, Neurología, Neurocirugía, Pediatría, Reumatología, Oncología y Medicina interna, otorgando durante el primer semestre de 2017, un total de 72,570 sesiones de rehabilitación.
	<b>1.5.7</b> Realizar prevención, diagnóstico oportuno y atención médica para cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata y otros en niños y adolescentes.	El servicio de Oncología proporciona atención a pacientes referidos de otras instituciones y a los que acuden por primera vez al servicio con una enfermedad oncológica avanzada, en donde se les brinda atención médico quirúrgica, diagnóstica y de tratamiento.  Asimismo, el Nosocomio cuenta con personal altamente capacitado en oncología médica y quirúrgica, y con infraestructura de equipo de radioterapia de alta y baja tasa, como es la bomba de cobalto y la braquiterapia.  Cabe señalar, que el servicio de Psiquiatría participa como apoyo interdisciplinario impartiendo pláticas semanales al público en general para prevención y detección oportuna del cáncer.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
	<b>1.5.8</b> Propiciar la creación de áreas de atención psiquiátrica y de salud mental en la atención de pacientes.	La Unidad de Salud Mental y el psiquiátrico del Hospital otorgan atención a pacientes y familiares víctimas de violencia familiar y de género. Además, se cuenta con el apoyo de estudiantes de la maestría en psiquiatría hospitalaria de la UNAM.
<b>Estrategia 1.6:</b> Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las entidades coordinadas	<b>1.6.1</b> Impulsar esquemas descentralización de los servicios de atención médica	
	<b>1.6.2</b> Coordinar sectorialmente a las entidades para contar con la información homogénea y pertinente para la toma de decisiones.	CCINSHAE
	<b>1.6.3</b> Realizar reuniones de grupos directivos vinculados con la atención médica a fin de promover una cultura corporativa.	CCINSHAE
	<b>1.6.4</b> Coordinar acciones conjuntas para compartir experiencias y mejores prácticas entre las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	<b>1.6.5</b> Coordinar la planeación, seguimiento y evaluación del desempeño institucional en atención médica.	CCINSHAE
	<b>1.6.6</b> Favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.	<p>Dentro de las reuniones del proyecto de certificación hospitalaria, se revisó la normativa vigente aplicable a los procesos de Manejo y uso de medicamentos, control y prevención de infecciones nosocomiales, seguridad y gestión de las instalaciones. Además, de los correspondientes a anestesia y atención quirúrgica.</p> <p>Se continúan revisando los manuales de procedimientos de las áreas involucradas en el proyecto de certificación hospitalaria, con el objetivo de contar con el soporte documental de acuerdo a los elementos medibles del modelo de estándares del Consejo de Salubridad General.</p> <p>Con el propósito de dar cumplimiento a la normativa en materia de protección civil, se estructuró el Comité de la Unidad Interna de Protección Civil y se elaboró el manual de procedimientos de la Unidad.</p> <p>Se revisaron los lineamientos para la atención a pacientes en caso de emergencias y desastres, para estar en condiciones de solventar cualquier siniestro o desastre.</p>
	<b>1.6.7</b> Coordinar la generación e implementación de modelos de gestión hospitalaria.	<p>Con la finalidad de implementar modelos de gestión hospitalaria, se revisaron 28 cédulas de autoevaluación para obtener la acreditación por CAUSES y Gastos Catastróficos.</p> <p>Se revisaron los avances de las etapas de inicio, de planeación, y documental del proyecto de certificación hospitalaria.</p>
	<b>1.6.8</b> Propiciar la participación en los comités de las redes de servicios a las que pertenezcan.	Se vigiló el funcionamiento de los Comités de acuerdo al "Procedimiento para dar seguimiento a los Comités Técnicos Hospitalarios".
<b>Estrategia 1.7:</b>	<b>1.7.1</b> Profundizar las acciones del comité de bioética hospitalaria.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>		
Vigilar el cumplimiento y promover la mejora del marco normativo	<b>1.7.2</b> Mantener vigilancia para garantizar el respecto a los valores, cultura y bioseguridad de los pacientes y usuarios.	Se cuenta con cámaras de circuito cerrado en el Hospital, con la finalidad de reforzar la vigilancia y la seguridad de los pacientes y usuarios.
	<b>1.7.3</b> Favorecer el desarrollo, actualización y apego a las guías de práctica clínica y protocolos de atención.	Se revisó el protocolo para la prevención de úlceras por presión, mismo que se implementó en la unidad de terapia intensiva adultos.  La División de Pediatría y el servicio de Alergología aplicaron 13 Guías de Práctica Clínica, para revisar el apego de buenas prácticas en la atención médica.
	<b>1.7.4</b> Apoyar la identificación de mecanismos innovadores para la generación y utilización de los recursos.	Mediante el oficio DA/0447/2017 del 4 de mayo de 2017, se solicitó a la CCINSHAE la actualización de 1,471 claves del tabulador de cuotas de recuperación.  El 25 y 26 de enero de 2017, se impartieron dos cursos de capacitación en materia de normatividad de adquisiciones, capacitando a 107 servidores públicos.  Se obtuvieron ingresos por un importe de \$45,289 miles de pesos por casos médicos atendidos de Seguro Popular, CAUSES y convenios por la prestación de servicios médicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM), con la Fundación INBURSA y el Estado de Hidalgo.
	<b>1.7.5</b> Favorecer el reclutamiento de recursos humanos especializados egresados de las entidades coordinadas.	Se da prioridad en el proceso de reclutamiento, selección y contratación de médicos y personal de enfermería egresados del Hospital.
	<b>1.7.6</b> Promover la actualización del marco legal y normativo de las entidades coordinadas en beneficio de su organización y administración.	CCINSHAE
	<b>1.7.7</b> Promover el establecimiento de sistemas de promoción profesional específicos en las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	<b>1.7.8</b> Impulsar las acciones de transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas en las entidades coordinadas.	Se informó al INAI que el Hospital Juárez de México no reservó ningún expediente como reservado. Además, se desclasificaron 41 expedientes en el Sistema de índice de expedientes reservados del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, como resultado de promover la práctica sistemática de desclasificación de expedientes, mejorar tiempos de respuesta a solicitudes de información y recursos de revisión, y documentar toda decisión y actividad gubernamental.  Se acudió al INAI a la primera sesión de trabajo de la red por una Cultura de Transparencia y al curso "Gobierno abierto y transparencia proactiva".
	<b>1.7.9</b> Diseñar y mejorar indicadores, dar seguimiento al desempeño institucional en apoyo de los órganos colegiados y de gobierno.	Para el 2017, el Hospital Juárez de México, comprometió un total de 36 indicadores para resultados en tres programas presupuestales:

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017				
<b>Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica</b>						
		<b>Programa Presupuestal</b>	<b>Trimestral</b>	<b>Semestral</b>	<b>Anual</b>	<b>Total de Indicadores</b>
		E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	7	0	7	14
		E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	3	8
		E023 "Atención a la salud"	13	0	1	14
		<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>36</b>
		<p>Durante el periodo de enero a junio de 2017, el Hospital reportó un total de 25 indicadores en tiempo y forma a la CCINSHAE, dando cumplimiento a lo comprometido en la Matriz de Indicadores para Resultados.</p> <p>Se solicitó a la CCINSHAE la autorización de 1,471 claves del tabulador de cuotas de recuperación actualizadas.</p>				
	<b>1.7.10</b> Promover el establecimiento y revisión de las cuotas de recuperación y tarifas basadas en costos.					

**Resultados Objetivo 1:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	90.0	90.1	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 0.1%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 90.0%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 12.8% en el número de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004, con relación a la meta</p>

			<p>programada de 225 expedientes. Este resultado se debió a la suma de las acciones para la revisión de los expedientes clínicos con apego a la NOM por los jefes de servicio, médicos adscritos y médicos residentes.</p> <p>Además, del incremento del 12.8% en el total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional, con relación a la meta programada de 250 expedientes, se debió a la participación de los jefes de servicio de enviar oportunamente las cédulas de evaluación, para que sean revisadas por el Comité.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El cumplimiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> El cumplimiento del indicador fue adecuado. No obstante, se continuará con la implementación de las acciones para mantener el apego a la NOM SSA 004 en el expediente clínico.</p>
<p>Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación</p>	<p>94.0</p>	<p>93.1</p>	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b> El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 1% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada del 94.0%.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a la atención médica hospitalaria oportuna e integral brindada a los pacientes en el cuidado de sus enfermedades crónico degenerativas y padecimientos complejos.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>

			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.
Tasa de infección nosocomial (por mil días estancia)	6.8	4.3	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 36.8% en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria), con relación a la meta programada de 6.8%.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador respecto a la meta original, se debió a la reducción en 26.6% en el número de episodios de infecciones nosocomiales, con relación a la meta programada de 349 episodios, a causa de que se cuenta con un programa de control de infecciones cuyas principales acciones consisten en estrategias horizontales, como el uso racional de microbianos, el aislamiento oportuno de pacientes infectados o colonizados, la aplicación de paquetes de medidas preventivas, priorizando los riesgos de las distintas áreas y la utilización de la herramienta INICC en vigilancia epidemiológica activa.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN: La disminución en 36.8% de la tasa de infección nosocomial, refleja un beneficio para los pacientes y para los trabajadores de la salud de la Institución.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Continuar con la capacitación del personal médico y de enfermería en el programa de control de infecciones e incrementar las acciones de difusión de los resultados de control de infecciones en el Hospital.</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
<b>Estrategia 2.1:</b> Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica en las entidades coordinadas	2.1.1 Participar en la integración de los lineamientos para integrar un padrón de usuarios y pacientes.	Se implementó el Sistema de Gestión de Pacientes en las áreas de Admisión hospitalaria, Archivo clínico, Urgencias y Cajas, sin embargo, únicamente está en producción el módulo de Archivo Clínico.
	2.1.2 Promover la difusión de los mecanismos para la atención de pacientes.	En el portal institucional y en los servicios médicos del Hospital se promueve el sistema de Cita telefónica de primera vez, Programación de cita en línea para la realización del estudio socioeconómico y Programación de cita en línea para donación de sangre.
	2.1.3 Impulsar la aplicación de criterios de clasificación socioeconómica homogéneos con las diversas instituciones.	El servicio de Trabajo Social aplica los criterios de clasificación socioeconómica unificados por la CCINSHAE.
	2.1.4 Promover la consolidación y conclusión del expediente clínico electrónico para facilitar el acceso a la información.	La Institución no ha implementado el expediente clínico electrónico, debido a la falta de presupuesto.
	2.1.5 Impulsar la revisión de la operación y actualización del intercambio de servicios con entre las distintas instituciones.	
	2.1.6 Promover los procesos de acreditación, la certificación y recertificación de las unidades coordinadas cumpliendo los estándares de calidad.	<p>En lo referente al proceso de certificación del Hospital ante el Consejo de Salubridad General (CSG), se llevaron a cabo 146 reuniones multidisciplinarias con los equipos que conforman cada estándar, en donde se capacitaron a 110 profesionales en la metodología de estándares para certificar hospitales.</p> <p>Se realizaron nueve visitas de diagnóstico en diversas áreas, con la finalidad de revisar la documentación requerida por los estándares de certificación hospitalaria por el CSG.</p> <p>Se desarrolló una matriz de riesgos y problemas referente a los sistemas críticos referentes a Manejo y uso de medicamentos, Prevención y control de infecciones, Seguridad y gestión de las instalaciones y, Capacitación y educación del personal. Asimismo, se llevaron a cabo cuatro sesiones para el análisis y priorización de riesgos y/o problemas de los sistemas críticos.</p> <p>Cabe señalar, que el porcentaje de avance del soporte documental por estándar tiene un cumplimiento global del 52.7%.</p>
<b>Estrategia 2.2:</b> Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive	2.2.1 Revisar las carteras de servicios considerando las necesidades y prioridades de salud de la población.	Se entregó a la CCINSHAE la cartera de servicios con los que cuenta el Hospital, para incorporarlos en el proyecto de la comisión de referencia-contrarreferencia.
	2.2.2 Difundir las carteras de servicios de las unidades médicas especializadas para favorecer el uso adecuado de los mismos.	En el portal institucional se encuentra disponible la cartera de servicios con las que cuenta el Hospital.
	2.2.3 Apoyar los procesos de capacitación de la atención médica para el control y seguimiento de padecimientos en unidades de menor capacidad resolutive.	El Hospital no cuenta con recursos económicos para desarrollar programas de capacitación en otras unidades hospitalarias.
	2.2.4 Informar a la población sobre la cartera de servicios de alta especialidad que prestan las EC para su uso adecuado.	La Institución da a conocer a través del portal institucional y de la Coordinación de hospitales la cartera de servicios con las que cuenta.
	2.2.5 Coordinar en las redes los mecanismos que faciliten el conocimiento del personal de salud de las capacidades de servicio de las entidades coordinadas.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
	<b>2.2.6</b> Promover el uso de tecnologías de la información para la atención y orientación de usuarios y pacientes.	En el portal institucional del Hospital y en los diversos servicios médicos se promueve el sistema de Cita telefónica de primera vez, Programación de cita en línea para la realización del estudio socioeconómico y Programación de cita en línea para donación de sangre.
<b>Estrategia 2.3:</b> Integrar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia de pacientes	<b>2.3.1</b> Establecer lineamientos y políticas para la referencia y contrarreferencia entre las entidades coordinadas y con las redes de servicios.	El Hospital mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia para solicitar apoyo en los casos donde el Hospital Juárez de México requiera referir pacientes.
	<b>2.3.2</b> Capacitar al personal responsable del proceso para la atención al usuario, con asertividad y compromiso de servicio.	Se realizaron tres cursos de calidad en el trato digno, capacitando a 249 profesionales de la salud.
	<b>2.3.3</b> Apoyar la puesta en marcha un sistema de coordinación hospitalaria para la referencia concertada de pacientes.	El Nosocomio mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, para solicitar apoyo en los casos donde el Hospital Juárez de México requiera referir pacientes.
	<b>2.3.4</b> Actualizar la regionalización en función de las redes de servicio y necesidades.	La Institución realiza un registro de los pacientes que son referidos de otras entidades, lo cual le permite mantener actualizada la regionalización.
	<b>2.3.5</b> Integrar y mantener actualizados los directorios de responsables de la referencia y contrarreferencia.	El Nosocomio mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, para solicitar apoyo en los casos donde el Hospital Juárez de México requiera referir pacientes.
	<b>2.3.6</b> Hacer más eficiente el uso de las herramientas informáticas disponibles y participar en su evaluación y actualización.	
	<b>2.3.7</b> Actualizar el marco normativo que facilite la generalización de instrumentos consensuados.	CCINSHAE
	<b>2.3.8</b> Reducir la incertidumbre en los usuarios y la discrecionalidad de los mecanismos de aceptación de pacientes referidos.	
<b>Estrategia 2.4:</b> Favorecer los mecanismos que beneficien a la población social o económicamente vulnerable	<b>2.4.1</b> Favorecer que los mecanismos de financiamiento de la atención se apliquen de manera eficiente y transparente.	Los recursos asignados al Hospital se aplican en las áreas sustantivas, utilizando los medios electrónicos autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	<b>2.4.2</b> Fomentar la atención oportuna de los pacientes de grupos vulnerables en las instituciones de acuerdo a las necesidades.	El Hospital proporciona atención médico quirúrgica a la población que lo requiera, dando prioridad a grupos vulnerables.
	<b>2.4.3</b> Contar sistemas de información expeditos para el reporte y reembolso de casos atendidos entre las instituciones.	
	<b>2.4.4</b> Aplicar los instrumentos legales y normativos para el manejo de los recursos destinados a la atención médica especializada.	Los recursos autorizados al Hospital para la atención médica, se ejercen de acuerdo a la normatividad aplicable como: Presupuesto de Egresos de la Federación 2017, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, Lineamientos de proyectos de inversión y programas de inversión.
	<b>2.4.5</b> Favorecer la atención de la población indígena con respeto a su cultura y valores.	El Hospital proporciona atención médico quirúrgica a población de diversos pueblos indígenas, respetando en todo momento sus costumbres y tradiciones. Al periodo que se informa, se brindó atención a 19 personas de las siguientes lenguas Náhuatl (6), Otomí (5), Mazateco (2), Totonaca (1), Sioux (1), Popoluca (1), Mazahua (1), Chinanteco (1) y Huasteco (1).

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
	<p><b>2.4.6</b> Prestar apoyo para la atención de población migrante, de acuerdo a la normatividad aplicable.</p> <p><b>2.4.7</b> Promover la aportación de recursos destinados a la atención de grupos vulnerables de los sectores social y privado.</p> <p><b>2.4.8</b> Desarrollar los sistemas de costeo que apoyen la revisión de los tabuladores para la prestación de los servicios.</p> <p><b>2.4.9</b> Propiciar la disminución de gasto de bolsillo principalmente en población vulnerable.</p>	<p>El Hospital no atendió a población migrante, debido a que no existió demanda alguna.</p> <p>Se continúa trabajando en la actualización de las claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación del Hospital, y se está a la búsqueda de un sistema que cumpla con las normas técnicas emitidas por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC).</p> <p>El tabulador de cuotas de recuperación cuenta con seis niveles económicos para la población, los cuales se asignan de acuerdo al estudio socioeconómico que el servicio de Trabajo social realiza a las y los pacientes del Hospital.</p>
<b>Estrategia 2.5:</b> Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud de alta especialidad mediante la portabilidad y convergencia	<p><b>2.5.1</b> Contribuir a la conformación del Padrón General de Salud que permita la portabilidad de la información médica entre las instituciones.</p> <p><b>2.5.2</b> Promover la interoperatividad del expediente clínico cumpliendo la normatividad aplicable.</p> <p><b>2.5.3</b> Contribuir al avance de las herramientas que permitan la convergencia de la información en salud.</p> <p><b>2.5.4</b> Desarrollar lineamientos consensuados para la atención de usuarios entre las instituciones públicas de salud y las entidades coordinadas.</p> <p><b>2.5.5</b> Impulsar la uniformidad de los sistemas de información médica entre las entidades coordinadas.</p>	<p>La Institución no ha implementado el expediente clínico electrónico, debido a la falta de presupuesto.</p> <p>El Hospital no cuenta con recursos presupuestales para implementar el expediente clínico electrónico.</p> <p>Se implementó el Sistema de Gestión de Pacientes en las áreas de Admisión hospitalaria, Archivo clínico, Urgencias y Cajas, sin embargo, únicamente está en producción el módulo de Archivo Clínico.</p> <p>La Institución no ha implementado el expediente clínico electrónico, debido a la falta de presupuesto.</p>
<b>Estrategia 2.6:</b> Identificar oportunidades de vinculación con otros actores nacionales e internacionales para la atención médica	<p><b>2.6.1</b> Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras para la atención médica.</p> <p><b>2.6.2</b> Coordinar esfuerzos de colaboración con las unidades médicas de las redes de servicios.</p>	<p>En el Hospital se cuenta con los siguientes convenios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio de colaboración en materia de servicios médico-hospitalarios cubiertos con recursos del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. (Seguro Popular.</li> <li>• Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo 117 intervenciones que se atienden en el Hospital.</li> <li>• Convenio de prestación de servicios médicos y quirúrgicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM).</li> <li>• Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA.</li> <li>• Convenio de prestación de servicios de radioterapia y medicina nuclear con el Hospital General de Pachuca.</li> </ul> <p>El Hospital mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, para solicitar apoyo en los casos donde el Hospital requiera referir pacientes.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.</b>		
	<b>2.6.3</b> Valorar las oportunidades de participar en proyectos para brindar servicios de atención médica a usuarios privados y extranjeros.	
<b>Estrategia 2.7:</b> Promover el intercambio de experiencias de los profesionales de la salud	<b>2.7.1</b> Promover la difusión de buenas prácticas y guías en cuidado enfermero.	El Hospital dentro de la atención médica se fundamenta en el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) vigentes, Guías de Práctica Clínica (GPC) y protocolos de atención, que aplica en todas las especialidades que conforman los servicios de la institución.
	<b>2.7.2</b> Fomentar la capacitación de personal de enfermería en unidades de menor capacidad resolutive de la red de servicios.	El Hospital no cuenta con recursos económicos para desarrollar programas de capacitación en otras unidades hospitalarias.
	<b>2.7.3</b> Coordinar las reuniones de directivos de enfermería y trabajo social, para la mejorar la atención a los pacientes y usuarios.	CCINSHAE
	<b>2.7.4</b> Propiciar la difusión del modelo de clasificación socioeconómica	El Servicio de Trabajo Social promueve y difunde el modelo de clasificación socioeconómica, lo cual favorece la a tención del paciente.

**Resultados Objetivo 2:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4. *	98.9	99.4	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 99.4% en el porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4, con respecto a la meta anual programada de 98.9%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que, a pesar de haber tenido un cumplimiento del 99.4%, no se alcanzaron las metas en ambas variables en un 1.9% y 2.4% respectivamente, a causa de la prioridad que se les dio a los pacientes hospitalizados para cirugía de realizarles el estudio socioeconómico, así como a la falta de personal por incapacidad médica y jubilación.
Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional.	1.8	2.5	<b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b>  CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento en un superior en un 38.9% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a

			<p>los que se les apertura expediente clínico institucional, con relación a la meta programada de 1.8%.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al aumento del 43% en el número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional, con relación a los 300 pacientes referidos programados, debido a que han acudido más pacientes del programa de causas y referidos de otras instituciones de salud.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b> Menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos y presiones de gasto para atender las diversas patologías.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Actualizar el procedimiento para la apertura de expedientes clínicos y referencia de pacientes.</p>
<p>Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.</p>	<p>89.5</p>	<p>53.0</p>	<p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 53% en el porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios, con respecto a la meta programada de 89.5%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que al primer semestre de 2017, se captaron ingresos por un monto de \$45,289 miles de pesos con respecto a los \$85,000 miles de pesos anuales programados.</p> <p><b>EFEECTO:</b> Los principales efectos que se producen por la variación registrada son: al captar un mayor número de ingresos permite la adquisición de bienes y servicios, y renovación de equipos para brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.</b>		
<b>Estrategia 3.1:</b> Fomentar el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica	<b>3.1.1</b> Fomentar el uso adecuado de los equipos y la correcta indicación de estudios y procedimientos.	Se elaboró un programa de capacitación para el personal de diversas áreas del Hospital, en el uso adecuado de monitores de signos vitales, unidades de anestesia, incubadoras, cunas de calor radiante, manejo de gases medicinales, equipo de braquiterapia, resonancia magnética, misma que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2017.
	<b>3.1.2</b> Impulsar la adquisición de los materiales y reactivos para la operación del equipamiento que permita, ofrecer atención médica oportuna y de calidad.	Se garantiza el abasto oportuno de materiales y reactivos a través de las licitaciones públicas y las contrataciones plurianuales, las cuales permiten obtener mejores condiciones de precio y calidad.
	<b>3.1.3</b> Favorecer los mecanismos para agilizar el proceso de atención en los gabinetes.	Los estudios de gabinete que se realizan en el Hospital se utilizan con eficiencia, sobre todo en el servicio de Radiología, donde se evalúan las solicitudes para evitar duplicidades o estudios no justificados.
	<b>3.1.4</b> Operar la infraestructura vigilando el cumplimiento de la bioseguridad tanto para los pacientes como para el personal y el medio ambiente.	Se han realizado mantenimientos a la infraestructura en cumplimiento a la NOM-001-Sede-2012, como los trabajos para la restauración de gabinetes eléctricos y la reinstalación del sistema de tierra física.
	<b>3.1.5</b> Promover la vigilancia de alertas por efectos secundarios y la identificación de eventos adversos.	Se llevaron a cabo tres capacitaciones en materia de farmacovigilancia y tecnovigilancia, contando con una asistencia de 290 personas.
	<b>3.1.6</b> Establecer los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.	Se elaboró el programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipamiento del Hospital para el ejercicio 2017, realizando mantenimientos a los siguientes equipos: unidad de cobalto, unidad de ultrasonido, lámparas quirúrgicas, camas eléctricas y esterilizadores de vapor directo.
<b>Estrategia 3.2:</b> Planear actualización de equipos médicos	<b>3.2.1</b> Contar con programas que evalúen la infraestructura y equipamiento para ofrecer servicios de calidad a la población.	Se cuenta con el Programa de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento 2017, realizando los siguientes mantenimientos a la infraestructura: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalación de consolas en las camas 213, 214, 215, 334, 335, 336, 363, 364, 365, 390, 391 y 392 de la torre de hospitalización y lámparas de catorce watts ahorradoras de energía en diversas áreas.</li> <li>• Resanado y pintura de muros de tabla roca y plafón.</li> <li>• Cambio de focos de las luminarias exteriores del Hospital</li> <li>• Sustitución de motores en la casa de máquinas hidráulicas.</li> <li>• Limpieza de extractores del servicio de Terapia intensiva.</li> <li>• Reparación de mini splits, fugas de agua en el servicio de rayos X, puertas y cableado.</li> <li>• Revisión de las líneas de alimentación de los elevadores.</li> </ul>
	<b>3.2.2</b> Planear la sustitución y actualización del equipamiento acorde a las necesidades de servicios y la disponibilidad de recursos.	Se cuenta con ocho proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la sustitución y/o adquisición de equipamiento.
	<b>3.2.3</b> Promover la identificación de fuentes alternas o complementarias de financiamiento para la adquisición del equipamiento de las unidades.	Se definieron estrategias para la búsqueda de fuentes alternas de financiamiento para la adquisición de equipo, como atención de casos médicos atendidos del Seguro Popular, convenios por prestación de servicios médicos con el Cuerpo de Guardias

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2l</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.</b>		
	<p><b>3.2.4</b> Basar la incorporación de equipamiento en evidencia científica, costo beneficio y acorde a las necesidades de salud.</p> <p><b>3.2.5</b> Fomentar la capacitación del personal para que se faciliten las transiciones tecnológicas.</p>	<p>de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM), con la Fundación Inbursa, el Estado de Hidalgo y a través del Patronato del Hospital Juárez de México.</p> <p>Los ocho proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la renovación y/o sustitución de equipamiento, cuentan con las evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio.</p> <p>Se elaboró un programa de capacitación para el personal de diversas áreas del Hospital, en el uso adecuado de monitores de signos vitales, unidades de anestesia, incubadoras, cunas de calor radiante, manejo de gases medicinales, equipo de braquiterapia, resonancia magnética, misma que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2017.</p>
<p><b>Estrategia 3.3:</b> Renovar los recursos tecnológicos para la atención médica especializada atendiendo a las condiciones económicas y presupuestales</p>	<p><b>3.3.1</b> Incorporar personal profesional en ingeniería biomédica y técnico para la adecuada operación del equipo e instalaciones.</p> <p><b>3.3.2</b> Capacitar al personal de ingeniería biomédica y técnico para el uso adecuado del equipamiento médico.</p> <p><b>3.3.3</b> Fortalecer el equipamiento de alta tecnología en las unidades coordinadas para el intercambio de servicios con las redes.</p> <p><b>3.3.4</b> Propiciar la incorporación de equipamiento y otras tecnologías basadas en evaluaciones integrales.</p> <p><b>3.3.5</b> Participar en proyectos institucionales de planeación de infraestructura de servicios.</p>	<p>El departamento de Mantenimiento Biomédico permite la incorporación de pasantes en ingeniería biomédica y biónica como personal de apoyo.</p> <p>Se elaboró un programa de capacitación para personal de diversas áreas del Hospital, en el cual se incluirá al personal del departamento de Biomédica, en el uso adecuado de monitores de signos vitales, unidades de anestesia, incubadoras, cunas de calor radiante, manejo de gases medicinales, equipo de braquiterapia, resonancia magnética, misma que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2017.</p>
<p><b>Estrategia 3.4:</b> Favorecer el avance del conocimiento y la profesionalización en las áreas vinculadas con el equipamiento médico</p>	<p><b>3.4.1</b> Apoyar la formación de recursos profesionales y técnicos en el manejo del equipo de gabinetes de diagnóstico y terapéuticos.</p> <p><b>3.4.2</b> Contribuir al desarrollo de evaluación de resultados de investigación que favorezca el avance tecnológico en salud.</p> <p><b>3.4.3</b> Participar en evaluaciones de tecnologías favoreciendo la incorporación de las más costo-efectivas</p> <p><b>3.4.4</b> Incentivar el desarrollo y la divulgación de los avances tecnológicos en las unidades coordinadas.</p>	<p>Los ocho proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la renovación y/o sustitución de equipamiento, cuentan con las evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.</b>		
	<b>3.4.5</b> Mejorar la utilización de la infraestructura y equipamiento, propiciando la aplicación de procedimientos y alternativas terapéuticas costo-efectivas	Los ocho proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la renovación y/o sustitución de equipamiento, cuentan con las evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio.
	<b>3.4.6</b> Apoyar la capacitación y desarrollo del personal de las áreas vinculadas con la operación y mantenimiento del equipamiento médico.	Se elaboró un programa de capacitación para personal de diversas áreas del Hospital, en el cual se incluirá al personal del departamento de Biomédica, en el uso adecuado de monitores de signos vitales, unidades de anestesia, incubadoras, cunas de calor radiante, manejo de gases medicinales, equipo de braquiterapia, resonancia magnética, misma que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2017.
<b>Estrategia 3.5:</b> Actualizar la infraestructura de tecnología de la información	<b>3.5.1</b> Establecer un programa integral para la renovación la infraestructura de equipamiento informático.	Se elaboró el anexo técnico para el proyecto de renovación integral de infraestructura tecnológica, el cual tiene como objetivo, la actualización tecnológica del equipo activo de red, equipo de procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y equipo de videoconferencias.
	<b>3.5.2</b> Vigilar la intercomunicación interna y externa de las aplicaciones informáticas en las unidades de acuerdo al marco normativo.	Se mantuvo permanente supervisión a los sistemas de monitoreo de red implementados, con el propósito de asegurar la adecuada intercomunicación entre los dispositivos y aplicaciones informáticas.
	<b>3.5.3</b> Mantener estándares óptimos de seguridad y confiabilidad en la operación de las redes en las entidades coordinadas.	Se supervisaron y se renovaron las políticas de seguridad de acceso a la red de datos institucional en base en mejores prácticas y de acuerdo con las disposiciones de la normatividad vigente.
	<b>3.5.4</b> Promover la ampliación gradual del equipamiento de cómputo y la actualización de las soluciones informáticas.	A partir de la implementación de herramientas tecnológicas de Código Abierto, y mediante la revisión y análisis de la información obtenida, se han identificado diversas áreas de oportunidad para promover la incorporación de más y mejores soluciones informáticas.
	<b>3.5.5</b> Favorecer sistemas informáticos homogéneos para integrar, procesar e intercambiar información entre las entidades y con las redes de servicios	El Hospital en conjunto con la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, firmaron la Carta de Confidencialidad y No Divulgación, requisito indispensable para la celebración de un convenio de colaboración que permitirá desarrollar las interfaces para lograr la interoperabilidad entre los sistemas de ambas entidades y obtener de manera sistematizada la CURP de los pacientes dentro de los sistemas informáticos institucionales.
	<b>3.5.6</b> Incorporar sistemas que propicien la eficiencia en los procesos, registros, informes y controles de la operación institucional.	En conjunto con el proveedor, se atendieron diversas inconsistencias al módulo de archivo del Sistema de Gestión de Pacientes, el cual se encuentra en operación y en proceso de implementación los módulos de admisión, cajas y urgencias.
<b>Estrategia 3.6:</b> Fortalecer la atención médica y de enseñanza con el uso de	<b>3.5.7</b> Establecer mecanismos e instrumentos para la seguridad y resguardo de los archivos electrónicos institucionales.	Se proporcionó el acceso seguro y controlado al sistema de almacenamiento en red, con la finalidad que más áreas resguarden de manera segura su información y datos.
	<b>3.6.1</b> Establecer un programa integral para la incorporación de la telemedicina para la prestación de servicios en la red.	Personal del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica asistió al evento "TIC SALUD" y "CISCO EXECUTIVE BRIEFING CENTER" con el objetivo de conocer las nuevas tecnologías enfocadas al sector salud y soluciones de telemedicina.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.</b>		
tecnologías de la comunicación		Además, se realizó el análisis de las condiciones actuales de la infraestructura instalada y espacios disponibles dentro de la Institución, para elaborar el programa integral para la incorporación de esta tecnología en el Hospital.
	<b>3.6.2</b> Capacitar al personal médico y paramédico en el uso de equipos de telemedicina.	Derivado de la asistencia a los eventos "TIC SALUD" y "CISCO EBC SALUD", se analizó la situación de la capacidad de conectividad con la que actualmente cuenta el Hospital, para detectar y promover la implementación de soluciones tecnológicas de telemedicina acordes a esta.
	<b>3.6.3</b> Promover la asesoría y análisis de casos entre las instituciones a través de sistemas basados en tecnologías de comunicación.	Se llevaron a cabo conferencias telefónicas entre el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica y la Dirección de Tecnologías de la Información de la CCINSHAE, con el fin de promover en conjunto con los institutos y hospitales miembros de la red NIBA, el desarrollo de una Intranet que permita el intercambio de contenidos e información importante para todos sus integrantes.
	<b>3.6.4</b> Favorecer la enseñanza y la asesoría académica a través de tecnologías de la comunicación.	Se brindó la conectividad inalámbrica a los dispositivos móviles de la comunidad hospitalaria para que, mediante el uso de soluciones tecnológicas de comunicación instantánea, se promueva la enseñanza y asesoría entre alumnos y profesores.

**Resultados Objetivo 3:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas.	100.0	57.1	El indicador al periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 55.7% en el porcentaje del cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas, con respecto a la meta programada de 100%.  La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original, se debe a que al periodo de reporte se han renovado 40 equipos (14 baumanómetros, 13 mesas puente con cremallera, diez camas clínicas con cremallera, dos carros tánico y 1 sistema de braquiterapia de alta dosis), de los 70 anuales que se programaron.  EFECTO: El Hospital al contar con equipo renovado para las áreas sustantivas, permite brindar una mejor atención a los pacientes y realizar mejores diagnósticos para sus tratamientos.
Porcentaje de incremento de sesiones por teleconferencia.	83.3	0	Durante el primer semestre de 2017, no se realizaron sesiones de teleconferencia, debido a que no se recibieron solicitudes.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
<b>Estrategia 4.1:</b> Favorecer la congruencia entre la oferta y la demanda de especialistas particularmente los altamente especializados.	<b>4.1.1</b> Gestionar la asignación de las becas para la formación de especialistas en las entidades de alta especialidad.	Durante el primer semestre de 2017, no se contó con becas, debido a que su gestión se realiza durante agosto.
	<b>4.1.2</b> Favorecer la congruencia entre las necesidades de atención de alta especialidad y los programas de formación y educación continua.	Se realizaron un total de 42 cursos de educación continua, de los cuales estuvieron relacionados con las necesidades de atención de alta especialidad.
	<b>4.1.3</b> Vincular los principales problemas de salud en adultos y niños con la formación de recursos humanos especializados.	En los programas operativos de los cursos de especialización de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría, se contempla el abordaje integral de los principales problemas nacionales de salud como: síndrome metabólico y sus complicaciones, padecimientos oncológicos de alta prevalencia, nefropatías crónicas, embarazo de alto riesgo y prematuridad.
	<b>4.1.4</b> Priorizar las especialidades vinculadas con los problemas nacionales de salud de acuerdo a la vocación institucional.	En los 35 cursos de especialización que se imparten en el Hospital, se favorece la formación de profesionales de la salud en la atención de los principales problemas de salud de acuerdo a los objetivos institucionales.
	<b>4.1.5</b> Fomentar la formación de personal de enfermería y paramédico acorde a las necesidades de las redes de servicios.	La Unidad de Enseñanza no tiene injerencia en la formación de personal de enfermería y paramédico.
	<b>4.1.6</b> Impulsar el desarrollo de cursos de alta especialidad considerando las necesidades de atención de la población.	Se imparten nueve cursos de alta especialidad (Cardiología intervencionista, Córnea y cirugía refractiva, Ecocardiografía, Endoscopia gastrointestinal, Medicina del dolor y cuidados paliativos, Motilidad gastrointestinal, Oncología quirúrgica de cabeza y cuello, Toxicología aplicada a la clínica y Trasplante renal).
	<b>4.1.7</b> Mantener la formación de licenciatura y especialización de personal de enfermería.	La Unidad de Enseñanza no tiene injerencia en la formación de licenciatura y especialización de enfermería.
	<b>4.1.8</b> Favorecer la profesionalización del personal de salud para mejorar la atención.	La Unidad de Enseñanza participa únicamente en el programa de profesionalización del personal médico.
<b>Estrategia 4.2:</b> Fortalecer la vinculación institucional con el sector educativo, para el desarrollo programas de enseñanza.	<b>4.2.1</b> Participar en el diseño de los planes de estudio de medicina de alta especialidad.	Los profesores titulares de cada curso de alta especialidad colaboran en la actualización y adaptación de los programas académicos, de acuerdo a los lineamientos de la Facultad de Medicina de la UNAM.
	<b>4.2.2</b> Promover la actualización de los programas académicos de formación de especialistas para hacerlos acordes a la mejor evidencia disponible.	Debido a que los programas académicos de cada especialidad dependen de las universidades que las avalan, las cuales son autónomas, no es posible modificarlos. Sin embargo, para el caso de la Facultad de Medicina de la UNAM, los programas fundamentados en el PUEM están en revisión y se concluirá la misma a mediados de 2018.
	<b>4.2.3</b> Promover el establecimiento de convenios entre las unidades coordinadas para la formación de personal en medicina y áreas afines.	Se continúan estableciendo acuerdos entre los profesores titulares de los cursos universitarios de las diferentes instituciones, con la finalidad de promover las rotaciones externas idóneas para los médicos residentes que complementen su preparación con las rotaciones internas.
	<b>4.2.4</b> Difundir la información sobre la formación en farmacia, física médica, técnicos en imagenología diagnóstica y terapéutica, entre otras.	La Unidad de Enseñanza no tiene injerencia en la formación de personal en farmacia, física médica, técnicos en imagenología diagnóstica y terapéutica.
	<b>4.2.5</b> Fomentar el desarrollo de programas de posgrado no clínico en las instituciones de alta especialidad.	La Unidad de Enseñanza no tiene forma de fomentar el desarrollo de programas de posgrado no clínico, debido a que la formación corresponde a las escuelas de educación superior de estos profesionistas.
	<b>4.2.6</b> Favorecer el desarrollo de competencias de investigación y docentes en los programas de formación, educación continua y posgrados.	Durante el periodo de reporte, se realizaron dos cursos de metodología de investigación, uno para el personal médico y otro para los profesionales de la salud.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
		como parte del programa de educación continua de la Institución. Para el caso de los residentes la Dirección de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, se está desarrollando un curso obligatorio de la materia en línea, tanto para alumnos como para profesores.
	<b>4.2.7</b> Promover que las instituciones educativas incorporen el enfoque preventivo en las carreras y especialidades de salud.	Las instituciones educativas son autónomas y no es posible modificar sus programas académicos. Sin embargo, dentro de cada programa está implícito el aspecto preventivo.
	<b>4.2.8</b> Promover la formación especializada de profesionales de enfermería y paramédico.	La Unidad de Enseñanza no participa en la formación especializada de profesionales de enfermería y de personal paramédico.
	<b>4.2.9</b> Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza.	Durante el primer semestre de 2017, se cuenta con 12 convenios vigentes: dos con la Universidad Justo Sierra, dos con la Universidad Tominaga Nakamoto. S.C., uno con la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, uno con la Universidad del Valle de México, uno con la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, uno con el Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, uno con la Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz, uno con el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, uno con St. Luke Escuela de Medicina y uno con la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.  Además, cuatro convenios se encuentran en proceso de renovación (dos con la Universidad Nacional Autónoma de México, uno con el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" (Proceso de renovación) y uno con la Universidad Tecnológica de México, S.C. (Proceso de renovación).
	<b>4.2.10</b> Promover el establecimiento de convenios y el cumplimiento normativo en la enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado.	En los 16 convenios vigentes y en renovación en materia de enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado con las diferentes universidades, se contemplan y respetan los aspectos normativos establecidos por las escuelas en los programas académicos.
<b>Estrategia 4.3:</b> Formar recursos humanos de alta especialidad en las entidades coordinadas	<b>4.3.1</b> Contar con programas de formación de especialistas con alta calidad y apegados a la normatividad en la materia.	Se cuenta con programas operativos y académicos en cada uno de los 26 cursos de especialización y nueve de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina del IPN, los cuales están apegados a la norma que regula las residencias médicas. Cabe señalar, que se realizó la revisión de los cursos, en donde participó activamente el Hospital a través de la Unidad de Enseñanza.
	<b>4.3.2</b> Mantener una tasa de retención superior al 80%	Se contó con una tasa de retención superior al 98.4%.
	<b>4.3.3</b> Actualizar los programa operativos considerando el adecuado cumplimiento de las actividades docentes.	Los profesores titulares de los 35 cursos de especialidad y de alta especialidad, actualizan anualmente los programas operativos de estos cursos al inicio de cada ciclo académico.
	<b>4.3.4</b> Favorecer la participación de los residentes en proyectos de investigación institucional.	La Dirección de Investigación ha implementado un curso anual de Metodología de la investigación, dirigido a los médicos residentes del penúltimo año, cuyo producto final es la estructuración de los protocolos de tesis exclusivos para personal médico residente.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
	4.3.5 Evaluar la satisfacción de los médicos residentes.	La evaluación de la satisfacción de los médicos residentes aun no es posible de reportarse, ya que se realiza de forma anual durante enero. No obstante, las visitas de supervisión de los subcomités académicos, que realiza la Facultad de Medicina de la UNAM, se evalúa también la satisfacción.
	4.3.6 Apoyar el desarrollo profesional y la participación académicas internas y externas, nacionales e internacionales de los residentes y alumnos.	Se continúa apoyando la participación del personal médico residente en cursos, congresos nacionales e internacionales, con beca-tiempo, sin embargo, al primer semestre de 2017, no se presentaron solicitudes de beca.
	4.3.7 Coordinar el intercambio de experiencias académicas y aportes de los residentes para la mejora de la formación.	Se realizaron 25 sesiones generales con la asistencia de 4,271 médicos residentes, con un promedio de 126 residentes por sesión. Asimismo, 5,757 residentes asistieron a las diversas sesiones organizadas por las divisiones del Hospital.  Se estableció un curso complementario para médicos residentes, con el objetivo de ampliar su preparación, en el cual participaron residentes y docentes.
	4.3.8 Coordinar la realización de eventos académicos entre los residentes de las EC.	Se está colaborando con las jefaturas de residentes de las entidades coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en la realización del X Congreso de Médicos Residentes, el cual se llevará a cabo durante noviembre de 2017, en el Instituto Nacional de Cancerología.
	4.3.9 Contar con mecanismos para dar seguimiento a los egresados de los programas de formación de las EC.	La Unidad de Enseñanza no cuenta con mecanismos de seguimiento para egresados de los programas de formación. No obstante, algunos cursos tienen un sistema simplificado de seguimiento de sus residentes.
<b>Estrategia 4.4:</b> Actualizar permanentemente al personal de los servicios de salud	4.4.1 Realizar programas de educación continua para el personal de salud en beneficio de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	El Hospital cuenta con un Programa Anual de Actividades Académicas, el cual contiene sesiones, cursos, curso-taller, diplomados y congresos, que están abiertos a cualquier trabajadora y trabajador de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.  Los participantes a los cursos a los de educación continua que concluyeron fue de 2,666 profesionales de la salud, de los cuales 1,914 pertenecen a otras instituciones de salud y educación superior.
	4.4.2 Desarrollar programas que desarrollen las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.	El Programa Anual de Actividades Académicas contempló durante el periodo de enero a junio de 2017, un total de 42 cursos de educación continua, de los cuales 31 de ellos, están directamente relacionados con las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos más frecuentes en la población que atiende el Hospital.
	4.4.3 Promover la perspectiva de género y no discriminación en los cursos de actualización del personal.	El número de profesionales de la salud que concluyó los cursos de educación fue de 2,666, de los cuales, 1,930 fueron mujeres.
	4.4.4 Evaluar la satisfacción de los participantes y asistentes de los cursos de actualización.	La Unidad de Enseñanza realizó la evaluación de la percepción de la calidad en los 42 cursos impartidos de educación continua.  Asimismo, de los 2,666 profesionales que recibieron constancia de conclusión de estudios, el 91.9% de personal médico llenaron los cuestionarios de percepción de la calidad.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
	4.4.5 Promover la permanencia del personal en formación.	El Hospital no cuenta con nuevas plazas debido a los recortes presupuestales que ha tenido. Sin embargo, cuando se libera alguna plaza se les da prioridad a los médicos egresados de los programas de formación del Hospital, siempre y cuando cumplan con la reglamentación correspondiente.
	4.4.6 Facilitar la participación de personal externo en los cursos de educación continua con difusión oportuna de los programas.	El Programa Anual de Actividades Académicas 2017 se difundió de forma digital a través del Portal Institucional, intranet y redes sociales. Además, cada una de las instancias organizadoras de los cursos, se encarga de difundirlos mediante carteles y programas impresos.
	4.4.7 Fortalecer las competencias del personal de las unidades médicas coordinadas.	En el Programa Anual de Actividades Académicas del Hospital, se programaron un total de 42 cursos de educación continua y 23 en materia de capacitación administrativa y gerencial, de los cuales 35 y 20 respectivamente, estuvieron enfocados al fortalecimiento de las competencias del personal del Hospital.
	4.4.8 Fortalecer la gestión médico-administrativa con personal actualizado en competencias y habilidades gerenciales.	Se impartió el curso "Habilidades directivas", el cual estuvo relacionado con el desarrollo y actualización de competencias y habilidades gerenciales.
	4.4.9 Fomentar la capacitación administrativa del personal médico directivo.	
<b>Estrategia 4.5:</b> Hacer de la investigación la base fundamental de la atención médica y de la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud	4.5.1 Favorecer que la atención médica incorpore los avances científicos y la mejor evidencia disponible.	
	4.5.2 Promover la participación en proyectos de investigación clínica, aplicada, de desarrollo tecnológico y de administración de servicios, entre otros.	
	4.5.3 Colaborar con los programas de investigación para la prevención y atención de las prioridades nacionales en salud.	
	4.5.4 Contribuir al avance en los sistemas de salud incorporando los resultados de investigación.	
	4.5.5 Participar en la actualización de guías de práctica clínica y protocolos de atención basados en resultados de investigación.	
	4.6.1 Establecer programas de incorporación y ampliación de equipamiento para el desarrollo de las actividades docentes.	
	4.6.2 Contar con mantenimiento, evaluación y sustitución de la infraestructura y equipos para la docencia de las unidades coordinadas.	
<b>Estrategia 4.6:</b> Fortalecer la infraestructura en equipo para la docencia en las instituciones de alta especialidad	4.6.3 Fomentar el desarrollo de las bibliotecas con énfasis en las modalidades que incorporan tecnologías de la comunicación.	El Hospital cuenta con acceso al Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT), el cual cuenta con información disponible para la comunidad científica y médica.
	4.6.4 Promover la capacitación y actualización del personal de bibliotecas.	La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad impartió un curso en el Hospital, referente al manejo de los recursos digitales a través del CONRICyT, en donde asistieron dos servidores públicos.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
	<b>4.6.5</b> Mantener e incrementar el acervo bibliográfico e histórico de las instituciones coordinadas.	Debido a las restricciones presupuestales no se ha incrementado el acervo bibliográfico. Sin embargo, se colaboró con las entidades coordinadas por la CCINSHAE en la adquisición de la plataforma CONRICyT.
	<b>4.6.6</b> Apoyar el uso de equipos de cómputo para las actividades académicas de alumnos y residentes de acuerdo con la disponibilidad de recursos.	Se proporcionó el soporte técnico especializado multimedia para la realización y desarrollo de sesiones generales, cursos, diplomados, foros y eventos especiales en el auditorio, aula magna y salas de usos múltiples.
	<b>4.6.7</b> Orientar la atención al usuario de las bibliotecas institucionales, principalmente las digitales.	La Unidad de Enseñanza en conjunto con la CCINSHAE, llevó a cabo dos actividades de capacitación sobre el manejo de los recursos digitales del CONRICyT, una de ellas para personal médico residente y otra para profesionales de la salud.  Por otra parte, el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica brindó y supervisó la conectividad a la biblioteca digital alojada en el portal del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica, y en conjunto con la Dirección de Investigación y el área de Enseñanza, se continúa brindando el acceso a dicho portal desde la red de datos institucional de manera segura y controlada.
	<b>4.6.8</b> Promover el intercambio ágil de bibliografía científica, educativa y relacionada con la salud.	Debido a las restricciones de presupuesto no ha sido posible implementar la biblioteca digital, la cual permite formar parte de un sistema de intercambio bibliográfico entre bibliotecas del sector, lo que favorecería el intercambio de experiencias entre trabajadores de nuestra biblioteca y la de otras instituciones.
	<b>4.6.9</b> Promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el área de manejo de acervos bibliográficos.	Debido a las restricciones de presupuesto no ha sido posible implementar la biblioteca digital, la cual permite formar parte de un sistema de intercambio bibliográfico entre bibliotecas del sector.
<b>Estrategia 4.7:</b> Apoyar la realización de las actividades docentes y académicas	<b>4.7.1</b> Establecer sistemas innovadores para el financiamiento de las actividades docentes de alta especialidad.	El Hospital no cuenta con un sistema de financiamiento de las actividades docentes de alta especialidad.
	<b>4.7.2</b> Fomentar la colaboración público-privada para las actividades docentes en las instituciones de alta especialidad.	La Unidad de Enseñanza del Hospital, gestionó ante las autoridades de la Universidad Justo Sierra un Diplomado de actualización docente, logrando la autorización para 30 profesores de pregrado y posgrado, así como seis plazas de maestría para docentes de internado del Hospital, el cual dará inicio en el segundo semestre del año.
	<b>4.7.3</b> Hacer uso óptimo de las áreas de enseñanza.	Se llevó a cabo la calendarización de las aulas, aula magna y auditorio, para el manejo óptimo de las mismas, tomando en consideración el número de alumnos que acuden de ciclos clínicos, internado de pregrado, capacitación y educación continua. Además, se consiguió la remodelación del techo de dos aulas dañadas.
	<b>4.7.4</b> Participar como sede de eventos académicos en la red de servicios.	El Hospital es sede permanente de cursos de actualización y de formación de recursos para la salud, los cuales se clasifican en cursos, cursos-taller y diplomados.
	<b>4.7.5</b> Posicionarse como centros de formación y actualización de recursos humanos de alta calidad.	El Hospital es sede de cursos de actualización y de formación de recursos para la salud. Cuenta con 26 cursos de especialización y nueve de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, las Facultades de Medicina y Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina de IPN.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.</b>		
	<b>4.7.6</b> Realizar acciones de coordinación con directivos de enseñanza de las entidades coordinadas.	CCINSHAE
	<b>4.7.7</b> Apoyar las gestiones vinculadas con asignación de becas, programas de estímulos para alumnos y residentes.	CCINSHAE
	<b>4.7.8</b> Favorecer los programas de rotaciones internas y externas para la adecuada formación y actualización de recursos humanos.	Durante el primer semestre de 2017, acudieron al Hospital 172 médicos residentes provenientes de otros hospitales nacionales y del extranjero. Asimismo, 251 médicos residentes del Hospital acudieron a diversos hospitales del país y del extranjero para complementar su preparación.
	<b>4.7.9</b> Coordinar los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las actividades sustantivas de enseñanza.	CCINSHAE

**Resultados Objetivo 4:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Eficiencia terminal de médicos especialistas	0	0	Este indicador se reporta anualmente.
Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	0	0	Este indicador se reporta anualmente.
Percepción de la calidad de los cursos de educación continua	9.1	9.0	<p><b>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</b></p> <p>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 1.1% en la percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 9.1.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador respecto a la programación original se debió que de los 2,666 profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua, solamente 2,450 profesionales de la salud respondieron la encuesta de percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua. Lo cual repercutió en la sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud encuestados que participaron en los cursos de educación continua.</p> <p>Sin embargo, se logró una percepción satisfactoria con calificación de 9.0 en la calidad de los cursos de educación continua impartidos.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: La Unidad de Enseñanza mejorará las estrategias para que los organizadores de los cursos apliquen el formulario de</p>



			evaluación de calidad de los cursos y los profesionales de la salud que concluyen estos lo llenen.
--	--	--	--

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables <sup>2/</sup> 1er. Semestre 2017
<b>Objetivo 5.- Impulsar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.</b>		
<b>Estrategia 5.1:</b> Desarrollar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.	<b>5.1.1</b> Elaborar la propuesta del sistema docente de las instituciones formadoras de recursos humanos especializados en salud.	CCINSHAE
	<b>5.1.2</b> Proponer un sistema de incentivos al personal con actividades docentes en las instituciones de salud de alta especialidad.	El Hospital no cuenta con un sistema de incentivos para el personal con actividades docentes, con excepción de la proporcionada a los académicos de la Facultad de Medicina en el programa PEPASIG.
	<b>5.1.3</b> Favorecer el desarrollo institucional que fomente el desempeño y el reconocimiento de las actividades docentes.	La Unidad de Enseñanza cuenta con un programa de estímulos a la productividad y al rendimiento del personal académico de asignatura, el cual es proporcionado por la UNAM anualmente.
	<b>5.1.4</b> Desarrollar los criterios de ingreso y permanencia de docentes de alta especialidad, promoviendo la actualización continua del personal.	Los criterios de ingreso y permanencia de docentes de alta especialidad y la promoción de la actualización continua del personal académico depende de las universidades.

**Resultados Objetivo 5:**

Indicador	Meta Primer Semestre 2017		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presentación de propuesta de Programa de Reconocimiento del Ejercicio Docente en Entidades de Alta Especialidad.			

## **Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018 Informe de Resultados Relevantes Primer Semestre 2017**

El Hospital Juárez de México, ofrece a la población abierta prestación de servicios médico-quirúrgicos, con tecnología de punta, con altos estándares de calidad, seguridad y trato humano, con especial atención a los grupos vulnerables y personas de la tercera edad e indígenas, sin importar su clase social o derechohabencia.

Asimismo, se cuenta con 51 servicios para la atención de diversas patologías, como son las enfermedades crónico, degenerativas, metabólicas, oncológicas, quirúrgicas, congénitas, infecciosas, entre otras.

Con el propósito de mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, el Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos realizó 11 sesiones ordinarias, para monitorear la estadística de los 543 incidentes notificados. Además, para contar con un mejor registro de los eventos y proponer acciones de mejora, se agregó en la plataforma de registro las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y las úlceras por presión.

En lo referente a la detección y atención oportuna de receptores de violencia, violencia familiar o de género, se cuenta con la campaña “Acoso Acusa”, con la finalidad de sensibilizar la denuncia en caso de acoso sexual. Además, el 25 de cada mes se realiza el “Día Naranja” para promover la no violencia contra las mujeres.

Para favorecer el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica, el Hospital continúa participando en la compra consolidada de medicamentos, coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Por otra parte, se cuenta con dos contrataciones plurianuales para el abasto de medicamentos.

El Hospital cuenta con 23 comités, seis subcomités y seis comisiones, los cuales sesionaron en 125 ocasiones, generando 237 acuerdos (94 concluidos y 143 en proceso).

Con la finalidad de sensibilizar e impulsar la donación altruista de sangre, se realizaron pláticas mensuales en el área de Banco de sangre, se conmemoró el Día mundial de donación de sangre y se participó en el foro AMANC.

Para fortalecer la atención por personal especializado a pacientes y/o usuarios receptores de violencia familiar, la Unidad de salud mental, atiende a pacientes que sufrieron de violencia intrafamiliar, de género y trata de personas.

A fin de conocer la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida, se realizaron dos evaluaciones, una en la atención médica ambulatoria y otra en la atención médica hospitalaria, donde se tuvo una satisfacción del 83.9% y 89.6% respectivamente.

Asimismo, se aplicaron 188 encuestas del programa aval ciudadano en el servicio de urgencias y de admisión continua, generando una satisfacción del 80%.

El Hospital otorga atención a las emergencias obstétricas vigilando el bienestar de la madre y el producto, por lo que al periodo que se informa se atendió a través del Código Mater a 39 pacientes.

En lo referente a definir mecanismos que permitan la generación y uso de recursos, la Institución celebró cinco convenios, en materia de servicios médico-hospitalarios, quirúrgicos, trasplante de órganos, y radioterapia y medicina nuclear.

Con el propósito de promover la donación altruista de órganos, y su uso y aprovechamiento de acuerdo a la normatividad vigente, se remodeló y amplió el área de Transplantes, para otorgar una mejor atención a los pacientes que requieren trasplante renal y de córnea, se cuenta con un programa de trasplante y con un grupo de procuración de órganos, y se llevaron a cabo campañas de donación de órganos.

La Institución otorga atención a la población con perfil geriátrico a través de la Clínica del Adulto Mayor, por lo que al periodo de reporte se otorgaron 2,028 consultas.

El servicio de Medicina Física y Rehabilitación atiende a pacientes referidos de las especialidades de Ortopedia, Neurología, Neurocirugía, Pediatría, Reumatología, Oncología y Medicina interna, otorgando durante el primer semestre de 2017, un total de 72,570 sesiones de rehabilitación.

El servicio de Oncología proporciona atención a pacientes referidos de otras instituciones y a los que acuden por primera vez al servicio con una enfermedad oncológica avanzada, en cual se les brinda atención médico quirúrgica, diagnóstica y de tratamiento.

A fin de favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, se estructuró el Comité de la Unidad Interna de Protección Civil y se elaboró su manual de funcionamiento, para dar cumplimiento a la normativa en materia de protección civil. Asimismo, se revisaron los lineamientos para la atención a pacientes en caso de emergencias y desastres, para estar en condiciones de solventar cualquier siniestro o desastre.

Con el objetivo de implementar modelos de gestión hospitalaria, se revisaron 28 cédulas de autoevaluación para obtener la acreditación por CAUSES y Gastos Catastróficos.

Para favorecer el desarrollo, actualización y apego a las Guías de Práctica Clínica (GPC) y protocolos de atención, se revisó el protocolo para la prevención de úlceras por presión, mismo que se implementó en la unidad de terapia intensiva adultos. Además, se aplicaron 13 GPC, para revisar el apego de buenas prácticas en la atención médica.

Se obtuvieron ingresos por un importe de \$45,289 miles de pesos por casos médicos atendidos de Seguro Popular, CAUSES y convenios por la prestación de servicios médicos con el CUSAEM, con la Fundación INBURSA y el Estado de Hidalgo.

Con el propósito de impulsar las acciones de transparencia, se solicitó a los Directores, Subdirectores, Jefes de Servicio y de División, promover la práctica sistemática de desclasificación de expedientes, mejorar tiempos de respuesta a solicitudes de información y recursos de revisión, y documentar toda decisión y actividad gubernamental.

Con la finalidad de difundir los mecanismos para la atención de pacientes, en el portal institucional y en los servicios médicos del Hospital se promueve el sistema de Cita telefónica de primera vez, Programación de cita en línea para la realización del estudio socioeconómico y Programación de cita en línea para donación de sangre.

En lo referente al proceso de certificación del Hospital ante el Consejo de Salubridad General (CSG), se llevaron a cabo 146 reuniones multidisciplinarias con los equipos que conforman cada estándar, en donde se capacitaron a 110 profesionales en la metodología de estándares para certificar hospitales.

En cuanto a la capacitación del personal responsable del proceso para la atención al usuario, con asertividad y compromiso de servicio, se realizaron tres cursos de calidad en el trato digno, contando con la participación de 249 profesionales de la salud.

El Hospital proporciona atención médico quirúrgica a población de diversos pueblos indígenas, respetando en todo momento sus costumbres y tradiciones, por lo que al periodo que se informa, se brindó atención a 19 personas.

A fin de promover la vigilancia de alertas por efectos secundarios, se realizaron tres cursos en materia de farmacovigilancia y tecnovigilancia, capacitando a 290 personas.

Se elaboró el programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipamiento del Hospital para el ejercicio 2017, realizando mantenimientos a los siguientes equipos: unidad de cobalto, unidad de ultrasonido, lámparas quirúrgicas, camas eléctricas y esterilizadores de vapor directo.

Se cuenta con ocho proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la sustitución y/o adquisición de equipamiento.

Se elaboró un programa de capacitación para el personal de diversas áreas del Hospital, en el uso adecuado de monitores de signos vitales, unidades de anestesia, incubadoras, cunas de calor radiante, manejo de gases medicinales, equipo de braquiterapia y resonancia magnética.

En cuanto a la necesidad de impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en el Hospital, se elaboró el anexo técnico para el proyecto de renovación integral de infraestructura tecnológica, el cual tiene como objetivo, la actualización tecnológica del equipo activo de red, equipo de procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y equipo de videoconferencias.

Se supervisaron los sistemas de monitoreo de red implementados, con el propósito de asegurar la adecuada intercomunicación entre los dispositivos y aplicaciones informáticas.

El Hospital en conjunto con la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, llevaron a cabo la firma de Carta de Confidencialidad y No Divulgación, la cual es requisito indispensable para la elaboración del convenio de colaboración, lo que permitirá desarrollar las interfaces tecnológicas para lograr la interoperabilidad entre los sistemas de ambas entidades y obtener de manera sistematizada la CURP de los pacientes dentro de los sistemas informáticos institucionales.

Con el objetivo de establecer mecanismos e instrumentos para la seguridad y resguardo de los archivos electrónicos institucionales, se proporcionó el acceso seguro y controlado al sistema de almacenamiento en red, para que más áreas resguarden de manera segura su información y datos.

Personal del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica asistió al evento "TIC SALUD" y "CISCO EXECUTIVE BRIEFING CENTER" con el objetivo de conocer las nuevas tecnologías enfocadas al sector salud y soluciones de telemedicina. Además, se realizó el análisis de las condiciones actuales de la infraestructura instalada y espacios disponibles dentro de la Institución, para elaborar el programa integral para la incorporación de esta tecnología en el Hospital.

Para promover la asesoría y análisis de casos entre las instituciones a través de sistemas basados en tecnologías de comunicación, se llevaron a cabo conferencias telefónicas entre el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica y la Dirección de Tecnologías de la Información de la CCINSHAE, a fin de proponer y promover en conjunto con los institutos y hospitales miembros de la red NIBA, el desarrollo de una Intranet que permita el intercambio de contenidos e información importante para todos sus integrantes.

Se brindó la conectividad inalámbrica a los dispositivos móviles de la comunidad hospitalaria para que, mediante el uso de soluciones tecnológicas de comunicación instantánea, se promueva la enseñanza y asesoría entre alumnos y profesores.

Con el propósito de favorecer la congruencia entre la oferta y la demanda de especialistas y los programas de formación y educación continua, se realizaron 42 cursos de educación continua, los cuales estuvieron relacionados con las necesidades de atención de alta especialidad.

Para vincular los principales problemas de salud en las personas adultas y niñez con la formación de recursos humanos especializados, los programas académicos y operativos de los cursos de especialización de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecobstetricia y Pediatría, contemplan en sus programas académicos y operativos el análisis integral de los principales problemas nacionales de salud como: síndrome metabólico, padecimientos oncológicos y nefropatías, embarazo de alto riesgo y prematurez.

Para impulsar el desarrollo de cursos de alta especialidad considerando las necesidades de atención de la población, el Hospital imparte nueve cursos de alta especialidad (Cardiología intervencionista, Córnea y cirugía refractiva, Ecocardiografía, Endoscopia gastrointestinal, Medicina del dolor y cuidados paliativos, Motilidad gastrointestinal, Oncología quirúrgica de cabeza y cuello, Toxicología aplicada a la clínica y Trasplante renal).

Se cuenta con programas operativos y académicos en cada uno de los 26 cursos de especialización y nueve de alta especialidad, avalados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UNAM y la Escuela Superior de Medicina del IPN.

A efecto de fortalecer la vinculación institucional con el sector educativo, para el desarrollo programas de enseñanza y favorecer el desarrollo de competencias de investigación y docentes en los programas de formación, educación continua y posgrados; en el Hospital se realizaron dos cursos de metodología de investigación, uno para el personal médico y otro para los profesionales de la salud.

La Institución continúa impulsando la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza, por lo que al primer semestre de 2017 se tienen 12 convenios vigentes.

En el Hospital se promueve la perspectiva de género y no discriminación en los cursos de actualización médica continua, en los cuales se contó con una asistencia total de 2,666 a los cursos de educación, de los cuales 1,930 fueron mujeres.

Con la finalidad de fortalecer la infraestructura en equipo para la docencia en instituciones de alta especialidad, la Unidad de Enseñanza en conjunto con la CCINSHAE, llevó a cabo dos actividades de capacitación sobre el manejo de los recursos digitales del CONRICyT, una de ellas para personal médico residente y otra para profesionales de la salud.

Se proporciona apoyo para la realización de actividades docentes y académicas gestionando ante la Universidad Justo Sierra un Diplomado de actualización docente, para los profesores de pregrado y posgrado del Hospital.

## Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2017. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2017 del Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud".

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2017							
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2017							
Informe de <u>enero - junio</u> 2017							
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:		NAW					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO					
NIVEL MML	INDICADORES	META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACIÓN META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
			PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"							
FIN (1)	<p>Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	1.8	1.8	2.5	38.9	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento en un superior en un 38.9% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con relación a la meta programada de 1.8, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al aumento del 43% en el número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les abrió expediente clínico institucional, con relación a los 300 pacientes referidos programados, debido a que han acudido más pacientes del programa de causas y referidos de otras instituciones de salud.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Menor capacidad de respuesta ante riesgos epidemiológicos y presiones de gasto para atender las diversas patologías.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Actualizar el procedimiento para la apertura de expedientes clínicos y referencia de pacientes.</p>
	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	600	300	429			
	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100	33,000	16,500	16,853			
PROPOSITO (2)	<p>Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	94.0	94.0	93.1	1.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 1% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada del 94.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a la atención médica hospitalaria oportuna e integral brindada a los pacientes en el cuidado de sus enfermedades crónico degenerativas y padecimientos complejos.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	17,390	8,550	8,625			
	Total de egresos hospitalarios x 100	18,500	9,100	9,262			

COMPONENTE (3)	<p>Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	87.5	87.5	83.9	4.1	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 4.1% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con relación a la meta programada de 87.5% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, obedece a que únicamente siete usuarios menos en atención ambulatoria, con respecto a los 168 usuarios programados, manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención ambulatoria recibida inferior a 80 puntos, en los rubros de Información, Instalaciones y Equipo.</p> <p>Los servicios en los cuales se aplicaron las encuestas fueron: Preconsulta (37), Cirugía General (23), Ginecología (22), Reumatología (18), Cardiología (16), Endocrinología (12), Gastroenterología (11), Dermatología (10), Endoscopia (8), Oftalmología (6), Medicina Interna (5), Cirugía Maxilofacial (5), Alergia (5), Ortopedia (4), Neurocirugía (4), Biología de la Reproducción Humana (1), Geriatria (1), Infectología (1), Genética (1), Neurología (1) y Pediatría (1).</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El comportamiento del indicador adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>El comportamiento del indicador es adecuado. No obstante, se sensibilizará al personal en contacto con el paciente, a fin de mejorar la actitud de servicio, el trato y las comunicaciones con el mismo. En lo referente a instalaciones y equipo, se analizarán las encuestas para identificar las instalaciones y equipos de aquellos en los que el paciente no tiene una buena percepción.</p>
	<p>Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos</p>	336	168	161			
	<p>Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100</p>	384	192	192			
COMPONENTE (4)	<p>Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas respecto al total realizado, con respecto a la meta programada de 100.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que el 3.2% de las sesiones de rehabilitación no se realizaron debido a que se capacitó al personal médico y terapeutas físicos, repercutiendo en los tiempos de atención.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Incremento del diferimiento de la consulta.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Mejorar la programación de las metas, considerando todos los factores como la capacitación.</p>
	<p>Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas</p>	151,200	75,000	72,570			
	<p>Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100</p>	151,200	75,000	72,570			
COMPONENTE (5)	<p>Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	46.7	46.4	65.1	40.3	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 40.3% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 46.4%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 26% en los procedimientos diagnósticos realizados considerados de alta especialidad por la institución, con relación a la meta programada de 10,300 procedimientos, a causa de patologías de mayor complejidad que se presenta en los pacientes, los cuales requirieron de un mayor número de estudios de diagnóstico especializado.</p> <p>Además, se registró una disminución del 10.2% en el total de procedimientos diagnósticos realizados, con respecto a la meta programada de 22,200 procedimientos, derivado de realizar un mayor número de estudios de alta complejidad por las patologías de los pacientes.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Mayor diferimiento en las citas para diagnóstico de procedimientos ambulatorios.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b> Mejorar la programación de las metas considerando las acciones implementadas como mejorar los registros de procedimientos de diagnóstico ambulatorios.</p>
	<p>Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución</p>	21,000	10,300	12,977			
	<p>Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100</p>	45,000	22,200	19,935			



COMPONENTE (6)	<p>Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados</p> <p>FÓRMULA: <math>VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100</math></p>	85.1	85.2	61.4	27.9	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 27.9% en el porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con relación a la meta programada del 85.2%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a un incremento del 40.2% en los procedimientos terapéuticos realizados considerados de alta especialidad por la institución, con respecto a la meta programada de 281 procedimientos. Este resultado se debió al apoyo que se brinda principalmente al Hospital General de México y hospitales del Estado de México.</p> <p>Además, se incrementó en un 94.5% el total de procedimientos terapéuticos realizados, con relación a los 330 procedimientos programados, derivado de que el Hospital cuenta con tecnología de punta y personal capacitado, lo que permite ser considerado como un centro de referencia para la realización de estos procedimientos.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Mayor diferimiento en las citas para procedimientos terapéuticos ambulatorios y presiones de gasto para atender la demanda de pacientes.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Implementación de la herramienta estratégica para el registro electrónico confiable (base de datos) de los pacientes atendidos, estudios y procedimientos de alta especialidad realizados en el servicio de Endoscopia.</p>
	<p>Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución</p>	553	281	394			
	<p>Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100</p>	650	330	642			
COMPONENTE (7)	<p>Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)</p> <p>FÓRMULA: <math>VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100</math></p>	99.0	99.0	101.1	2.1	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 2.1% de eficacia en el otorgamiento de la consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta), con relación a la meta programada de 99.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a la capacidad que tiene el Hospital para otorgar consultas externas de primera vez, subsecuentes y preconsulta, Lo que permitió atender oportunamente a la población usuaria que solicitó atención en las especialidades médicas con las que cuenta la Institución.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	<p>Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)</p>	221,000	108,250	110,482			
	<p>Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta) x 100</p>	223,150	109,300	109,300			
COMPONENTE (8)	<p>Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos</p> <p>FÓRMULA: <math>VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100</math></p>	87.5	87.5	89.6	2.4	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta, tuvo un cumplimiento superior en un 2.4% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con relación a la meta programada de 87.5% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, obedece a que cuatro usuarios más de los 168 programados en la atención hospitalaria, manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos, en los rubros de Información.</p> <p>Los servicios en los cuales se aplicaron las encuestas fueron: Cirugía General de Adultos (49), Ortopedia (38), Oncología (30), Ginecología (21), Cirugía Vasculuar (13), Otorrinolaringología (10), Urología (9), Medicina Interna (6), Ortopedia Pediátrica (4), Nefrología (4), Gastroenterología (3), Geriatria (3), Oftalmología (1) y Neurocirugía (1).</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	<p>Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos</p>	336	168	172			
	<p>Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100</p>	384	192	192			

COMPONENTE (9)	<p>Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	90.0	90.0	90.1	0.1	VERDE	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 0.1%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 90.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 12.8% en el número de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 225 expedientes. Este resultado se debió a la suma de las acciones para la revisión de los expedientes clínicos con apego a la NOM por los jefes de servicio, médicos adscritos y médicos residentes.</p> <p>Además, del incremento del 12.8% en el total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional, con relación a la meta programada de 250 expedientes, se debió a la participación de los jefes de servicio de enviar oportunamente las cédulas de evaluación, para que sean revisadas por el Comité.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>El cumplimiento del indicador fue adecuado.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>El cumplimiento del indicador fue adecuado. No obstante, se continuará con la implementación de las acciones para mantener el apego a la NOM SSA 004 en el expediente clínico.</p>
	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	450	225	254			
	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	500	250	282			
COMPONENTE (11)	<p>Porcentaje de ocupación hospitalaria</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	86.0	85.3	91.5	7.3	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 7.3% en el porcentaje de ocupación hospitalaria, con relación a la meta programada de 85.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento de color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a un incremento del 6.7% en el número de días paciente, con relación a la meta programada de 60,100. Este resultado obedece a una mayor demanda de pacientes que acuden al Hospital y apego a la política de "Cero rechazo".</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Saturación de los servicios hospitalarios que limitan la capacidad de respuesta de los servicios médicos para atender situaciones de contingencia epidemiológica y/o desastres de diversa naturaleza.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Supervisar la implementación del procedimiento de alta y prealta y el procedimiento de interconsultas, así como revisar por parte del servicio de Patología la entrega oportuna de los estudios histopatológicos, sobre todo de pacientes oncológicos.</p>
	Número de días paciente durante el período	121,500	60,100	64,113			
	Número de días cama durante el periodo x 100	141,255	70,434	70,047			
COMPONENTE (12)	<p>Promedio de días estancia</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2</p>	5.6	5.6	5.9	5.4	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del período que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 5.4% en el porcentaje de días estancia, con relación a la meta programada de 5.6%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 7.6% en el número de días estancia, con relación a la meta programada de 51,000. Este resultado obedece a que los pacientes se presentaron con patologías de alta complejidad y crónico degenerativas por lo que requirieron de mayor estancia hospitalaria, y al aumento en el número de egresos hospitalarios.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Saturación de los servicios hospitalarios que limitan la capacidad de respuesta de los servicios médicos para atender situaciones de contingencia epidemiológica y/o desastres de diversa naturaleza.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Implementación de la redistribución de camas censables.</p>
	Número de días estancia	103,000	51,000	54,851			
	Total de egresos hospitalarios	18,500	9,100	9,262			

ACTIVIDAD (13)	<p>Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	75.0	75.0	68.3	8.9	AMARILLO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 8.9% en la proporción de consulta de primera vez respecto a preconsultas, con relación a la meta programada 75.0%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 24.2% en el número de preconsultas otorgadas, con relación a la meta programada de 5,600 preconsultas. Este resultado obedece a una supervisión de la permanencia del personal en las áreas de trabajo y a un mejor registro de las preconsultas. Este resultado impactó en el incremento del 13.1% en el número de consultas de primera vez otorgadas, con relación a las 4,200 consultas programadas, debido a que los pacientes requieren de atención de alta especialidad a causa de las patologías que presentan.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>Incremento en el diferimiento de la consulta subsecuente.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Analizar la meta programada considerando el aumento en la demanda de pacientes que requieren asistencia médica.</p>
	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	8,400	4,200	4,750			
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	11,200	5,600	6,957			
ACTIVIDAD (14)	<p>Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000</p>	6.7	6.8	4.3	36.8	ROJO	<p><b>CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:</b></p> <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior en un 36.8% en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria), con relación a la meta programada de 6.8%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador respecto a la meta original, se debió a la reducción en 26.6% en el número de episodios de infecciones nosocomiales, con relación a la meta programada de 349 episodios, a causa de que se cuenta con un programa de control de infecciones cuyas principales acciones consisten en estrategias horizontales, como el uso racional de microbianos, el aislamiento oportuno de pacientes infectados o colonizados, la aplicación de paquetes de medidas preventivas, priorizando los riesgos de las distintas áreas y la utilización de la herramienta INCC en vigilancia epidemiológica activa.</p> <p><b>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN:</b></p> <p>La disminución en 36.8% de la tasa de infección nosocomial, refleja un beneficio para los pacientes y para los trabajadores de la salud de la Institución.</p> <p><b>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</b></p> <p>Continuar con la capacitación del personal médico y de enfermería en el programa de control de infecciones e incrementar las acciones de difusión de los resultados de control de infecciones en el Hospital.</p>
	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	690	349	256			
	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	103,000	51,000	59,342			

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, del **Programa Presupuestal E023 “Atención a la salud”**, se reportaron un total de 14 indicadores, los cuales se situaron en la siguiente semaforización.

Programa Presupuestal	Semaforización			Total de Indicadores
	Verde	Amarillo	Rojo	
E023 “Atención a la salud”	6	3	4	13

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestran **los indicadores que no alcanzaron la meta programada ubicándose en semáforo rojo**, se describen el análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original y las acciones que se implementarán para mejorar sus resultados.

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

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
1	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional.	1.8	2.5	38.9	Superior	Este resultado se debió al aumento del 43% en el número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les abrió expediente clínico institucional, con relación a los 300 pacientes referidos programados, debido a que han acudido más pacientes del programa de CAUSES y referidos de otras instituciones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizar el procedimiento para la apertura de expedientes clínicos y referencia de pacientes.</li> </ul>
5	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios	46.4	65.1	40.3	Superior	El resultado de este indicador, se debió al incremento del 26% en los procedimientos diagnósticos realizados considerados de alta especialidad por la institución, con relación a la meta programada de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la programación de las metas considerando mejorar el registro de procedimientos de diagnóstico ambulatorios.</li> </ul>

	de alta especialidad realizados.					10,300 procedimientos, derivado de atender pacientes con patologías de mayor complejidad, los cuales requirieron de un mayor número de estudios de diagnóstico especializado.	
6	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	85.2	61.4	27.9	Inferior	La variación en el resultado del indicador, se debió al incremento del 40.2% en los procedimientos terapéuticos de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 281 procedimientos, derivado del apoyo que se brinda principalmente al Hospital General de México y hospitales del Estado de México. Además, se incrementó en 94.5% el total de procedimientos terapéuticos realizados, con relación a los 330 procedimientos programados, derivado de que el Hospital cuenta con tecnología de punta y personal capacitado, lo que permite ser considerado como un centro de referencia para la realización de estos procedimientos.	Implementar una herramienta estratégica para el registro electrónico confiable (base de datos) de los pacientes atendidos, estudios y procedimientos de alta especialidad realizados en el servicio de Endoscopia.
14	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria).	6.8	4.3	36.8	Inferior	El resultado de este indicador se debió a que se disminuyó la tasa de infección nosocomial a 4.3 con relación a la meta programada de 6.8, debido a que se registraron menos episodios (256) con relación a los 349 programados, a causa de que se cuenta con un programa de control de infecciones cuyas principales acciones consisten en estrategias horizontales, como el uso racional de microbianos, el aislamiento oportuno de pacientes infectados o colonizados, la aplicación de paquetes de medidas preventivas, priorizando los riesgos de las distintas áreas y la utilización de la herramienta INICC en vigilancia epidemiológica activa. Es importante mencionar que el sentido de este indicador es descendente, por lo que la disminución de la tasa de infección nosocomial, refleja un beneficio para los pacientes y para los trabajadores de la salud de la Institución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar con la capacitación del personal médico y de enfermería en el programa de control de infecciones e incrementar las acciones de difusión de los resultados de control de infecciones en el Hospital.</li> </ul>

## ADMINISTRACIÓN

### Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos).

Capítulo de Gasto	Presupuesto Federal								Ingresos Propios				
	1er. semestre 2016			1er. semestre 2017					1er. semestre 2016		1er. semestre 2017		
			Ejercido	Autorizado Anual	Autorizado Periodo	Modificado Anual	Modificado Periodo	Ejercido Periodo	Captados	Ejercidos	Original Anual	Captados Periodo	Ejercidos
1000	365,954	380,720	380,075	930,496	409,071	930,287	404,744	404,744	0	0	0	0	0
2000	88,900	89,798	89,567	142,714	46,928	137,745	58,590	58,590	39,507	16,153	94,865	43,188	27,734
3000	96,204	94,306	94,306	159,419	71,056	164,389	92,905	92,905	61,463	32,849	174,785	57,683	35,548
4000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350	167	0
5000	0	0	0	0	0	0	0	0	29,744	29,744	0	0	0
6000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>551,058</b>	<b>564,824</b>	<b>563,948</b>	<b>1,232,629</b>	<b>527,055</b>	<b>1,232,421</b>	<b>556,239</b>	<b>556,239</b>	<b>130,714</b>	<b>78,746</b>	<b>270,000</b>	<b>101,038</b>	<b>63,282</b>

#### Comportamiento presupuestal.

Para el primer semestre de 2017, se contempló un presupuesto modificado de \$657,277 miles de pesos, integrado por los recursos federales e ingresos propios, ejerciéndose para la operación del Hospital un importe de \$619,521 miles de pesos, lo que representa un 94% respecto al presupuesto modificado.

El presupuesto ejercido de \$619,521 miles de pesos, corresponde a presupuesto pagado, quedando una disponibilidad de \$37,756 miles de pesos, que corresponden a gasto de operación, distribuidos entre los capítulos 2000, 3000 y 4000.

Se estimó captar ingresos por la cantidad de \$160,000 miles de pesos, logrando captar ingresos por un monto de \$101,038 miles de pesos, alcanzando el 63% respecto a lo estimado.

La captación de recursos de ingresos propios fue de \$101,038 miles de pesos, observando un decremento del 23% con relación al mismo periodo de 2016, que fue de \$130,714 miles de pesos.

#### Capítulo 1000 "Servicios Personales".

Los recursos fiscales modificados ascendieron a un total de \$404,744 miles de pesos, ejerciéndose al 100%.

#### Capítulo 2000 "Materiales y Suministros".

Los recursos modificados ascendieron a \$101,778 miles de pesos, ejerciéndose \$86,324 miles de pesos, lo que representa el 85% respecto al presupuesto modificado.

**Capítulo 3000 “Servicios Generales”.**

Los recursos modificados ascendieron a \$150,588 miles de pesos, ejerciéndose \$128,453 miles de pesos, lo que representa el 85% respecto al presupuesto modificado.

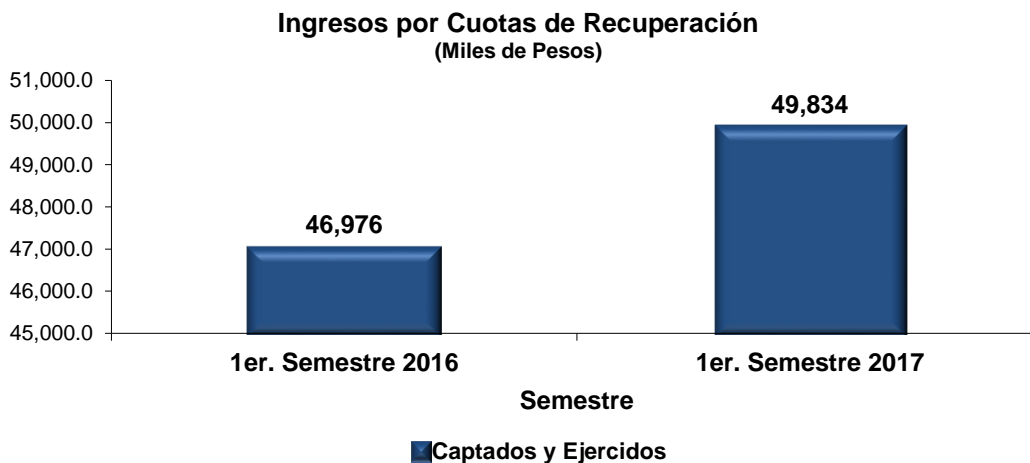
**Capítulo 4000 “Subsidios”.**

Los recursos modificados ascendieron a \$167 miles de pesos, sin ejercerse al periodo de reporte.

Es importante señalar, que aunque el presupuesto autorizado se ha ejercido al cien por ciento, el Hospital sufre una presión de gasto de alrededor de \$180,000,000.00 pesos, en las siguientes partidas de gasto:

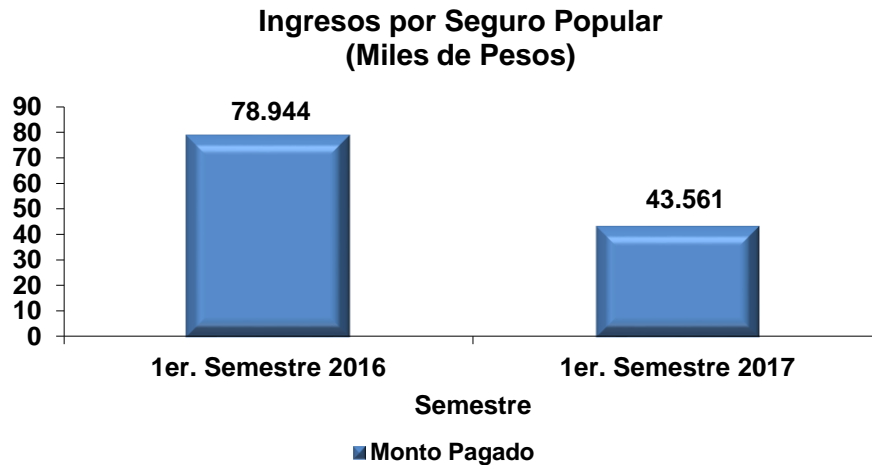
Partida	Nombre	Importe (miles de pesos)
25101	Productos químicos básicos	\$60,000.00
32401	Arrendamiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio.	\$10,000.00
33901	Subcontratación de servicios con terceros	\$100,000.00
35401	Instalación, reparación y mantenimiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio.	\$10,000.00
<b>Total</b>		<b>\$180,000.00</b>

De lo anterior, se corre el riesgo de que el Hospital deje de prestar servicios que afecten la atención de los pacientes para el último trimestre del año en curso. No obstante, el Hospital solicitó apoyo a la Coordinadora de Sector, a fin de gestionar los recursos correspondientes.



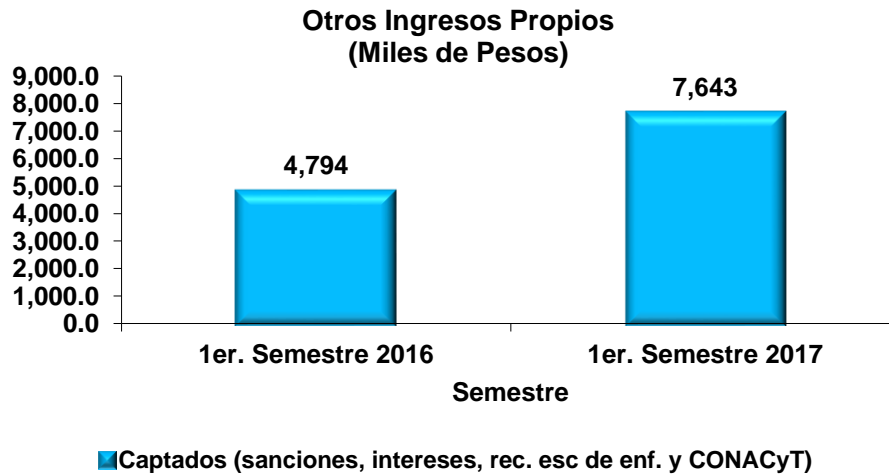
Ingresos	1er. semestre 2016	1er. semestre 2017	Incremento
Captados	46,976	49,834	6%
Ejercidos	46,976	49,834	
Cumplimiento	100%	100%	

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se captaron ingresos por cuotas de recuperación por un importe total de \$49,834 miles de pesos, mostrando un incremento en un 6% con relación a los ingresos captados en el mismo periodo de 2016, que fueron de \$46,976 miles de pesos.



Al periodo que se informa, se tiene un monto pendiente de pago por casos médicos atendidos por Seguro Popular por un importe de \$38,983 miles de pesos y por Seguro Popular CAUSES un importe de \$20,125 miles de pesos.





Se captaron ingresos propios por un importe de \$7,643 miles de pesos, mostrando un incremento de un 59% con relación a los captados en el mismo periodo de 2016, que fueron de \$4,794 miles de pesos.

Dichos ingresos fueron distribuidos de la siguiente manera:

Concepto	Monto (miles de pesos)
Arrendamiento de espacios no hospitalarios	\$1,638
Escuela de enfermería	\$1,214
Prestación de servicios médicos por convenio con otras instituciones públicas y privadas	\$1,728
Intereses	\$472
Otros ingresos	\$2,591
<b>Total</b>	<b>\$7,643</b>

### Estados Financieros comparativos.

La información financiera presenta cifras definitivas.

### Indicadores Financieros.

Al primer semestre de 2017, el Estado de Situación Financiera del Hospital muestra un índice de liquidez de \$2.34 (dos pesos con treinta y cuatro centavos) por cada peso de adeudo y una solvencia inmediata de \$2.36 (dos pesos con treinta y seis centavos). Es importante mencionar, que el gasto de operación se ejerció al cien por ciento mes con mes.

**Balance General.**

<b>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</b> <b>ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA</b> <b>AL 30 DE JUNIO DE 2017 Y 2016</b> <b>(Cifras en Pesos)</b>					
ACTIVO	SEGUNDO TRIMESTRE 2017	SEGUNDO TRIMESTRE 2016	PASIVO	SEGUNDO TRIMESTRE 2017	SEGUNDO TRIMESTRE 2016
<b>Activo Circulante</b>			<b>Pasivo Circulante</b>		
Efectivo y Equivalentes	57,746,754	67,711,030	Cuentas por Pagar a Corto Plazo	20,445,969	36,010,847
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	0	0	Documentos por Pagar a Corto Plazo	0	0
Derechos a Recibir Bienes o Servicios	360,494	162,790	Porción a Corto Plazo de la Deuda Pública a Largo Plazo	0	0
Inventarios			Títulos y Valores a Corto Plazo	0	0
Almacenes	28,964,219	22,059,380	Pasivos Diferidos a Corto Plazo	0	0
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos Circulantes	-610,240	-610,240	Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o Administración a Corto Plazo	0	0
Otros Activos Circulantes	0	0	Provisiones a Corto Plazo	0	0
<b>Total de Activos Circulantes</b>	<b>86,461,227</b>	<b>89,322,960</b>	Otros Pasivos a Corto Plazo	4,158,217	4,019,242
			<b>Total de Pasivos Circulantes</b>	<b>24,604,186</b>	<b>40,030,089</b>
<b>Activo No Circulante</b>			<b>Pasivo No Circulante</b>		
Inversiones Financieras a Largo Plazo	0	0	Cuentas por Pagar a Largo Plazo	0	0
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes a Largo Plazo	0	0	Documentos por Pagar a Largo Plazo	0	0
Bienes Inmuebles, Infraestructura y Construcciones en Proceso	1,326,264,362	1,324,209,110	Deuda Pública a Largo Plazo	0	0
Bienes Muebles	441,814,659	433,842,265	Pasivos Diferidos a Largo Plazo	0	0
Activos Intangibles			Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o en Administración a Largo Plazo	0	0
Depreciación, Deterioro y Amortización Acumulada de Bienes	-566,275,433	-548,375,681	Provisiones a Largo Plazo	0	0
Activos Diferidos	0	0	<b>Total de Pasivos No Circulantes</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos no Circulantes	0	0			
Otros Activos no Circulantes	0	0	<b>Total del Pasivo</b>	<b>24,604,186</b>	<b>40,030,089</b>
<b>Total de Activos No Circulantes</b>	<b>1,201,803,588</b>	<b>1,209,675,694</b>	<b>HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO</b>		
<b>Total del Activo</b>	<b>1,288,264,815</b>	<b>1,298,998,654</b>	<b>Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido</b>	<b>645,594,449</b>	<b>627,891,112</b>
			Aportaciones	607,564,183	607,564,183
			Donaciones de Capital	38,030,266	20,326,929
			Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0
			<b>Hacienda Pública/Patrimonio Generado</b>	<b>618,066,180</b>	<b>631,077,453</b>
			Resultados del Ejercicio (Ahorro/ Desahorro)	37,622,962	64,976,266
			Resultados de Ejercicios Anteriores	-226,741,735	-239,856,787
			Revalúos	800,362,231	800,362,231
			Reservas	0	0
			Rectificaciones de Resultados de Ejercicios Anteriores	6,822,722	5,595,744
			Exceso o Insuficiencia en la Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0
			Resultado por Posición Monetaria	0	0
			Resultado por Tenencia de Activos no Monetarios	0	0
			<b>Total Hacienda Pública/Patrimonio</b>	<b>1,263,660,629</b>	<b>1,258,968,565</b>
			<b>Total del Pasivo y Hacienda Pública/Patrimonio</b>	<b>1,288,264,815</b>	<b>1,298,998,654</b>

Las cuentas de disponibilidad inmediata en caja, bancos y valores al periodo que se informa presentan un saldo de \$57,747 miles de pesos, recursos que serán utilizados principalmente para cubrir las obligaciones devengadas por proveedores de bienes y servicios.

Las principales variaciones del análisis comparativo del primer semestre de 2017 contra el primer semestre de 2016, se comentan a continuación:

La disponibilidad inmediata presenta una disminución neta de \$9,964 miles de pesos derivados principalmente por los pagos realizados a los proveedores de bienes y servicios del Hospital.

Almacenes presenta un saldo de \$28,354 miles de pesos y un incremento neto de \$6,905 miles de pesos, derivado principalmente por la entrega de bienes de consumo contratados por el Hospital.

El total de pasivo circulante, presenta un saldo de \$24,604 miles de pesos integrado por \$17,626 miles de pesos de proveedores de bienes y servicios, \$2,820 miles de pesos de acreedores y \$4,158 miles de pesos de otros pasivos, comparado con el primer semestre de 2016, con un saldo de \$40,030 miles de pesos, se presenta una disminución de las obligaciones de pago de \$15,426 miles de pesos, derivado de los pagos realizados a proveedores de bienes y servicios en tiempo y forma.

El patrimonio presenta un decremento al periodo que se informa derivado del resultado del ejercicio y las rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores, sin embargo se tuvo un incremento en las donaciones recibidas de bienes muebles.

## Estado de Actividades.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO				
ESTADO DE ACTIVIDADES				
DEL 1° DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2017 Y 2016				
(Cifras en Pesos)				
			SEGUNDO TRIMESTRE 2017	SEGUNDO TRIMESTRE 2016
<b>INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS</b>				
<b>Ingresos de la Gestión:</b>				
Impuestos			49,864,166	46,979,275
Cuotas y Aportaciones de Seguridad Social			0	0
Contribuciones de Mejoras			0	0
Derechos			0	0
Productos de Tipo Corriente			0	0
Aprovechamientos de Tipo Corriente			0	0
Ingresos por Venta de Bienes y Servicios			49,864,166	46,979,275
Ingresos no Comprendidos en las Fracciones de la Ley de Ingresos Causados en Ejercicios Fiscales Anteriores Pendientes de Liquidación o Pago			0	0
<b>Participaciones, Aportaciones, Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas</b>			<b>556,238,574</b>	<b>563,948,123</b>
Participaciones y Aportaciones				
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas			556,238,574	563,948,123
<b>Otros Ingresos y Beneficios</b>			<b>54,846,628</b>	<b>85,984,536</b>
Ingresos Financieros			471,649	220,507
Incremento por Variación de Inventarios			0	0
Disminución del Exceso de Estimaciones por Pérdida o Deterioro u Obsolescencia			0	0
Disminución del Exceso de Provisiones			0	0
Otros Ingresos y Beneficios Varios			54,374,979	85,764,029
<b>Total de Ingresos y Otros Beneficios</b>			<b>660,949,368</b>	<b>696,911,935</b>
			0	0
<b>GASTOS Y OTRAS PÉRDIDAS</b>				
<b>Gastos de Funcionamiento</b>				
Servicios Personales			610,127,265	618,658,514
Materiales y Suministros			404,142,618	378,369,125
Servicios Generales			94,064,735	124,711,765
			111,919,912	115,577,624
<b>Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas</b>			<b>0</b>	<b>0</b>
Transferencias Internas y Asignaciones al Sector Público			0	0
Transferencias al Resto del Sector Público			0	0
Subsidios y Subvenciones			0	0
Ayudas Sociales			0	0
Pensiones y Jubilaciones			0	0
Transferencias a Fideicomisos, Mandatos y Contratos Análogos			0	0
Transferencias a la Seguridad Social			0	0
Donativos			0	0
Transferencias al Exterior			0	0
<b>Participaciones y Aportaciones</b>			<b>0</b>	<b>0</b>
Participaciones			0	0
Aportaciones			0	0
Convenios			0	0
<b>Intereses, Comisiones y Otros Gastos de la Deuda Pública</b>			<b>0</b>	<b>0</b>
Intereses de la Deuda Pública			0	0
Comisiones de la Deuda Pública			0	0
Gastos de la Deuda Pública			0	0
Costo por Coberturas			0	0
Ayodos Financieros			0	0
<b>Otros Gastos y Pérdidas Extraordinarias</b>			<b>13,199,141</b>	<b>13,277,155</b>
Estimaciones, Depreciaciones, Deterioros, Obsolescencia y Amortizaciones			13,074,344	13,163,800
Provisiones			0	0
Disminución de Inventarios			0	0
Aumento por Insuficiencia de Estimaciones por Pérdida o Deterioro y Obsolescencia			0	0
Aumento por Insuficiencia de Provisiones			0	0
Otros Gastos			124,797	113,355
<b>Inversión Pública</b>			<b>0</b>	<b>0</b>
Inversión Pública no Capitalizable			0	0
<b>Total de Gastos y Otras Pérdidas</b>			<b>623,326,406</b>	<b>631,935,669</b>
<b>Resultados del Ejercicio (Ahorro/Desahorro)</b>			<b>37,622,962</b>	<b>64,976,266</b>

Al primer semestre de 2017, alcanzó un efecto positivo de \$37,623 miles de pesos, derivado principalmente por la disponibilidad que se tiene y que se encuentra en inversión, la cual se utilizará en el segundo semestre de 2017 para hacer frente a la presión de gasto del Hospital.

**Cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.**  
El cumplimiento de este punto se encuentra enunciado en el apartado de la Dirección de Planeación Estratégica

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

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**  
**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS**  
**RESUMEN GENERAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN**  
**REALIZADOS AL PRIMER SEMESTRE DE 2017**

No. PROG.	TIPO DE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN	No. DE PROCEDIMIENTOS	MONTO DE LAS CONTRATACIONES (PESOS ANTES DE I.V.A.)	No. DE CONVENIOS (ART. 47, 52 Y 53 DE LA LAASSP)	MODIFICACIONES A LAS CONTRATACIONES (ART. 47 Y 52 LAASSP)	MONTO TOTAL ADJUDICADO (PESOS SIN I.V.A.)	PORCENTAJE (%)
	LICITACIONES PUBLICAS NACIONALES REALIZADAS POR EL HJM.	14	263.821.280,84	7	9.281.414,43	273.102.695,27	50,18
	LICITACIONES PUBLICAS NACIONALES EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	1	34.285,94	3	15.720,32	50.006,26	0,01
<b>1</b>	<b>TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL</b>	<b>15</b>	<b>263.855.566,78</b>	<b>10</b>	<b>9.297.134,75</b>	<b>273.152.701,53</b>	<b>50,19</b>
	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	1	347.095,40	6	43.938,77	391.034,17	0,07
<b>2</b>	<b>LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS REALIZADAS POR EL HJM</b>	<b>2</b>	<b>134.570.040,92</b>	<b>85</b>	<b>67.387.529,20</b>	<b>201.957.570,12</b>	<b>37,11</b>
	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES ABIERTAS EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	1	1.996,40	0	0,00	1.996,40	0,00
<b>3</b>	<b>LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES ABIERTAS REALIZADAS POR EL HJM.</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>2 y 3</b>	<b>TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL.</b>	<b>4</b>	<b>134.919.132,72</b>	<b>91</b>	<b>67.431.467,97</b>	<b>202.350.600,69</b>	<b>37,18</b>
<b>1, 2 y 3</b>	<b>TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA (NACIONAL E INTERNACIONAL)</b>	<b>19</b>	<b>398.774.699,50</b>	<b>101</b>	<b>76.728.602,72</b>	<b>475.503.302,22</b>	<b>87,37</b>
<b>4</b>	<b>CONTRATACIONES CON OTRAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES ART. 1º DE LA LEY Y 4º DEL REGLAMENTO</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	CONTRATACIONES DICTAMINADAS PROCEDENTES POR EL COMITÉ (FRACCIONES I,III,VIII,IX, SEGUNDO PÁRRAFO, X,XIII,XIV,XV,XVI,XVII,XVIII Y XIX DEL ART. 41 DE LA LAASSP)	10	19.090.179,38	2	3.305.502,40	22.395.681,76	4,12
	ACUERDO AC-12/SE-3/2017 DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS - EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADA POR EL IMSS).	2	845.132,10	1	30.614,94	875.747,04	0,16
<b>5</b>	<b>TOTAL DE CONTRATACIONES DICTAMINADAS PROCEDENTES DEL COMITÉ (FRACCIONES I,III,VIII,IX, SEGUNDO PÁRRAFO, X,XIII,XIV,XV,XVI,XVII,XVIII Y XIX DEL ART. 41 DE LA LAASSP).</b>	<b>12</b>	<b>19.935.311,46</b>	<b>3</b>	<b>3.336.117,34</b>	<b>23.271.428,80</b>	<b>4,28</b>
<b>6</b>	<b>CONTRATACIONES DICTAMINADAS POR FACULTAD DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>7</b>	<b>CONTRATACIONES CORRESPONDIENTES A LOS CASOS DE LAS FRACCIONES:II,IV,V,VI,VIII,IX PRIMER PÁRRAFO, XI,XII, Y XX DEL ARTICULO 41 DE LA LEY.</b>	<b>2</b>	<b>7.467.999,00</b>	<b>1</b>	<b>1.024.800,00</b>	<b>8.492.799,00</b>	<b>1,56</b>
<b>4, 5, 6 y 7</b>	<b>TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR EXCEPCIÓN DE LICITACIÓN.</b>	<b>14</b>	<b>27.403.310,46</b>	<b>4</b>	<b>4.360.917,34</b>	<b>31.764.227,80</b>	<b>5,84</b>
<b>SUBTOTALES PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA Y EXCEPCIONES.</b>		<b>33</b>	<b>426.178.009,96</b>	<b>105</b>	<b>81.089.520,06</b>	<b>507.267.530,02</b>	<b>93,21</b>
<b>8</b>	<b>INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS (ARTICULO 42 Y 43 DE LA LAASSP)</b>	<b>3</b>	<b>2.210.237,93</b>	<b>2</b>	<b>235.700,00</b>	<b>2.445.937,93</b>	<b>0,45</b>
<b>9</b>	<b>ADJUDICACIONES DIRECTAS (ARTICULO 42 DE LA LAASSP)</b>	<b>480</b>	<b>27.183.813,76</b>	<b>22</b>	<b>544.569,09</b>	<b>27.728.382,86</b>	<b>5,09</b>
<b>10</b>	<b>ADJUDICACIONES DIRECTAS POR MONTO REALIZADAS POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS (ARTICULO 42 QUINTO PÁRRAFO Y 43 ANTEPENULTIMO DE LA LAASSP)</b>	<b>2</b>	<b>1.584.959,43</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>1.584.959,43</b>	<b>0,29</b>
<b>10</b>	<b>ADJUDICACIONES DIRECTAS POR MONTO REALIZADAS POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS (ARTICULO 42 SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LAASSP)</b>	<b>2</b>	<b>4.706.647,85</b>	<b>1</b>	<b>494.619,11</b>	<b>5.201.266,96</b>	<b>0,96</b>
<b>SUBTOTALES EXCEPCIONES DE LICITACIÓN (ARTÍCULO 42 DE LA LAASSP).</b>		<b>487</b>	<b>35.685.658,97</b>	<b>25</b>	<b>1.274.888,20</b>	<b>36.960.547,18</b>	<b>6,79</b>
<b>GRAN TOTAL</b>		<b>520</b>	<b>461.863.668,93</b>	<b>130</b>	<b>82.364.408,26</b>	<b>544.228.077,20</b>	<b>100,00</b>

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

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

### **Transparencia Focalizada.**

La Secretaría de la Función Pública, no ha emitido la Guía de Transparencia 2017.

### **Cadenas Productivas.**

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el Hospital informó a los proveedores que pueden adherirse al Programa de Cadenas Productivas, con la finalidad de hacer efectivas sus facturas y agilizar su pago, reportando un acumulado de 524 proveedores registrados en este programa, 177 proveedores con cuentas por pagar registradas, 5,773 documentos registrados con un monto total de \$445,322 (miles de pesos), con un plazo promedio de pago de ocho días.

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

Concepto	Unidad	Consumo programado 1er. Sem 2017	Consumo realizado 1er. Sem 2017	Variación
Energía Eléctrica	KWH	2,025,000	2,140,602	6%
Fotocopiado	COPIA	650,000	852,906	31%
Agua potable	M <sup>3</sup>	56,500	59,997	6%
Telefonía local y larga distancia	PESOS	185,500	207,175	12%
Gasolina	LITRO	6,500	5,585	-14%

**Energía Eléctrica.** Se reporta un incremento en un 6% con relación a la meta programada, lo que representa un importe de \$302 miles de pesos. Sin embargo, el Hospital realizó los siguientes trabajos para la disminución del consumo:

- Sustitución de luminarias de alto consumo por ahorradoras.
- Sustitución de focos de nueva generación para mejorar la eficiencia de las luminarias exteriores.
- Se realizaron pruebas a los generadores eléctricos de las subestaciones 1 y 2, para la identificación de fallas y hacer más eficiente su desempeño.
- Se encuentra trabajando en el Hospital, la Unidad Verificadora en Instalaciones Eléctricas de la Secretaría de Energía (UVIE), con la finalidad de dictaminar el estado actual de las instalaciones eléctricas, así como las áreas de oportunidad para mejorar la calidad del servicio eléctrico.
- Sustitución de cinco motores en la casa de máquinas hidráulica.
- Sustitución de lámparas T-8 de 32 y 39 watts por lámparas T-5 de 28 y 14 watts.

**Fotocopiado.** Se reporta un incremento del 31% respecto a la meta programada, lo que representa un importe de \$65 miles de pesos, sin embargo, se continúa realizando las siguientes acciones:

- Concientización hacia el personal sobre el uso racional del servicio y al fomento en el uso de correo electrónico para el envío.
- Digitalización de documentos, recepción y seguimiento de oficios de manera electrónica.
- Implementación de marcar y enviar copias de documentos de manera digital
- Copiado de documentos por el anverso de cada hoja para utilizarla por ambos lados

Además, se establecen controles por medio de bitácoras y así lograr identificar la cantidad de copias que se generan por cada uno de los servicios, obteniendo una estadística de consumo, analizar por servicio o área la cantidad de copias para poder establecer estrategias individuales de racionalización en la reproducción de fotocopias.

**Agua Potable.** Se reporta un incremento en un 6% respecto a la meta programada, lo que representa un importe de \$331 miles de pesos. Las acciones realizadas para disminuir el consumo fueron las siguientes:

- Se continuó dando atención oportuna de las fugas detectadas en diversas áreas del Hospital.
- Se monitorea el consumo de agua, la reparación de baños y el cambio de elementos hidráulicos de mejor calidad.

**Telefonía local y de larga distancia.** Se reporta un incremento en un 12% con relación a la meta programada, lo que representa un importe de \$22 miles de pesos, cabe señalar que el importe del consumo incluye el concepto de servicio medido derivado del número de llamadas realizadas, el importe de las rentas y otros conceptos contenidos en la facturación del proveedor de servicios de voz. Asimismo se continúa con la concientización al personal sobre el uso racional del servicio, el monitoreo constante y restricción de las líneas telefónicas.

**Gasolina.** Se reporta un ahorro en un 14% con relación a la meta anual programada, lo que representa un importe de \$15 miles de pesos. Las acciones implementadas fueron:

- Implementación de bitácoras para el registro de salidas de vehículos.
- Agenda de recorridos elaboradas con mínimo tres días de anticipación.
- Elaboración de rutas de traslado diarias para compartir vehículos.
- Utilización de vehículos solo para diligencias oficiales del Hospital.

En relación al Programa de eficiencia energética, se realizaron las siguientes acciones:

- Se instalaron consolas en algunas camas de hospitalización en el segundo y tercer piso, con la finalidad de brindar una mejor atención al paciente.



- Se colocaron contactos eléctricos, cuatro naranja para servicio de emergencia y cuatro color blanco para el servicio normal.
- Instalación de dos tomas de oxígeno y una toma de aire.
- Colocación de tubería de pared gruesa desde la cama hasta los tableros eléctricos.
- Resanado del muro de tabla roca y cableado
- Pintura en muros y plafón.
- Rehabilitación con pintura azul plumbago para lámparas de cabecera.
- Instalación de lámparas de 14 watts ahorradoras de energía.
- Sustitución de focos de nueva generación para mejorar la eficiencia de las luminarias exteriores del Hospital.
- Se encuentra trabajando en el Hospital, la Unidad Verificadora en Instalaciones Eléctricas de la Secretaría de Energía (UVIE), con la finalidad de dictaminar el estado actual de las instalaciones eléctricas, así como las áreas de oportunidad para mejorar la calidad del servicio eléctrico.
- Se llevaron a cabo pruebas a los generadores eléctricos de las subestaciones 1 y 2 con el objetivo de identificar fallas y hacer más eficiente su desempeño.
- Sustitución de motores obsoletos por motores de alta eficiencia en la casa de máquinas hidráulica, con la finalidad de reducir los consumos de energía eléctrica.
- Se sustituyó el controlador del banco de capacitores de la subestación N°1, lo que permite aprovecharse alrededor del 96% de la energía eléctrica.
- Se sustituyeron lámparas T-8 de 32 y 39 watts por lámparas T-5 de 28 y 14 watts.
- Dentro de los trabajos de remodelación que se han llevado a cabo en el Hospital, se da prioridad al aprovechamiento de la luz natural.
- Se dio mantenimiento y limpieza a los motores eléctricos en las casas de máquinas de aire acondicionado.
- Se dio mantenimiento preventivo a equipos mini-splits.
- Se repararon las juntas de los ductos de los sistemas de aire, evitando un mejor aprovechamiento del aire frío disminuyendo el consumo eléctrico.
- Se implementó la colocación de contactos color blanco para el sistema eléctrico normal, el contacto color naranja con tierra aislada para el sistema de emergencia y contactos en color rojo con tierra aislada para el sistema regulado.
- En mayo de 2017, se instaló el Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía en el Hospital.

**Informe de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.**

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se realizaron las siguientes actividades. (Se anexa archivo).

**Programa de Mejora de la Gestión.**

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de

la Federación el 30 de agosto de 2013, el Hospital realizó las siguientes actividades, durante el periodo de reporte:

- Se dio cumplimiento al registro del reporte trimestral de los Resultados de Indicadores y Compromisos pactados en Bases de Colaboración del PGCM, en el nuevo sistema denominado PGCM-DGPOP, el cual sustituye al SWIPPS-PGCM, asimismo se reportó en el sistema PGCM de la SHCP, previa validación de los 17 enlaces de la DGPOP, responsables de cada tema del PGCM.
- Respecto al avance en las metas comprometidas conforme a los Indicadores del PGCM, el indicador con obligación de emitir avance fue el “II.2 Porcentaje de cumplimiento de las dependencias y entidades respecto al seguimiento del ejercicio de programas y proyecto de inversión, cumpliendo con la meta establecida del 100%.
- Se dio cumplimiento a la información solicitada por la DGPOP, con el envío mediante correo electrónico del Formato “Evidencias – Compromisos del PGCM- 2º.trimestre 2017.” (Se anexa archivo).

#### **Informe sobre sesiones de comités internos.**

Los Comités y Subcomités administrativos sesionaron durante el primer semestre de 2017, de manera regular, generando acuerdos y dando los seguimientos respectivos.

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, este Comité sesionó en una ocasión de manera ordinaria, en la cual se trataron los siguientes temas: Presentación del Programa de Trabajo 2017 del Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) y Presentación para la aprobación del Manual de Organización Específico 2016 del Hospital.

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

El Comité sesionó de manera ordinaria en una ocasión, y de manera extraordinaria en ocho ocasiones, tratando los siguientes asuntos:

- Presentación del 4º informe trimestral del ejercicio fiscal 2016, de los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y servicios.
- Volumen anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios y montos máximos de adjudicación, 2017.
- Presentación para su revisión, del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) 2017.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación del calendario anual de las sesiones ordinarias del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios para el ejercicio fiscal 2017.
- Presentación para revisión y, en su caso, aprobación de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa, al amparo del artículo 41 fracción I de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector

público para la adquisición de “Equipo primario para bomba de infusión de dos canales” de la marca Hospira.

- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de radiología e imagen de la marca philips”.
- Presentación del 1er informe trimestral del ejercicio fiscal 2017, de los resultados generales de las Adquisiciones, Arrendamientos y contratación de Servicios del Hospital Juárez de México”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “suministro de gases medicinales”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “suministro de fuentes radiactivas de iridio 192, que incluye su trámite de importación y exportación”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de braquiterapia de la marca elektra, modelo microselectron de 18 canales, así como calibración, verificación y puesta en marcha del equipo al momento de la instalación de cada nueva fuente”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y correctivo de camas y colchones de terapia marca stryker”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y correctivo a la unidad radiológica y digital con telemando y radiográfico de la marca de CMR y dos arcos en c de la marca GMM”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y correctivo con suministro de refacciones de ultrasonidos marca hitachi aloka”.

- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos de esterilización de la marca 3m”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos de endoscopia de la marca olympus”.
- Presentación para su revisión, y en su caso, aprobación por excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público para el “mantenimiento preventivo y/o correctivo a equipos médicos de radiología e imagen de la marca General Electric”.

### **Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés (CEPCI).**

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

- El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del Hospital, sesionó en dos ocasiones, siendo una sesión ordinaria y una extraordinaria. Asimismo, se recibió una denuncia, la cual se encuentra en proceso.
- Respecto al Código de Conducta, se creó un grupo de trabajo para la actualización del Código, se tuvieron cinco reuniones de trabajo, siendo aprobado con fecha 16 de junio de 2017 en la Segunda Sesión Ordinaria del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- Cabe mencionar que el grupo de trabajo conformado para la actualización del Código de Conducta llevó a cabo un Diagnóstico a través de la aplicación de 182 encuestas a servidores públicos del Hospital, las cuales fueron analizadas, obteniendo la siguiente escala de valores:

No.	Valores Institucionales	Promedio
1	Honestidad	8.5
2	Transparencia	8.5
3	Bien común	8.4
4	Igualdad y no discriminación	8.4
5	Rendición de cuentas	8.2
6	Respeto a los derechos humanos	8.1
7	Equidad de género	8.0
8	Cooperación	7.9
9	Entorno cultural y ecológico	7.8
10	Liderazgo	7.8
11	Integridad	7.8

12	Interés Público	7.7
13	Respeto	7.7

Derivado de lo anterior, se detectó que los valores específicos del Hospital de “Honestidad y Bien Común”, adquirieron dentro de la escala de valores el 8.5% y 8.4% respectivamente, superando a todos los valores comunes, por lo que se consideró que ambos debían permanecer en el Código de Conducta de 2017.

Respecto a la inclusión de un nuevo valor específico al Código de Conducta, se obtuvieron los siguientes resultados:

¿Considera necesario agregar algún otro valor a los valores específicos del Código de Conducta del Hospital?		
SI	NO	SIN REGISTRO
7	174	1

De las siete respuestas que contestaron con un “SI”, se describen a continuación:

Valores propuestos	Comentarios
Permanencia y respeto al horario laboral y el tiempo de los pacientes.	Los puntos son tan específicos para garantizar una cordialidad entre trabajadores y empleados.
Responsabilidad	Tal vez me gustaría que estuviera la empatía.
Apego a la realidad	Sólo deben fortalecerse los 13 valores mencionados.
El valor de preservar la vida mediante mecanismos de prevención ante eventos adversos creados por el hombre o de carácter natural.	Pero considero que se debe fortalecer el valor del respeto (trato digno) hacia los usuarios, así como entre los compañeros de trabajo.
Educación	Hay que promover los valores
Congruencia y empatía.	Educar y ser educado es la diferencia entre el primer y tercer mundo.
Empatía	Para brindar un servicio de calidad, es necesario que todos los que laboramos en el Hospital nos posicionemos en el lugar de los pacientes y así poder otorgar la atención que nos gustaría recibir.

De las siete propuestas recibidas por parte de los participantes y derivado de su respectivo análisis, se determinó que no reunían las características de valor, por lo que el grupo de trabajo no consideró agregarlos al Código de Conducta. Por lo que se determinó reforzar los valores ya establecidos con base a los resultados de la escala de valores, proponiendo realizar acciones de prevención a través de la difusión a posibles áreas de riesgo de conflictos de interés y combate a la corrupción, para fortalecer las actividades y el apego a la Ética e Integridad, como se describe a continuación:

- **Valor “Honestidad”:**
  - Contrataciones Públicas: Departamento de Abastecimiento.
  - Recursos Humanos: Subdirección de Recursos Humanos.

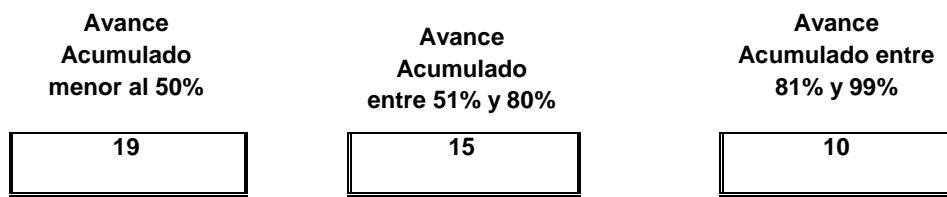
- Administración de bienes muebles: Departamento de Almacenes e Inventarios.
- Información Pública: Unidad de Transparencia y demás áreas del Hospital.
- **Valor “Bien Común”:**
  - Actuación pública y comportamiento digno: Áreas del Hospital.
  - Respecto a la difusión del Código de Conducta actualizado, se solicitó al área del CIIMEIT su publicación en la Sección “Conócenos” del Portal Institucional y también en la Intranet.
- Asimismo, se solicitó a la Unidad de Comunicación Social la creación de carteles y dípticos para su difusión.
- Finalmente, en seguimiento al acuerdo No.6 de la Primera Sesión Ordinaria 2017, se crearon dos grupos de trabajo para la actualización del procedimiento y el Protocolo para la atención de denuncias en el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, llevando a cabo siete reuniones de trabajo y una con el Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia, para su validación de conformidad con la normatividad vigente, los cuales fueron aprobados en la Segunda Sesión del Comité.

**Control Interno Institucional.**

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se presentan los siguientes avances del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI):

Trimestre	Situación de las Acciones de Mejora				
	Total de Acciones de Mejora	Concluidas	% de Cumplimiento *	En Proceso	Pendientes (Sin Avance)
Primero	57	7	12.2	49	1
Segundo		6	10.6	43	1
<b>Acumulado al Segundo</b>		13	22.8	43	1

Acciones de Mejora En Proceso:



No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado
1	1	Actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital.	30
2	2	Realizar seguimiento semestral de los avances de los Programas Anuales de Trabajo de las Direcciones.	10
3	3	Revisar el Código de Conducta del Hospital.	100
	4	Concluir la identificación de los procesos susceptibles a actos de corrupción de acuerdo a la Metodología establecida por la Auditoría Superior de la Federación, realizar la evaluación de riesgos y determinar las acciones para su prevención y mitigación.	80
	5	Concluir y dar seguimiento a las acciones comprometidas en el Programa de Trabajo para el seguimiento de las acciones de prevención y mitigación de posibles actos de corrupción.	80
4	6	Realizar difusión entre el personal del Hospital sobre los resultados obtenidos de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional 2016.	100
	7	Elaborar y dar seguimiento al Programa de Trabajo 2016 derivado de los resultados de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional 2016.	30
	8	Realizar la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional 2017.	0
5	9	Concluir la actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos de la División de Cirugía y servicios adscritos	100
6	10	Revisar los perfiles de puesto de personal de estructura y validarlos por el especialista en descripción, perfiles y evaluación de puestos. Asimismo, asegurar que se encuentren alineados a los procesos.	25
7	11	Concluir la actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos de la Consulta Externa	100
	12	Difundir entre los médicos adscritos y residentes los Manuales de Organización y de Procedimientos del servicio de Urgencias Pediatría	100
	13	Concluir la actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos del Departamento de Tesorería	90
	14	Concluir la actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	80
8	15	Realizar reuniones bimestrales de trabajo entre la Jefa de Consulta Externa y las recepcionistas, para detección y seguimiento de implementación de acciones de mejora en la Consulta Externa.	50
	16	Aplicar una Encuesta de evaluación de conocimientos de los Manuales del servicio de Urgencias Pediatría, a los médicos adscritos y residentes.	100
10	17	Realizar reuniones de trabajo entre la Jefa de División de Pediatría, la Jefa del servicio de Urgencias Pediatría y médicos adscritos y residentes para dar seguimiento al Programa de Trabajo, Indicadores y Análisis FODA	50
	18	Continuar con las reuniones de trabajo con el CIIMEIT, para que en el mediano plazo, el sistema de gestión de pacientes funcione y contemple los controles y niveles de seguridad que se requieren en el Sistema de Cobro en Cajas.	80
12	19	Solicitar al área de Comunicación Social reforzar el voceo para hacer del conocimiento a los usuarios que denuncien cualquier acto de corrupción en la Consulta Externa	100
	20	Solicitar al área de Comunicación Social la elaboración de carteles informativos para los usuarios de la Consulta Externa, en relación a actos de corrupción	100
	21	Realizar mantenimiento preventivo a las cámaras de seguridad y el sistema de grabación en cajas	90
	22	Realizar arqueo de caja semanales	80

No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado
13	23	Mejorar el proceso de supervisión de trabajos de mantenimientos, incluyendo en la Bitácora de supervisión las actividades a desarrollar, así como que el material utilizado cumpla con las características de calidad solicitadas	50
	24	Integrar el inventario del almacén de partes y refacciones e implementar los controles correspondientes.	60
14	25	Mejorar el Formato de órdenes de servicio para que la información obtenida facilite la supervisión, seguimiento e identificación de problemáticas.	70
15	26	Realizar un análisis de las necesidades actuales de mantenimiento de la infraestructura y determinar las acciones de mejora a implementar.	90
	27	Elaborar y dar seguimiento al Programa Anual de Trabajo del Departamento de Tesorería.	90
16	28	Implementar una Encuesta de satisfacción de los usuarios de la Consulta Externa, así como una Encuesta al personal de recepción	75
	29	Proponer y dar seguimiento a las acciones de mejora implementadas, derivadas de las Encuestas aplicadas.	50
	30	Sensibilizar al personal de recepción mediante reuniones de trabajo con la Jefe de la Consulta Externa.	50
17	31	Dar seguimiento y atender las observaciones del Órgano Interno de Control	90
18	32	Iniciar el proceso de mejora del área de Consulta Externa (señalización, optimización de consultorios, mantenimiento a consultorios, sala de espera y baños)	50
	33	Realizar reuniones de trabajo con la Jefa de Archivo para optimizar el proceso de entrega-recepción de expedientes clínicos	50
	34	Proponer y elaborar un proyecto de inversión para la adquisición de equipamiento del servicio de Urgencias Pediatría.	90
	35	Implementar acciones de mejora para la disminución del Diferimiento quirúrgico y la reducción de tiempos muertos entre cirugías en el Quirófano Central.	75
	36	Concluir la capacitación del personal encargado del archivo de las diversas áreas del Hospital	100
	37	Realizar el Análisis FODA del Departamento de Tesorería	100
19	38	Supervisar por parte de la Jefa de División de Pediatría y Jefa del servicio de Urgencias Pediatría, el apego a las Guías de Práctica Clínica y funciones de cada médico adscrito y residentes.	50
21	39	Realizar reuniones de trabajo entre el departamento de Tesorería, el CIIMEIT y demás áreas involucradas para la implementación del Módulo de Cajas del Sistema de Gestión de Pacientes.	80
22	40	Solicitar reunión de trabajo con el CIIMEIT para iniciar la gestión de TIC's para la Consulta Externa (programación electrónica de citas, propuesta de uso de código de barras).	75
23	41	Elaborar las Políticas del manejo de claves de acceso al Sistema de Cobro en Cajas e incorporarlas al Manual de Procedimientos.	90
24	42	Concluir el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETIC).	100
	43	Concluir con la implementación del Sistema de Gestión de Pacientes.	95
	44	Concluir la integración del inventario de equipo de cómputo.	100
	45	Concluir la implementación de los controles mínimos que establece el proceso de Administración de Seguridad de la Información (ASI), proceso de Operación de Controles de Seguridad de la Información (OPEC) y del Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad (ERICS) del MAAGTICSI.	16



No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado
	46	Difundir las políticas para el uso de recursos de Tecnología de la Información y Comunicación.	100
25	47	Realizar una revisión mensual del soporte documental de la información reportada en los Indicadores y Productividad	50
26	48	Elaborar y dar seguimiento al Programa Anual de Trabajo de la División de Cirugía y del servicio de Quirófano.	55
27	49	Realizar un Estudio de tiempos y movimientos para llevar a cabo mantenimientos preventivos, para atender en tiempo y forma las necesidades de las áreas.	50
29	50	Incluir en el procedimiento para dar seguimiento a las peticiones ciudadanas, a todos los servicios y áreas del Hospital que son responsables de su aplicación.	80
	51	Capacitar al personal que atenderá a los usuarios, para asegurar que conozcan los trámites y servicios que brinda el Hospital.	70
	52	Coordinarse con el área de Comunicación Social para la señalización y/o identificación del Módulo de Informes.	90
	53	Mantener actualizada la base de datos de Peticiones Ciudadanas.	100
30	54	Realizar revisiones aleatorias del soporte documental de información reportada en la Matriz de Indicadores de Desempeño.	25
31	55	Dar seguimiento a los proyectos de inversión generados por la División de Cirugía.	70
	56	Realizar la difusión de los Indicadores entre el personal del servicio de Urgencias Pediatría.	50
	57	Iniciar la gestión para promover el mantenimiento preventivo de las áreas físicas y equipo del Quirófano Central.	90

Durante el periodo de reporte, se presentaron las siguientes problemáticas para el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas:

- No se presentó un avance en la actualización al Estatuto Orgánico, ya que dicha actualización se reprogramó para el tercer trimestre del año.
- En la acción de mejora No.2, correspondiente a realizar el seguimiento del Programa Anual de Trabajo de las Direcciones, no presentó avance debido a que dichos avances se presentarán hasta la Tercera Sesión de la Junta de Gobierno, estando disponible esta información hasta dicha sesión.
- En relación a la acción de mejora No.8, referente a realizar la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional 2017, continuó sin presentar avances debido a que al periodo de reporte no se ha recibido información por parte de la Secretaría de la Función Pública para la aplicación de la Encuesta, por lo que se está a la espera de recibir las indicaciones correspondientes.
- No se presentó avance en la validación de los perfiles de puestos, debido a que deben ser validados por un especialista, para lo cual se inscribió al personal involucrado al curso que impartirá la Secretaría de la Función Pública, estando al periodo de reporte en la primera etapa del curso.
- Derivado del cambio de responsables de las acciones de mejora Nos.4, 5, 50, 51 y 52, no se presentaron avances al periodo de reporte.

- No se han podido llevar a cabo los proyectos de inversión de la División de Cirugía, debido a que no se han obtenido los recursos, sin embargo se han buscado diversas fuentes de financiamiento y se continúa dando un seguimiento oportuno del registro en cartera de la SHCP.

Al segundo trimestre de 2017, el porcentaje de avance global del Programa de Trabajo de Control Interno 2017 fue de 22.8%, al haber concluido 13 acciones de mejora, con respecto a las 57 acciones comprometidas.

A continuación se mencionan las principales actividades realizadas en el periodo de reporte para dar cumplimiento a las acciones de mejora comprometidas:

- Se realizó la difusión mediante carteles que fueron colocados en diversas áreas del Hospital, para el conocimiento de todo el personal, respecto a los resultados de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional (ECCO) 2016.
- Se concluyó la actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos de la División de Cirugía y de los 16 servicios adscritos a la División. De igual manera, se concluyó la actualización de los Manuales de la Jefatura de la Consulta Externa.
- Se concluyó la aplicación de las 23 encuestas de evaluación de conocimientos de los Manuales de Organización y de Procedimientos del servicio de Urgencias Pediatría.
- Se cuenta con la documentación soporte de los contratos de servicios administrados por el Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT).
- Se concluyó con el inventario de equipo de cómputo del Hospital por parte del área del CIIMEIT, al 30 de junio de 2017.

Los Programas y Proyectos de Inversión vigentes al primer semestre de 2017, son los siguientes:

No.	Clave de Cartera	Nombre de Programa	Importe	Fuente de financiamiento	Situación al Periodo
1	1512NAW0002	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México	\$79,274,400.00	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	Este programa fue registrado desde el ejercicio 2015, sin embargo fue actualizado para darle continuidad durante el 2017, debido a que no se han obtenido los recursos para llevarlo a cabo.

2	1512NAW0004	Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México	\$8,237,311.00	Recursos Propios	Este programa fue registrado desde el ejercicio 2015, sin embargo fue actualizado para darle continuidad durante el 2017, debido a que no se han obtenido los recursos para llevarlo a cabo.
3	1512NAW0005	Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México	\$11,222,980.64	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	Este programa fue registrado desde el ejercicio 2015, sin embargo fue actualizado para darle continuidad durante el 2017, debido a que no se han obtenido los recursos para llevarlo a cabo.
4	1612NAW0001	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México	\$2,994,894.21	Recursos Federales	Este programa fue registrado en el segundo trimestre de 2016 y se están realizando las gestiones correspondientes ante el Centro Nacional de Equidad y Género.
5	1612NAW0002	Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México.	\$33,115,680.00	Recursos Propios	Este programa fue registrado en el tercer trimestre de 2016 y se iniciaron las gestiones correspondientes para su seguimiento.
6	1612NAW0003	Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México"	\$16,623,000.00	Recursos Propios	Este programa fue registrado durante el cuarto trimestre de 2016 y se iniciaron las gestiones correspondientes para su seguimiento.
7	1712NAW0001	Programa de Mantenimiento para el Estacionamiento y Almacén del RPBI del Hospital Juárez de México.	\$50,000,000.00	Recursos federales	Este programa fue registrado durante el primer trimestre de 2017, y se realizó el trámite del Certificado de Necesidades de Infraestructura y Equipo ante la DGPLADES.

8	1712NAW0002	Equipamiento para el servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México	\$31,429,040.00	Recursos Propios	Este programa fue registrado durante el segundo trimestre de 2017.
---	-------------	---	-----------------	------------------	--

### Otros Aspectos.

#### Informe de la situación de infraestructura del Hospital

##### Supervisión de trabajos en el servicio de Trasplantes.



##### Sustitución de motores en casa de máquinas hidráulica.



##### Trabajos de pintura de líneas de seguridad en casa de máquinas No.2.



**Cambio de control de banco de capacitores en la subestación No.1.**



**Revisión de las líneas de alimentación de los elevadores.**



**Colocación de contactos en sistema de emergencia en el servicio de Hemodiálisis.**



**Reparación de fuga en el área de Tomografía.**



**Limpieza de extractores en el servicio de Terapia Intensiva.**



**Limpieza de difusores en el servicio de C.E.Y.E.**



**Reparación de mini-splits en el servicio de Banco de Sangre.**



**Cambio de mingitorio en el edificio A, planta baja.**



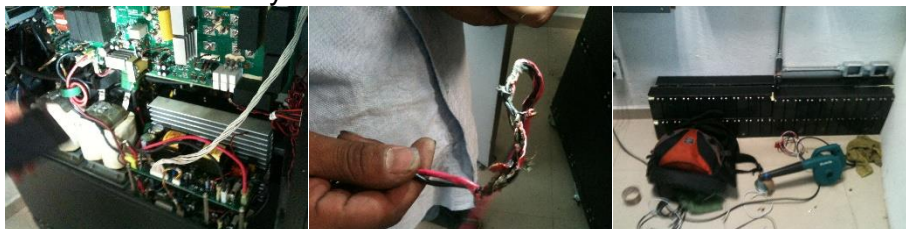
**Cambio de poleas en el servicio de Quirófano.**



**Cambio de dos bombas de desagüe en el área del Órgano Interno de Control.**



### Mantenimiento mayor a las UPS en el Laboratorio Central.



### Cambios de poleas en el área de Gobierno y la Unidad Coronaria.



### Rehabilitación de extractor en el área del Auditorio.



### Informe de la situación que guardan las instalaciones: eléctricas, hidráulicas, gas LP, vapor y diésel.

Al periodo que se informa, se presenta el estatus de las instalaciones:

#### Instalaciones eléctricas:

La empresa “Reproyecta y diseña instalaciones electromecánicas S.A de C.V.”, entregó el Dictamen de Verificación de instalaciones eléctricas con número de folio DVNP12-2017-UVSEIE 172-A/000006, con el cual se tramitó ante la Comisión Federal de Electricidad el aumento de carga eléctrica derivado de las remodelaciones y puesta en marcha de equipos, con lo cual se garantiza el suministro de energía eléctrica para el Hospital. Asimismo, se está a la espera de recibir el informe de las instalaciones eléctricas, que no están dentro de la NOM-001-Sede-2012.

#### Instalaciones Hidro-sanitarias.

Las instalaciones hidráulicas presentan riesgo de ruptura debido a que éstas, en su mayoría, han cumplido con su tiempo de vida y algunas de ellas son de PVC. Además, debido a la falta de recursos, en la mayoría de los casos sólo se proporcionan mantenimientos correctivos.

### Instalaciones de Gas L.P.

Se encuentran funcionando de manera correcta, debido a que en el ejercicio 2014, fueron sustituidas las tuberías de toda la red, se realizaron trabajos de pintura en los dos tanques de almacenamiento de 5,000 litros cada uno, ubicados en el edificio E. También, se rotularon los números de emergencia y se realizó el cambio de válvulas.

### Instalaciones de vapor.

Las instalaciones de vapor presentan un riesgo alto de fugas, debido a que tienen un desgaste en la tubería, válvulas y conectores, como resultado de estar más de 25 años en funcionamiento, de igual forma, se atienden sólo de manera correctiva.

### Informe de la situación de las instalaciones de diesel.

Se encuentran en condiciones óptimas de operación, ya que se llevó a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo a los cuatro tanques de almacenamiento de combustible, por la empresa almacenadora KAVE, S.A de C.V.

### Recursos Humanos.

Grupo de plazas	enero-junio 2017	% que representa el total de plantilla
Mandos medios y superiores	18	0.7
Médica	343	13.6
Investigación	15	0.6
Enfermería	949	37.7
Paramédica	684	27.2
Afín (apoyo médico)	113	4.5
Afín (apoyo administrativo)	161	6.4
Afín (apoyo a servicios)	234	9.3
<b>Total</b>	<b>2,517</b>	<b>100.0</b>

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se contó con un total de 2,517 plazas autorizadas, destinadas principalmente al área médica, paramédica y enfermería, con la finalidad de cuidar el equilibrio de la fuerza de trabajo y brindar una atención de calidad a los usuarios del Hospital.

Asimismo, al periodo que se informa se muestran los indicadores de resultados, que permiten mejorar la operación de los servicios relacionados con la administración de los recursos humanos y el control eficiente de los recursos institucionales.

Indicador de resultados	Avance
Reducir el porcentaje de errores u omisiones por incidencias en nómina	Se aplicaron los descuentos principalmente por faltas, omisiones de entrada y/o salida, retardo mayor, los cuales no fueron justificados en tiempo y forma.



Certeza del personal pagado a través de nómina	No se reportaron inconsistencias en la dispersión de la nómina, la cual se realiza a través de la Tesorería de la Federación.
Incrementar la satisfacción del personal	Se continúa fomentando la competitividad del personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos, a través de la mejora de procesos, capacitación, entre otros, permitiendo brindar una mejor atención al personal.

### **Abasto.**

Al primer semestre de 2017, el porcentaje de abasto de medicamentos e insumos fue del 99.6%

### **Logros de la Dirección de Administración**

- El presupuesto asignado, se ejerció al cien por ciento sin generar sub ejercicios.
- Se incrementó la captación de recursos por cuotas de recuperación en un 6% respecto al mismo periodo del ejercicio anterior.
- Se registraron en cartera de inversión de la SHCP dos proyectos siendo los siguientes: Programa de Mantenimiento para el Estacionamiento y Almacén del RPBI del Hospital Juárez de México y el Programa de Equipamiento para el servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México.

### **Debilidades de la Dirección de Administración**

- Falta de recursos para realizar mantenimientos mayores a las instalaciones del Hospital.
- Falta de recursos para la sustitución de equipo médico.

### **Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección de Administración**

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2017, de la Dirección de Administración.

En relación a Consolidar y evaluar la Farmacia Hospitalaria se tiene programada para el segundo semestre de 2017, reunión de trabajo entre las áreas de la Dirección Médica, Dirección de Administración y la encargada de la Farmacia Hospitalaria para dar seguimiento al Diagnóstico del costo-beneficio de la implementación de la Farmacia Hospitalaria en el Hospital.

Respecto al porcentaje de avance en el arrendamiento de equipo de ultrasonografía para el servicio de Obstetricia, con fecha 1 de febrero de 2017, se llevó a cabo reunión para la revisión del Programa Institucional 2015-2020 por estrategia y línea de acción, con la finalidad de replantear las fechas compromiso y responsables de las actividades que integran cada línea de acción. Derivado de lo anterior, se señaló que en esta línea de acción sólo quedarían como responsables la Dirección Médica y la División de Ginecoobstetricia.

Con relación al proyecto para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina y en lo que corresponde a la elaboración y registro del proyecto de inversión en cuya actividad participa la Dirección de Administración, al periodo que se informa no se ha recibido información de la Unidad de Enseñanza para dicho proyecto.

Con relación a la creación de Unidades de Inversión por servicio, el Departamento de Análisis de Costos elabora la propuesta del Manual de Procedimientos y el proyecto para la creación de dichas unidades

El presupuesto ejercido fue de \$619,521 miles de pesos que representa el 94% del presupuesto total modificado que fue de \$657,277 miles de pesos. Por otra parte, el Departamento de Abastecimiento impartió dos cursos de capacitación al personal del Hospital en materia de normatividad de adquisiciones, los días 25 y 26 de enero de 2017, con un total de 107 asistentes.

Con el propósito de hacer un uso adecuado y eficiente del presupuesto asignado al Hospital, el Departamento de Abastecimiento impartió dos cursos de capacitación al personal, en materia de normatividad de adquisiciones, los días 25 y 26 de enero de 2017, con un total de 107 asistentes de las siguientes áreas: Órgano Interno de Control, Dirección de Planeación Estratégica, Cirugía Vasculat, División de Gineco-Obstetricia, Oftalmología, Neurofisiología, Cirugía General, Urgencias Pediatría, Departamento de Análisis de Procesos, Hemodinamia, Ginecología, Reumatología, Urología, Investigación, Neurocirugía, Dirección Médica, Unidad de Cuidados Coronarios, Neurología, Neumología e Inhaloterapia, Cirugía Pediátrica, Rayos X, División de Medicina, Dirección de Investigación, División de Investigación, Dermatología, Urgencias Pediatría, Otorrinolaringología, Laboratorio Clínico, Unidad de Investigación en enfermedades metabólicas y endocrinas, Nutrición Hospitalaria, CAUSES, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Ortopedia y Traumatología, Medicina Nuclear, Gastos Catastróficos, División de Medicina Crítica, Anatomía Patológica, Consulta Externa, Angiología, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Endocrinología.

Por otra parte, se ha ejercido al 100% el presupuesto autorizado para el Hospital.

En relación a la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación, se envió a la CCINSHAE la propuesta para autorización de la actualización de las 1,471 claves del Tabulador de Cuotas de Recuperación, quedando a la espera de recibir respuesta. Asimismo, respecto a la capacitación a los Jefes de Servicio respecto a la actualización de sus tabuladores se llevará a cabo en el segundo semestre de 2017.

Respecto al porcentaje de avance en el registro de proyectos de inversión para renovación de equipo industrial, se tiene un cumplimiento del 50% respecto a la meta anual programada del 100% ya que se cuenta con el Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico del Hospital 2017, a través del cual se determina el equipo susceptible a renovarse. Asimismo, durante el primer semestre de 2017, se registró en la cartera de la

SHCP el proyecto de inversión del Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México” con No. 1612NAW0003 por un importe de \$16,623,000.00

Con relación al porcentaje de avance en la construcción del Centro Oncológico CIPO, no se presentan avances al periodo de reporte, debido a que se le ha dado prioridad al registro en cartera de inversión de la SHCP del proyecto integral para la construcción y equipamiento de la Torre de Hospitalización del Hospital Juárez de México.

En seguimiento al avance en la construcción de la nueva Torre de Hospitalización, se tiene un cumplimiento del 33.3% respecto a la meta anual programada, ya que se elaboró el estudio de costo beneficio, el cual contiene el costo-beneficio del mismo, encontrándose en el proceso para realizar los trámites para la solicitud del Certificado de Necesidades de Infraestructura ante la DGPLADES y el CENETEC, para su posterior registro en cartera.

Respecto al avance en la gestión de recursos para mantenimiento mayor a las instalaciones, se tiene un cumplimiento del 50% respecto a la meta anual programada debido a que se encuentra registrado en cartera de inversión el proyecto referente al Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México por un importe de \$13, 519,906.08. Dicho programa será financiado mediante recursos propios, realizando en el segundo semestre de 2017 el proceso licitatorio.

Asimismo, se dio mantenimiento a diversas salas de la torre de hospitalización con la finalidad de dar una mejor atención al paciente hospitalizado, realizando las siguientes actividades: se instalaron consolas en algunas camas de hospitalización en el segundo y tercer piso, se colocaron cuatro contactos color naranja para el servicio de emergencia, cuatro contactos de color blanco para el servicio normal, se instalaron dos tomas de oxígeno y una de aire, se colocaron tubería de pared gruesa desde la cama hasta los tableros eléctricos, se resanó el muro de tabla roca, se hizo cambio del cableado, se pintaron los muros y el plafón, se repararon puertas, se rehabilitó con pintura azul plumbago para las lámparas de cabecera, se instalaron lámparas de 14 watts ahorradoras de energía.

Respecto al Programa de Mantenimiento para la rehabilitación del estacionamiento y el almacén temporal de RPBI del Hospital Juárez de México, el Director General del hospital solicitó a la DGPOP llevar a cabo el cambio del tipo de programa del registro con número en cartera 1712NAW0001 a el Programa de Mantenimiento de Protección Civil, con la finalidad de lograr la viabilidad del programa.

Con relación al avance en la adquisición de un acelerador lineal, se cuenta con el documento CENETEC/DIB/120/2017 correspondiente al Certificado de Necesidad de Equipo Médico No. CDN-009/17 para la incorporación de un Sistema de Terapia de Radiación con Rayos X, quedando registrado en el Plan Maestro Infraestructura Física en Salud (PMI). Derivado de lo anterior, se procederá a realizar las gestiones correspondientes para su registro en cartera de inversión ante el Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Respecto a la ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico, Se cuenta con un Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico del Hospital 2017, a través del cual se realiza el diagnóstico para identificar los equipos susceptibles de ser renovados o sustituidos. Asimismo, se cuenta con seis proyectos de inversión registrados en cartera de la SHCP, para la renovación y/o sustitución de equipo médico, siendo los siguientes:

- Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México.
- Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México.
- Equipamiento para el servicio de Endoscopía del Hospital Juárez de México.
- Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México.
- Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México.
- Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México.
- Programa de Mantenimiento para el Estacionamiento y Almacén del RPBI del Hospital Juárez de México.
- Equipamiento para el servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México.

Finalmente, en relación a la profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación, se logró un cumplimiento del 88% respecto a la meta anual programada del 100%. Este resultado se obtuvo ya que con fecha 16 de enero de 2017, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud informó al Hospital que se profesionalizaron un total de 44 profesionales de la salud, siendo cinco trabajadoras sociales, un terapeuta y 38 enfermeras.

Programa de Trabajo 2017

Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Administración.  
Nombre del Programa Presupuestal: No Aplica.  
Responsable: Lic. Miquel Ángel Torres Vargas.

No.	Objetivo	Estrategia	Lineas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1		1. Calidad y Seguridad.	1.1.16 Consolidar y evaluar la Farmacia Hospitalaria.	<b>Porcentaje de avance en la evaluación costo-beneficio de la Farmacia Hospitalaria.</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Evaluación realizada / V2: Evaluación programada x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$ El diagnóstico de costo-beneficio de la farmacia hospitalaria, se realizará en el segundo semestre de 2017.
2			1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo.	<b>Porcentaje de avance en el arrendamiento de equipo de ultrasonografía para el servicio de Obstetricia.</b> V1: Equipo de ultrasonografía arrendado/ V2: Equipo de ultrasonografía programado a arrendar x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$ De acuerdo a la reunión celebrada el 1 de febrero de 2017 entre la Dirección General y Direcciones de área, se determinó que los responsables de esta línea de acción fueran la Dirección Médica y la División de Ginecoobstetricia.
3		2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	<b>Porcentaje de avance en la implementación de la biblioteca digital y telemedicina.</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{2} \times 100 = 0\%$ Al periodo que se informa, la Dirección de Administración no ha recibido información respecto al proyecto de inversión para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina.
4	1. Administrar, dirigir y organizar el Presupuesto Autorizado del Hospital, así como vigilar el cumplimiento de las políticas, normas, sistemas y procedimientos de los recursos humanos, financieros y materiales, para el logro eficaz de las metas y objetivos acorde a los lineamientos de la Dirección General, dependencias globalizadoras y la Coordinación del Sector.		3.1.1 Creación de Unidades de Inversión por Servicio.	<b>Porcentaje de avance en la creación de Unidades de Inversión por servicio.</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100	$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{0}{4} \times 100 = 0\%$ El Departamento de Análisis de Costos elabora la propuesta del Manual de Procedimientos para la creación de las unidades de inversión por servicio.
5	2. Supervisar el ejercicio eficiente de los recursos autorizados al Hospital. 3. Supervisar la eficiente distribución de la planta del personal autorizada al Hospital. 4. Vigilar el proceso para llevar a cabo la adquisición de bienes y servicios del Hospital. 5. Supervisar los procesos de mantenimientos correctivos y preventivos efectuados a las instalaciones y equipamiento del Hospital.	3. Administración eficiente.	3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	<b>Porcentaje de presupuesto autorizado efectivamente ejercido.</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Presupuesto total ejercido/ V2: Presupuesto total modificado X 100	$\frac{1502,629,424}{1502,629,424} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{619,521}{657,277} \times 100 = 94\%$ El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 94% en el porcentaje de presupuesto autorizado efectivamente ejercido, con respecto a la meta anual programada de 100%.  Este resultado se debió a la disponibilidad que se tiene, la cual se utilizará en el segundo semestre de 2017, para hacer frente a la presión de gasto.
6			3.1.3 Actualización del tabulador de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias.	<b>Porcentaje de avance en la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación.</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: No. de claves actualizadas del Tabulador de Cuotas de Recuperación/ V2: No. total de claves del Tabulador de Cuotas de recuperación x 100	$\frac{1,471}{1,471} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{1,471}{1,471} \times 100 = 100\%$ El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de avance en la actualización del tabulador de cuotas de recuperación.  Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que el Hospital envió a la CONSHA-E la propuesta para la autorización de las 1,471 claves del tabulador de cuotas de recuperación para el ejercicio 2017.
7			3.1.5 Registro de proyectos de inversión para renovación de equipo industrial.	<b>Porcentaje de avance en el registro de proyectos de inversión para renovación de equipo industrial.</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100	$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{2}{4} \times 100 = 50\%$ El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de avance en el registro de proyectos de inversión para renovación de equipo industrial, con respecto a la meta anual programada de 100%.  Este resultado se debió a que se cuenta con el Programa de mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico del Hospital 2017, a través del cual se determina el equipo susceptible a renovarse.

8			3.2.1 Construcción de centro oncológico CIFO.	<p><b>Porcentaje de avance en la construcción del Centro Oncológico CIFO.</b></p> <p>V1: No. de actividades realizadas / V2: No. de actividades programadas X 100</p>	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{0}{3} \times 100 = 0\%$ <p>Derivado de la falta de recursos, no se presentan avances al período de reporte, ya que se le ha dado prioridad al registro en cartera de inversión de la SHCP del proyecto integral para la construcción y equipamiento de la torre de hospitalización del Hospital Juárez de México.</p>
9			3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización.	<p><b>Porcentaje de avance en la construcción de torre nueva de hospitalización.</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{1}{3} \times 100 = 33.3\%$ <p>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 33.3% en el porcentaje de avance en la construcción de torre nueva de hospitalización, con respecto a la meta anual programada del 100%.</p> <p>Este resultado se debió a que se elaboró el estudio de costo-beneficio para la construcción de la torre de hospitalización del Hospital Juárez de México. Además, se realizaron los trámites correspondientes para la solicitud del Certificado de Necesidades de Infraestructura ante la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, para su posterior registro en cartera de inversión.</p>
10	1. Administrar, dirigir y organizar el Presupuesto Autorizado del Hospital, así como vigilar el cumplimiento de las políticas, normas, sistemas y procedimientos de los recursos humanos, financieros y materiales, para el logro eficaz de las metas y objetivos acorde a los lineamientos de la Dirección General, dependencias globalizadoras y la Coordinación del Sector.	3. Administración eficiente.	3.2.4 Gestión de recursos para mantenimiento mayor a las instalaciones.	<p><b>Porcentaje de avance en la gestión de recursos para mantenimiento mayor a las instalaciones.</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{1}{2} \times 100 = 50\%$ <p>El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de avance en la gestión de recursos para mantenimiento mayor a las instalaciones, con respecto a la meta anual programada del 100%.</p> <p>Este resultado se debió a que se registró en cartera de inversión de la SHCP el proyecto referente al Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México.</p>
11	2. Supervisar el ejercicio eficiente de los recursos autorizados al Hospital.		3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.	<p><b>Porcentaje de avance en la reparación y modernización del estacionamiento del HUM.</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{2} \times 100 = 0\%$ <p>Respecto al Programa de Mantenimiento para la rehabilitación del estacionamiento y el almacén temporal de RFBI del Hospital Juárez de México, la Dirección General del Hospital solicitó a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, llevar a cabo el cambio del tipo de programa del registro con número en cartera 1712NA.W0001 a el Programa de Mantenimiento de Protección Civil, con la finalidad de lograr la viabilidad del programa.</p>
12	3. Supervisar la eficiente distribución de la plantilla del personal autorizada al Hospital.		3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	<p><b>Porcentaje de avance en la adquisición de un acelerador lineal.</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{0}{3} \times 100 = 0\%$ <p>El 8 de junio de 2017, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, notificó al Director General del Hospital, que el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) emitió el Certificado de Necesidad de Equipo Médico No. CDN-009/17, para la incorporación de un Sistema de terapia de radiación con rayos X, quedando registrado en el Plan Maestro Infraestructura Física en Salud (PMI). Derivado de lo anterior, se realizaron las gestiones correspondientes para su registro en cartera de inversión ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.</p>
13	4. Vigilar el proceso para llevar a cabo la adquisición de bienes y servicios del Hospital.		3.2.7 Ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico.	<p><b>Porcentaje de avance en la ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico.</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{2}{4} \times 100 = 50\%$ <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de avance en la ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico, con respecto a la meta anual programada del 100%.</p> <p>Este resultado se debió a que se cuenta con un Programa de Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico del Hospital 2017, a través del cual se realiza el diagnóstico para identificar los equipos susceptibles de ser renovados o sustituidos. Además, se cuenta con seis proyectos de inversión registrados en cartera de la SHCP, para la renovación y/o sustitución de equipo médico.</p>
14	5. Supervisar los procesos de mantenimientos correctivos y preventivos efectuados a las instalaciones y equipamiento del Hospital.	4. Desarrollo Organizacional y Cima Laboral.	4.1.5 Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Rehabilitación.	<p><b>Porcentaje de profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación.</b></p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de personal profesionalizado / V2: Número de personal programado a profesionalizar x 100</p>	$\frac{50}{50} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{44}{50} \times 100 = 88\%$ <p>El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 88% en el porcentaje de profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación, con respecto a la meta anual programada de 100%.</p> <p>Este resultado se debió a que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, informó al Hospital que se profesionalizaron un total de 44 profesionales de la salud, siendo 38 enfermeras, 5 trabajadoras sociales y 1 terapeuta.</p>

## Sistema de Evaluación del Desempeño (SED)

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GASTO PROGRAMABLE DE ENERO A JUNIO DEL 2017

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE JUNIO		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	PROGRAMADO (2)	EJERCIDO (2)	ABSOLUTA (2)	RELATIVA (6) = (5) / (3)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	(7) = (4) / (2)
<b>I.- GASTO CORRIENTE</b>	<b>1,502.6</b>	<b>1,496.2</b>	<b>657.3</b>	<b>619.5</b>	<b>-37.8</b>	<b>-5.8</b>			<b>41.4</b>
SERVICIOS PERSONALES	930.5	930.3	404.7	404.7	0.0	0.0			43.5
MATERIALES Y SUMINISTROS	237.6	231.6	101.8	86.3	-15.5	-15.2			37.3
SERVICIOS GENERALES	334.0	333.8	150.6	128.5	-22.1	-14.7			38.5
SUBSIDIOS	0.4	0.4	0.2	0.0	-0.2	-100.0			0.0
OTRAS EROGACIONES	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			0.0
<b>II.- GASTO DE CAPITAL</b>	<b>0.0</b>	<b>6.2</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>#¡DIV/0!</b>			<b>0.0</b>
<b>INVERSIÓN FÍSICA</b>	<b>0.0</b>	<b>6.2</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>#¡DIV/0!</b>			<b>0.0</b>
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	0.0	6.2	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			0.0
OBRAS PUBLICAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>III.- OPERACIONES AJENAS NETAS</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>#¡DIV/0!</b>			<b>#¡DIV/0!</b>
TERCEROS					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
<b>IV.- TOTAL DEL GASTO</b>	<b>1,502.6</b>	<b>1,502.4</b>	<b>657.3</b>	<b>619.5</b>	<b>-37.8</b>	<b>-5.8</b>			<b>41.2</b>

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

riterios de asignación de color de los semáforos.

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

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

ANEXO II

AVANCE DEL GASTO PÚBLICO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO

PERIODO A EVALUAR DE ENERO A JUNIO DEL 2017

(Millones de pesos con un decimal)

AI	PP*	APERTURA PROGRAMÁTICA (DENOMINACIÓN DE LOS PROGRAMAS)	PRESUPUESTO ANUAL MODIFICADO 1/	GASTO CORRIENTE		GASTO DE CAPITAL		GASTO TOTAL		VARIACIÓN		SEMÁFORO	
				PROGRAMADO	EJERCIDO	PROGRAMADO	EJERCIDO	PROGRAMADO	EJERCIDO	ABSOLUTA	RELATIVA	Menor Gasto	Mayor Gasto
2	M001	Actividades de Apoyo Administrativo	6.3	2.7	2.7			2.7	2.7	0.0	0.0%		
19	E010	Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud	38.8	24.0	24.0			24.0	24.0	0.0	0.0%		
24	E022	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	93.8	62.5	62.3			62.5	62.3	-0.2	-0.3%		
18	E023	Atención a la Salud	1,309.3	526.0	488.4			526.0	488.4	-37.6	-7.1%		
1	O001	Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno	54.2	42.1	42.1			42.1	42.1	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
								0.0	0.0	0.0	0.0%		
<b>T O T A L</b>			<b>1,502.4</b>	<b>657.3</b>	<b>619.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>657.3</b>	<b>619.5</b>	<b>-37.8</b>	<b>-5.8%</b>		

TOTAL PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS "E" (PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!		
% TPP** "E" vs TOTAL	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!		

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

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 2017.

<sup>1/</sup> No incluye Operaciones Ajenas Netas, y corresponde al presupuesto modificado autorizado al periodo que se esté reportando.

TPP\*\* = Total Programa Presupuestario

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

**Menor Gasto**

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

**Mayor Gasto**

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



ANEXO III

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México

INDICADORES DE DESEMPEÑO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO

PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) Y CLAVE 1/	INDICADOR			UNIDAD DE MEDIDA	META			SEMÁFORO	
	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A JUNIO 2017			PORCENTAJE DE AVANCE
						PLANEADA	REALIZADA		
<b>Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL PEF</b>									
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución.	Porcentaje	Trimestral	93.3	98.9	106.0%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	Porcentaje de cursos de educación continua realizados por la institución respecto a los programados en el periodo.	Porcentaje	Trimestral	95.7	91.3	95.4%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua	Proporción de la actividad institucional de educación continua que es transmitido al Sistema Nacional de Salud	Porcentaje	Trimestral	65.5	71.0	108.4%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Calidad	Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos de educación continua que concluyen en el periodo.	Promedio	Trimestral	9.1	9.0	98.9%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua	El indicador muestra la fortaleza organizacional para el uso de infraestructura educativa (aulas, recursos didácticos, etc.) para la impartición de cursos de educación continua a partir de la formulación del Programa de educación continua y la estimación del número de asistentes a estos eventos	Porcentaje	Trimestral	96.8	86.9	89.8%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Porcentaje	Trimestral	92.0	87.1	94.7%	
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	Expresa la eficacia en el otorgamiento de los cursos de capacitación administrativa y gerencial programados.	Porcentaje	Trimestral	91.7	95.8	104.5%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto	Porcentaje de artículos científicos institucionales* publicados en revistas de los grupos III a VII, respecto del total de artículos científicos institucionales publicados en revistas de los grupos I-VII, en el periodo.	Porcentaje	Semestral	33.3	50.0	150.2%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel	Promedio de artículos científicos institucionales* de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII, de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores) entre investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (D-E-F), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sea miembro vigente en el SNI y que no tenga nombramiento de investigador del SII, en el periodo.	Promedio	Semestral	0.8	3.0	375.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	Porcentaje de artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores), realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación.	Porcentaje	Semestral	86.7	75.0	86.5%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas.	Porcentaje	Semestral	100.0	100.0	100.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Eficacia	Promedio de productos por investigador institucional	Promedio de productos de la investigación de los investigadores vigentes del SII, más otros investigadores que sean miembros vigentes en el SNI y que no tengan nombramiento de investigador del SII.	Promedio	Semestral	0.2	0.9	450.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento.	Porcentaje	Trimestral	1.8	2.5	138.9%	
E023 Atención a la salud	Eficacia	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Este indicador permite evaluar los resultados de la efectividad clínica de la atención médica de los pacientes en áreas hospitalarias que presenta problemas de salud y son tratados en las entidades coordinadas.	Porcentaje	Trimestral	94.0	93.1	99.0%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios ambulatorios que se atiende en las entidades que participan en el programa.	Porcentaje	Trimestral	87.5	83.9	95.9%	

E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinares, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida.	Porcentaje	Trimestral	100.0	100.0	100.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad.	Porcentaje	Trimestral	46.4	65.1	140.3%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad.	Porcentaje	Trimestral	85.2	61.4	72.1%	
E023 Atención a la salud	Eficacia	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)	La evaluación de la eficacia en el otorgamiento de la consulta muestra el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la entidad.	Porcentaje	Trimestral	99.0	101.1	102.1%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios hospitalarios que se atiende en las entidades que participan en el programa.	Porcentaje	Trimestral	87.5	89.6	102.4%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	El porcentaje de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología establecida en la Norma Oficial Mexicana.	Porcentaje	Trimestral	90.0	90.1	100.1%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias.	Porcentaje	Trimestral	85.3	91.5	107.3%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados.	Promedio	Trimestral	5.6	5.9	105.4%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Muestra la proporción de los usuarios valorados a los que se les abre expediente por primera vez para su atención.	Porcentaje	Trimestral	75.0	68.3	91.1%	
E023 Atención a la salud	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia.	Tasa	Trimestral	6.8	4.3	63.2%	

**NO SELECCIONADOS EN EL PEF <sup>2/</sup>**

								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	
								0.0%	

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

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

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

**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

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

<b>Correctivo</b>	Cumplimiento Inferior al 90%
<b>Preventivo</b>	Cumplimiento del 90% al 99%
<b>Razonable</b>	Cumplimiento Igual o mayor al 100%

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW										NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México										ANEXO IV	
Avance del Gasto por Programa Presupuestario (Pp) y Cumplimiento de Metas de los Indicadores de Desempeño que conforman su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)																					
Programa Presupuestario Seleccionado <sup>1/</sup> : E023 ATENCIÓN A LA SALUD																					
(Millones de Pesos con un decimal)																					
AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCIDO 2016	PRESUPUESTO ANUAL 2017 MODIFICADO	DE ENERO A JUNIO 2017		VARIACIÓN		SEMÁFORO												
					PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	ABS.	REL.	MENOR GASTO	MAYOR GASTO											
18	E023	Atención a la Salud	576.5	1,309.3	526.0	488.4	-37.6	-7.1													
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			SEMÁFORO											
		NOMBRE	DEFINICIÓN				ENERO - JUNIO 2017	DIFERENCIA ABSOLUTA													
							PLANEADA	REALIZADA													
Propósito	Eficacia	Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua	Porcentaje de personas que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua impartidos por la institución.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	93.3	98.9	5.6												
Componente	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	Porcentaje de cursos de educación continua realizados por la institución respecto a los programados en el periodo.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	95.7	91.3	-4.4												
Componente	Eficacia	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua	Proporción de la actividad institucional de educación continua que es transmitido al Sistema Nacional de Salud	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	65.5	71.0	5.5												
Componente	Calidad	Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua	Calificación promedio de la satisfacción manifestada por los profesionales de la salud respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos de educación continua que concluyen en el periodo.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	9.1	9.0	-0.1												
Actividad	Eficacia	Eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua	El indicador muestra la fortaleza organizacional para el uso de infraestructura educativa (aulas, recursos didácticos, etc.) para la impartición de cursos de educación continua a partir de la formulación del Programa de educación continua y la estimación del número de asistentes a estos eventos	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	96.8	86.9	-9.9												
Propósito	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	92	87.1	-4.9												
Componente	Eficacia	Porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial	Expresa la eficacia en el otorgamiento de los cursos de capacitación administrativa y gerencial programados.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	91.7	95.8	4.1												
Propósito	Calidad	Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto	Porcentaje de artículos científicos institucionales* publicados en revistas de los grupos III a VII, respecto del total de artículos científicos institucionales publicados en revistas de los grupos I-VII, en el periodo.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	33.3	50.0	16.7												
Propósito	Calidad	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel	Promedio de artículos científicos institucionales* de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII, de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores) entre investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (D-E-F), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sea miembro vigente en el SNI y que no tenga nombramiento de investigador del SII, en el periodo.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.8	3.0	2.2												
Propósito	Eficacia	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	Porcentaje de artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores), realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	86.7	75.0	-11.7												
Actividad	Eficacia	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador	Porcentaje de plazas de investigador ocupadas respecto a las autorizadas.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	100.0	100.0	0.0												
Actividad	Eficacia	Promedio de productos por investigador institucional	Promedio de productos de la investigación de los investigadores vigentes del SII, más otros investigadores que sean miembros vigentes en el SNI y que no tengan nombramiento de investigador del SII.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.2	0.9	0.7												

Fin	Eficiencia	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	1.8	2.5	0.7	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	Este indicador permite evaluar los resultados de la efectividad clínica de la atención médica de los pacientes en áreas hospitalarias que presenta problemas de salud y son tratados en las entidades coordinadas.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	94.0	93.1	-0.9	
Componente	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios ambulatorios que se atiende en las entidades que participan en el programa.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	87.5	83.9	-3.6	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	100.0	100.0	0.0	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	46.4	65.1	18.7	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	85.2	61.4	-23.8	
Componente	Eficacia	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)	La evaluación de la eficacia en el otorgamiento de la consulta muestra el uso eficaz de los recursos institucionales de acuerdo a la planeación estratégica y operativa de la entidad.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	99.0	101.1	2.1	
Componente	Calidad	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos	Este indicador permite evaluar la percepción de la satisfacción con calidad de la atención médica superior a 80 puntos de la población usuaria de servicios hospitalarios que se atiende en las entidades que participan en el programa.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	87.5	89.6	2.1	
Componente	Calidad	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004	El porcentaje de expedientes que cumplen lo establecido en la metodología establecida en la Norma Oficial Mexicana.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	90.0	90.1	0.1	
Componente	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	85.3	91.5	6.2	
Componente	Eficiencia	Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	5.6	5.9	0.3	
Actividad	Eficiencia	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas	Muestra la proporción de los usuarios valorados a los que se les abre expediente por primera vez para su atención.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	75.0	68.3	-6.7	
Actividad	Calidad	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria)	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia.	Tasa	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	6.8	4.3	-2.5	

FUENTES DE INFORMACIÓN: Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público (SII@WEB) y Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público "PASH" (Módulo PbR-Evaluación del 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 2017.

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

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

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

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

Criterios de asignación de color de los semáforos del avance de las metas de los indicadores.

Correctivo	Cumplimiento inferior al 90%
Preventivo	Cumplimiento del 90% al 99%
Razonable	Cumplimiento igual o mayor al 100%

Para el 2017, el Hospital Juárez de México, comprometió un total de 35 indicadores para resultados en tres Programas Presupuestales:

Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total
	trimestral	semestral	anual	
E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	7	7	6	13
E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	3	8
E023 "Atención a la salud"	13	13	1	14
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>35</b>

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el Hospital reportó un total de 25 indicadores en tiempo y forma ante la CCINSHAE, informando el desempeño de las metas de los indicadores que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) por programa presupuestal y comprometidos en el Programa Anual de Trabajo 2017 del Director General, obteniendo diversos grados de cumplimiento de acuerdo a los criterios de semaforización de la Secretaría de la Función Pública.

**En lo que corresponde al Programa Presupuestal E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"**, se reportaron un total de 7 indicadores de los cuales; tres se ubicaron en semáforo de cumplimiento razonable, tres en preventivo y uno correctivo.

Los indicadores que lograron un desempeño razonable fueron:

“Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua”, “Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua” y “Porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial.

En estos tres indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto, como resultado de lo siguiente:

- El número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución fue de 2,666 profesionales de la salud, de los cuales 1,914 fueron participantes externos.
- Se impartieron un total de 23 cursos en materia administrativa y gerencial.

Los indicadores que lograron un desempeño preventivo fueron los siguientes:

“Eficacia en la impartición de cursos de educación continua”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador al final del periodo que se reporta alcanzó, un cumplimiento inferior en un 4.6% con respecto a la meta

programada de 95.7%, debido a que de los 46 cursos de educación continua programados, se impartieron únicamente 42, por la cancelación de dos cursos por falta de asistentes.

“Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió que de los 2,666 profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de cursos de educación continua, solamente 2,450 profesionales de la salud respondieron la encuesta de percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua. Lo cual repercutió en la sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud encuestados que participaron en los cursos de educación continua.

“Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyeron satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial”. La causa por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió al incremento del 43.7% en el número de servidores públicos que concluyeron satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y del 51.8% en el número de servidores públicos inscritos en los cursos de capacitación administrativa y gerencial; debido a que en los cursos de “Calidad en el trato digno” y “Manejo de úlceras por presión, heridas y estomas” asistieron más servidores públicos de los que se tenían programados.

El indicador que logró un desempeño correctivo fue:

Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a un cumplimiento inferior del 10.2%, con respecto a la meta programada de 96.8% a causa de que únicamente 2,695 profesionales de la salud se inscribieron efectivamente a los cursos de educación continua realizados por la institución, de los 3,000 profesionales de la salud programados, originado por la cancelación del Curso Taller de Implantes Extra orales por falta de alumnado y de un curso programado en mayo, el cual se contabilizará hasta su conclusión en julio de 2017.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 24 mdp.

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

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

“Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel”, “Porcentaje de ocupación de plazas de investigador” y “Promedio de productos por investigador institucional” en estos cuatro indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto dando, como resultado lo siguiente:

- Se publicaron un total de 18 artículos científicos de impacto alto publicados en revistas, de los cuales diez (siete grupos III y tres del IV) fueron publicados por investigadores y ocho (siete de III y uno de nivel IV) fueron del personal médico del Hospital.
- El promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores fue de 3.0 superior en un 275% con relación al promedio de 0.8 programado.
- Se alcanzaron un total de 17 productos totales de los cinco que se tenían programados. Este resultado obedece a la publicación anticipada de cinco artículos de alto impacto (nivel III-VII) por investigadores con nombramiento vigente en el SII, que se tenían proyectados para el segundo semestre de 2017; además, de la publicación de seis artículos de nivel I y uno de nivel II por parte de investigadores institucionales que no estaban considerados en estas categorías, hicieron un total de 17 productos científicos por los 20 investigadores institucionales vigentes.
- Las 16 plazas de investigador autorizadas, fueron ocupadas.

El indicador que se situó en semáforo correctivo fue:

“Porcentaje de artículos científicos en colaboración” que alcanzó un cumplimiento inferior en un 13.5%, con respecto a la meta programada de 86.7%, no obstante se logró un incremento del 207.7% en los artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación, con respecto a la meta programada de 13 artículos. Este resultado obedece a la publicación de 14 artículos adicionales en colaboración que no se habían considerado en la programación.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 62.3 mdp.

**En el Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud"**, se reportaron un total de 13 indicadores de los cuales; ocho se situaron en semáforo de cumplimiento razonable, tres preventivos y dos en correctivo.

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

“Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional”; “Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizadas”, “Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizado”, “Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta)”, “Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos”, “Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004,” “Porcentaje de ocupación hospitalaria”, y el indicador “Promedio de días estancia”

En estos ocho indicadores se alcanzaron los objetivos y las metas institucionales, las actividades se desarrollaron de acuerdo a lo previsto, como resultado de:

- Se abrieron un total de 16,853 expedientes clínicos de los cuales 429 fueron de pacientes referidos por instituciones públicas de salud, principalmente de pacientes atendidos en intervenciones del CAUSES.
- Se realizaron un total de 72,570 sesiones de rehabilitación especializadas, beneficiando la recuperación del paciente que le permite reintegrarse a sus labores habituales.
- Se realizaron un total de 19,935 procedimientos de diagnóstico, de los cuales 12,977 fueron procedimientos diagnósticos ambulatorios considerados de alta especialidad realizados a pacientes que presentaron patologías de mayor complejidad.
- Debido a la capacidad que tiene el Hospital se otorgó un total de 110,482 consultas de primera vez, subsecuentes y preconsultas, beneficiando a la población usuaria que es atendida en 47 especialidades.
- Se logró un porcentaje del 89.6 de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos
- Se revisaron un total de 285 de expedientes por parte del Comité del expediente clínico, de los cuales 254 cumplieron con los criterios de la NOM SSA 004, lo cual permite contar con información completa y confiable, y brindar una atención adecuada a la población.
- El porcentaje de ocupación hospitalaria mostró un incremento del 7.3% al ubicarse en 91.5%, con relación a la meta programada de 85.3%. Este resultado refleja la necesidad de una mayor demanda de pacientes que acuden al Hospital para solucionar la problemática de las enfermedades crónico-degenerativas y de padecimientos que requieren de intervención quirúrgica para su atención.
- Se registró un incremento del 7.6% en el número de días estancia, con relación a la meta programada de 51,000. Este resultado se debió al aumento de egresos hospitalarios y de las patologías que presentaron las y los pacientes con patologías crónico degenerativas y de alta complejidad, por lo que requirieron de mayor estancia hospitalaria.

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

“Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación”. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el periodo de enero a junio de 2017, alcanzó un cumplimiento del 93.1%, con respecto a la meta programada del 94.0%. Este resultado obedece a varios factores; se egresaron a un total 8,625 pacientes por mejoría y curación de los 9,262 egresos hospitalarios totales, debido a la demanda de la población usuaria de recibir atención médica especializada con calidad a enfermedades crónico-degenerativas y padecimiento complejos.

“Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo se debió a que durante el primer semestre de 2017 alcanzó un cumplimiento del 83.9%, con relación a la meta programada de 87.5%, observando una disminución del 4.1%. Este resultado fue a causa de que 192 usuarias y usuarios



encuestados en atención ambulatoria, el 19.2% manifestaron una mala percepción de la información y orientación proporcionada por los profesionales de la salud y de las instalaciones y equipo.

“Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas”. La razón por las cuales este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió a un cumplimiento del 68.3%, con relación a la meta programada de 75.0%. Este resultado se debió al incremento del 24.2% en el número de preconsultas otorgadas, con relación a la meta programada de 5,600 preconsultas, a causa de la mejora en la permanencia del personal en las áreas de trabajo y a un mejor registro de las preconsultas, impactando este resultado de igual manera, en el incremento del 13.1% en el número de consultas de primera vez otorgadas, con relación a las 4,200 consultas programadas, debido a que los pacientes requieren de atención de alta especialidad.

Los indicadores que se situaron en cumplimiento correctivos fueron los siguientes:  
Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados. La razón por la cual este indicador se situó en semáforo correctivo se debió a que durante el periodo de reporte alcanzó un cumplimiento del 61.4% con respecto a la meta programada del 85.2%. Este resultado obedece a que se realizaron 113 procedimientos terapéuticos considerados de alta especialidad más con respecto a la meta programada de 281 procedimientos. Este logro se debió al apoyo que se brindó principalmente al Hospital General de México y hospitales del Estado de México en la realización de procedimientos de alta especialidad, derivado de que el Hospital cuenta con tecnología de punta y personal capacitado, por lo tanto, repercute en el total de procedimientos terapéuticos realizados de 642 procedimientos con respecto a los programados de 330 procedimientos terapéuticos ambulatorios totales.

Con relación al indicador “Tasa de Infecciones Nosocomiales (por mil días estancia hospitalaria), a pesar de que este indicador se ubicó en semáforo correctivo, su resultado fue satisfactorio debido a que durante el periodo de enero a junio de 2017, la tasa bajó de 6.8 a 4.3, observando una disminución de 2.5. Este resultado se debió a que se cuenta con un programa de control de infecciones cuyas principales acciones consisten en estrategias horizontales, como el uso racional de antimicrobianos, el aislamiento oportuno de pacientes infectados o colonizados, la aplicación de medidas preventivas, priorizando los riesgos de las distintas áreas y a la utilización de herramientas INICC en vigilancia epidemiológica activa.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 488.4 mdp.

## PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

### 1. Calidad y Apoyo a la Atención

#### 1.1 Hospital Seguro

Durante el primer semestre de 2017, se realizaron las siguientes actividades:

- En febrero, se instaló el Comité de la Unidad Interna de Protección Civil, integrado por 18 personas. En mayo se llevó a cabo una reunión, para definir el programa de capacitación de los líderes y brigadistas. Se impartieron cuatro cursos de los cuales uno se refirió al combate contra incendios, otro de primeros auxilios y dos de evacuación, capacitando a un total de 171 profesionales de la salud
- En marzo, se reinstaló el Comité de Atención para Emergencias y Desastres, conformado por 29 integrantes y se difundió el Manual de funcionamiento de la Unidad Interna de Protección Civil entre los integrantes del Comité.

Se continuó con el seguimiento al Plan de trabajo del dictamen de Hospital Seguro, con la finalidad de atender las 27 observaciones emitidas, por lo que al periodo de reporte, se dio seguimiento a dos de ellas.

	Observación	Acciones realizadas
1	Acuerdo 119: Revisar el programa de ejercicio de simulación o simulacros de diversa índole.	Se elaboraron los protocolos de simulacro de acto hostil "Amenaza de bomba" y de hipótesis de evacuación en caso de sismo.
2	Acuerdo 135: Mantenimiento al sistema contra incendios	Se verificaron los equipos contra incendios (264 extintores, 54 hidrantes, 48 granadas y gabinetes de bomberos), conforme a lo estipulado en la NOM-002-STPS-2010.

#### 1.2 Auditoría Clínica

Durante el primer semestre de 2017, se revisó el protocolo de auditoría de "Prevención de úlceras por presión implementado en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos", con la finalidad de llevar a cabo en los servicios que tienen estancia prolongada como medicina interna y neurología, las acciones de valoración de riesgos a desarrollar úlceras por presión, colocación de parches hidrocelulares, movilidad constante de los pacientes, humectación de la piel y la capacitación a cuidadores primarios.

#### 1.3 Eventos Adversos

Referente al sistema de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Durante el periodo de enero a junio de 2017, el Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos (EMAEA) realizó 11 sesiones ordinarias, en las cuales se determinó realizar actualizaciones a la plataforma del Observatorio de Eventos Adversos, entre la que destaca la inclusión del rubro de úlceras por presión y su clasificación para su captura.

Se llevó a cabo el análisis causa-raíz de seis eventos centinela, con la finalidad de proponer acciones de mejora como: considerar los opiáceos como medicamentos de alto riesgo y realizar un protocolo de traslado de los pacientes en estado crítico.

En el periodo de reporte, se registraron en la plataforma del Observatorio un total de 543 eventos

Evento	1er. Semestre 2016	1er. Semestre 2017
Adversos	197	313
Cuasi-falla	2	16
Centinela	11	12
Otros (Reacciones a hemoderivados)	1	3
Úlceras por presión	107	199
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>543</b>

Fuente: Observatorio de eventos adversos y reporte de úlceras por presión de la Coordinación de Calidad de Enfermería.

Como se observa en la tabla, el número de eventos adversos fue de 313, mostrando un incremento del 58.9% con relación a los registrados en el mismo periodo de 2016 que fue de 197. Este resultado se debió a que a partir de abril se reportaron a través del Observatorio las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud como evento adverso.

En lo referente a las 16 cuasi-fallas, se tuvo un incremento de 14, con respecto a las notificadas en el mismo periodo de 2016 que fue de dos. Este resultado se debió a la capacitación otorgada a los profesionales de la salud sobre la importancia de la notificación de los eventos. Cabe señalar, que el número de notificaciones que se realizan de cuasi-fallas depende de la cultura del reporte que tiene el personal.

Asimismo, el número de úlceras por presión fue de 199, registrando un aumento del 86%, con respecto a las 107 notificadas en el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió a la estancia prolongada de los pacientes en las áreas críticas con padecimientos de influenza.

Eventos adversos en relación al número de ingresos.

El número de ingresos y eventos adversos registrados en el periodo de enero a junio de 2017 fue de 9,428 y 543 respectivamente, por lo que la proporción que existe entre las dos variables es de 1:17, es decir, que por cada 17 ingresos solo se reportó un evento adverso. No obstante, de acuerdo a las buenas prácticas sobre el reporte de eventos adversos es necesario incrementar la notificación en un 10% para tener un impacto en la calidad y seguridad de la atención al paciente, por lo cual el EMAEA continuará sensibilizando a través de cursos al personal que tiene contacto directo con el pacientes, para elevar el número de notificaciones.

Reporte de eventos adversos por servicio.

Servicios	Número de eventos
Úlceras por presión*	199
Unidad de Cuidados Intensivos	47
Medicina Interna	39
Cirugía General	31
Oncología	23
Neurocirugía	22
Hematología	19
Ortopedia y Traumatología	17
Geriatría	13
Unidad de Cuidados Coronarios	12
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatos	12
Urgencias Adultos	11
Neurología	10
Nefrología	7
Infectología	7
Cirugía Pediátrica	6
Neumología e Inhaloterapia	6
Ginecología	5
Urología	5
Unidad de Tococirugía	5
Quirófanos	5
Endoscopia	5
Neonatología	4
Unidad de Cuidados Intensivos Pediatría	4
Reumatología	4
Pediatría Médica	3
Oncología Pediátrica	3
Urgencias Pediátricas	2
Unidad de Hemodinamia	2
Gastroenterología	2
Oftalmología	2
Otorrinolaringología	2
Medicina Interna Norte	2
Otras	7
<b>Total</b>	<b>543</b>

Fuente: Observatorio de eventos adversos y reporte de úlceras por presión de la Coordinación de Calidad de Enfermería.

\* En los casos específicos para el número de úlceras por presión se consideró a través del informe que emite la Coordinación de Calidad de Enfermería.

Como se observa en la gráfica, las áreas que tuvieron una mayor cultura del reporte fueron la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Medicina Interna, Cirugía General, Oncología, Neurocirugía y Hematología.

## Eventos adversos por origen del error

Tipo	Origen del Error	No. Eventos
Tipo 4	Infecciones asociadas a la atención en salud	217
	Úlceras por presión	199
Tipo 18	Otros	46
Tipo 9	Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	17
Tipo 11	Caídas de pacientes	16
Tipo 5	Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	13
Tipo 16	Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas	7
Tipo 17	Complicaciones obstétricas	7
Tipo 2	Relacionados con fallas en procesos clínicos o procedimientos asistenciales	6
Tipo 6	Relacionados con sangre o sus hemoderivados	3
Tipo 10	Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	3
Tipo 3	Relacionados con fallas en los registros clínicos	2
Tipo 8	Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales	2
Tipo 15	Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	2
Tipo 1	Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	1
Tipo 7	Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	1
Tipo 14	Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	1
<b>TOTAL</b>		<b>543</b>

Fuente: Observatorio de eventos adversos y reporte de úlceras por presión de la Coordinación de Calidad de Enfermería.

Como se observa en el cuadro anterior en el análisis de patrones y tendencias, se identificó que el mayor número de eventos adversos corresponde a Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (217), seguido de las úlceras por presión (199).

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

Durante el primer semestre de 2017, se concluyó la primera etapa del Programa de estímulos, en donde se realizaron las siguientes actividades:

Se realizó la inscripción de 164 participantes de las siguientes disciplinas

Disciplina	Participantes inscritos
Medicina	32
Química	29
Trabajo social	8
Enfermería	85
Otras disciplinas	10
<b>Total</b>	<b>164</b>

Con la finalidad de cubrir el enfoque de calidad y seguridad del Programa de Estímulos, la división de calidad impartió el curso de actualización en calidad de la teoría a la práctica, capacitando a un total 122 profesionales de la salud.

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

Durante el primer semestre de 2017, se realizaron las siguientes actividades:

- Se conformaron 15 equipos multidisciplinarios para iniciar con las actividades programadas en la etapa documental del Proyecto de Certificación Hospitalaria, relacionadas con la elaboración del soporte documental de los elementos medibles de cada estándar.
- Se efectuaron un total de 146 reuniones multidisciplinarias para la revisión y elaboración de los documentos conforme a lo solicitado en cada uno de los estándares, registrando un porcentaje de avance del soporte documental del 52.7% como se muestra en la siguiente tabla:

No.	Estándar		Número de Reuniones	% de avance
1	MISP	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.	9	43.3
2	MMU	Manejo y Uso de Medicamentos.	13	79.5
3	PCI	Prevención y Control de Infecciones.	11	40.4
4	FMS	Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	10	33.1
5	SQE	Competencias y Educación del Personal.	12	0
6	QPS	Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente.	6	36.2
7	ACC	Acceso y Continuidad de la Atención.	11	35.0
8	PFR	Derechos del Paciente y de su Familia.	9	68.0

9	AOP	Evaluación de Pacientes.	10	45.0
10	SAD	Servicios Auxiliares de Diagnóstico.	10	68.0
11	COP	Atención de Pacientes.	10	67.2
12	ASC	Anestesia y Atención Quirúrgica.	9	93.0
13	PFE	Educación al Paciente y a su Familia.	8	46.0
14	MCI	Gestión de la Comunicación y la Información.	11	35.3
15	GLD	Gobierno, Liderazgo y Dirección.	7	100.0
<b>Total</b>			<b>146</b>	<b>52.7%</b>

- Se realizaron 11 sesiones informativas relacionadas con los avances del Proyecto de Certificación Hospitalaria, contando con una asistencia de 1,956 servidores públicos de los cuales 691 fueron de enfermería, 676 de áreas administrativas y 589 de personal médico.

### 1.6 Aval Ciudadano

El seguimiento se realiza de forma cuatrimestral, por lo tanto, al periodo de enero a abril de 2017, se realizaron las siguientes actividades:

- Se envió a la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia el Acta de Instalación de Aval Ciudadano probada y el informe de seguimiento de Aval Ciudadano, correspondiente al tercer cuatrimestre de 2016.
- Se llevó a cabo una entrevista en “Radio capital”, con el Presidente de rotarios lindavista distrito 4170, en la cual se abordó el tema “Qué es Aval Ciudadano” y qué actividades realizan en la institución.
- Se realizó la firma de dos cartas compromiso, donde se estipularon dentro de los acuerdos incrementar la seguridad de las instalaciones, mejorar el trato que reciben los pacientes, mantener la suficiencia de los insumos de los sanitarios y evaluar la colocación de mosquiteros en el área de urgencias.
- Se aplicaron un total de 188 encuestas en el servicio de urgencias, en donde se evaluaron los tópicos en relación a tiempo de espera, interacción médico-paciente, información sobre su diagnóstico y tratamiento, información sobre los cuidados a seguir y el trato que reciben.
- Derivado de los resultados obtenidos se detectaron áreas de oportunidad como mejorar la información de los cuidados y tratamiento que debe seguir el paciente por lo que se implementarán cursos sobre trato digno a todo el personal.

### 1.7 Participación Ciudadana

En el periodo de enero a junio de 2017, no se tiene avances debido a que no se publicó la Guía anual de acciones de participación ciudadana 2017.

## **1.8 Acreditaciones**

El Hospital fue sede de la segunda reunión nacional de avances del proceso de acreditación, que organizó la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, contando con la participación de personas de diferentes hospitales e institutos.

Los tópicos abordados en la reunión fueron Programa nacional para la reducción de la mortalidad por infarto agudo al miocardio; encuadre de acciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Lineamientos para la reacreditación de establecimientos, 2004-2012, Estrategias de implementación del modelo de gestión de la calidad en salud, Plan estratégico sectorial para la difusión e implementación de guías de práctica clínica, Acciones esenciales en la seguridad del paciente, Comité de farmacia y terapéutica, Curso para capacitar evaluadores en el proceso de acreditación de establecimientos y servicios de atención médica y Presentación de nuevos instrumentos de evaluación (cédula de acreditación de tumor ovárico).

Durante el primer semestre 2017, se realizó un diagnóstico para evaluar la factibilidad de acreditar 28 intervenciones dentro del programa nacional de CAUSES y Fondo para Gastos Catastróficos, mediante la aplicación de la cédula de autoevaluación emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Como resultado del diagnóstico realizado se concluyó que sólo cinco intervenciones cumplen con los requisitos solicitados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y se enuncian a continuación: Hepatitis “C”, Atención de infarto al miocardio, Atención oftalmológica, Trasplante de córnea e Implante coclear.

En continuidad a ésta actividad se tuvieron cuatro reuniones para fortalecer las áreas de oportunidad en las cédulas antes mencionadas. Actualmente está en proceso realizar la autoevaluación y solicitar a la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud DGCES la evaluación de las cédulas de acreditación.

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

En cuanto a las actividades realizadas por el CIIMEIT, se elaboró el documento Anexo Técnico del Proyecto de Renovación Integral de Tecnologías de la Información, el cual tiene como objetivo, la actualización tecnológica del equipo activo de red, equipo de procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y equipo de videoconferencia.

Asimismo, se elaboró el documento Anexo Técnico del Proyecto de Servicios Administrados de Arrendamiento de Equipos de Cómputo, el cual tiene como objetivo la actualización tecnológica del equipo de cómputo de escritorio, equipo de cómputo laptop e impresoras.

Estos proyectos, permitirán contar con la infraestructura actualizada e indispensable para llevar a cabo la instalación e implementación de soluciones tecnológicas de vanguardia que fortalezcan las actividades en la atención al paciente y la enseñanza.



En cumplimiento al Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias; se brindó el asesoramiento, acompañamiento, revisión, validación y captura de cinco proyectos y estudios de factibilidad mediante la herramienta de la gestión de la política TIC a los servicios de Biomédica, Subdirección de Recursos Materiales, y al CIIMEIT, para la autorización de los mismo por parte del Órgano Interno de Control de la Institución, así como de la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública.

Se designó al CIIMEIT como administrador de usuarios del Sistema de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), por lo tanto se han generado los usuarios y asignado los perfiles de acceso al personal requerido por el servicio Estadística.

Al periodo que se reporta, se brindó atención a 112 solicitudes de actualización de información dentro del Portal Institucional en las siguientes secciones: actualización y homologación de las secciones de transparencia (transparencia, normatividad, comité de información, transparencia focalizada, indicadores de programas presupuestarios, recomendaciones dirigidas al Hospital Juárez de México, estudios y opiniones, rendición de cuentas y participación ciudadana), Comité de Mejora Regulatoria Interna y Enseñanza.

En lo referente a redes y conectividad, la disponibilidad del acceso a la red de datos institucional se mantuvo en un 99%, y el acceso al servicio de internet de la red NIBA se encontró en un 82%, esto motivó la necesidad de activar en seis ocasiones el plan de contingencia y utilizar el enlace de TELMEX para mantener en un 99% el acceso al servicio de internet.

Durante el periodo del reporte, no se realizaron sesiones de teleconferencia relacionadas con el Diplomado Especializado de Gerencia y Certificación Médica. Este resultado se debió a que no se recibieron solicitudes para la proyección de las mismas.

Se brindó el soporte técnico especializado multimedia para la realización y desarrollo de sesiones generales, cursos, diplomados, foros y eventos especiales en el auditorio principal, aula magna y aulas de usos múltiples.

### **3. Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia**

Las actividades realizadas durante el primer semestre de 2017, fueron las siguientes:

En conjunto con la Dirección Médica, se definieron los proyectos de mejora que serán trabajados durante el 2017 y 2018 con la finalidad de dar cumplimiento a los compromisos establecidos en el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018.

Proyecto de mejora	Descripción	Área	Periodo del proyecto
Implementación de un procedimiento en pacientes Testigos de Jehová que requieren soporte transfusional en evento quirúrgico programado.	Otorgar al paciente Testigo de Jehová una alternativa de soporte transfusional, adaptando el proceso de eritroféresis a sus circunstancias médico-legales y espirituales. Asimismo, y como resultado, generar el protocolo que sirva como herramienta al personal médico del hospital para el tratamiento quirúrgico en dichos pacientes.	Oncología	01/09/2017 al 30/07/2018
Estandarización del manejo de secuencia rápida de intubación del paciente pediátrico.	Contar con un mecanismo de control que contenga todas las actividades que se deben realizar en el procedimiento en tiempo y forma, para atender al paciente pediátrico que requiere intubación electiva.	Urgencias Pediatría	02/05/2017 al 15/12/2017
Mejorar la calidad de atención al paciente oncológico que recibe quimioterapia en hospitalización	Elaborar un plan integral de atención al paciente que recibe quimioterapia, que incluya las siguientes etapas: Atención en consulta externa, ingreso a hospitalización, aplicación de quimioterapia, egreso hospitalario (alta y pre alta), vigilancia de toxicidad.	Banco de Sangre	02/05/2017 al 28/09/2018

Se recibieron cuatro observaciones de auditoría por parte del Órgano Interno de Control, relacionadas con la actualización de los manuales de organización específico y de procedimientos de los 16 servicios que conforman la División de Cirugía, las cuales fueron atendidas conjuntamente con los responsables de cada servicio.

La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPOP) emitió la opinión técnica favorable del Manual de Procedimientos del HJM 2016, el cual consta de 79 procedimientos.

Se revisaron y actualizaron los Manuales de Organización y Procedimientos de diversos servicios de la Dirección Médica, Dirección de Administración y el Órgano Interno de Control.

Área	Manual de Organización Específico	Manual de Procedimientos
Dirección Médica	24	34
Dirección de Administración	2	6
Órgano Interno de Control	0	5

## Transparencia

### 1. Solicitudes de Información.

#### 1.1. Electrónicas a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

Con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 45 de Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 61 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso

a la Información Pública, en el primer semestre de 2017, se recibieron 114 solicitudes de información a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, las cuales fueron respondidas en tiempo y forma de conformidad con los artículos 135 y 132 de las respectivas leyes en comento.

### **1.2. Atención personal a solicitantes.**

Se atendieron en la Unidad de Transparencia a 22 personas, las cuales solicitaron tener acceso a la Plataforma Nacional de Transparencia, dando cumplimiento al artículo 117 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 120 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y artículos 3 fracción IX y X, 44, 48 y Título tercero Capítulo II de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

## **2. Recursos de revisión ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).**

Durante el primer semestre de 2017, se atendió un recurso de revisión en contra de la respuesta a la solicitud de información con número de folio 1219000010817, en el cual se confirmó la respuesta otorgada por el Hospital, mediante resolución del 21 de junio de 2017, por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

## **3. Actualización del Portal de Obligaciones de Transparencia de la Administración Pública Federal (POT).**

El Sistema del Portal de Obligaciones (SIPOT) de la Plataforma Nacional de Transparencia, fue habilitado el 4 de mayo de 2017, por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, donde se cargó información de los artículos 70, 71 y 81 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Con la finalidad de dar cumplimiento al Artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, referente a las Obligaciones en Materia de Transparencia se actualizaron al primer semestre de 2017, las siguientes fracciones:

**Fracción I.- Estructura Orgánica**

**Fracción II.- Facultades**

**Fracción III.-Directorio de Servidores Públicos**

**Fracción IV.-Remuneración Mensual**

**Fracción VII.-Servicios**

**Fracción X.- Auditorías practicadas**

**Fracción XIII.- Contratos y Convenios Modificatorios celebrados por la Unidad Hospitalaria**

**Fracción XIV.-** Marco Normativo

**Fracción XV.-** Informes

**Fracción XVI.-** Participación Ciudadana

**Fracción XVII.-** Información Relevante

**4. Carga de información en el Sistema de Obligaciones de Transparencia de la Plataforma Nacional de Transparencia.**

Con la finalidad de dar cumplimiento a la Ley General de Transparencia y a los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública, que deben difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia del INAI; en los que se establece que el 4 de mayo de 2017, es el término para los sujetos obligados tengan publicada su información en la Plataforma Nacional de Transparencia y para que los particulares presenten denuncias ante el INAI por el incumplimiento de las obligaciones, al respecto el Hospital llevó a cabo las siguientes acciones:

- 1) Se realizó la segunda etapa de verificación y acompañamiento con cada una de las 16 áreas responsables de cargar información en el sistema (Órgano Interno de Control, Dirección Médica, Consejo Técnico Consultivo, Unidad Jurídica, Unidad de Comunicación Social, Unidad de Transparencia, Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, Estadística, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, División de Calidad, Departamento de Integración Presupuestal; Departamento de Tesorería, Departamento de Abastecimiento, Departamento de Almacenes e Inventarios y Departamento de Contabilidad), la cual estuvo conformada por 20 sesiones.
- 2) La Coordinadora de la Unidad de Transparencia asistió a una reunión de capacitación en el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, en compañía de los responsables operativos con mayor número de carga de información (Subdirección de Recursos Humanos, Departamento de Abastecimientos, Departamento de Integración Presupuestal, Órgano Interno de Control y Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica).
- 3) Se proporcionó material de apoyo a las 16 áreas responsables de cargar la información en el SIPOT, a través de una liga de dropbox y un tutorial de carga de información, proporcionados por el Instituto Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

**5. Versiones Públicas de información que se publica en el Sistema de Portales de Obligaciones de la Plataforma Nacional de Transparencia.**

De conformidad con los artículos 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el Comité de Transparencia del Hospital confirmó las versiones públicas de documentos contables y administrativos (23 facturas y dos contratos del área de Integración Presupuestal y 73 contratos del área de Contabilidad)

**6. Sesiones del Comité de Transparencia.**

Durante el periodo de enero a junio de 2017, el Comité de Transparencia llevó a cabo dos sesiones ordinarias.

**7. Resoluciones del Comité de Transparencia.**

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 100 y 101 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en concordancia con los artículos 97 y 99 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el Comité de Transparencia emitió una resolución respecto de negativa parcial de acceso por tratarse de información confidencial, respecto de la solicitud 1219000003117 en la cual se negó el acceso a los datos de personas de servicios médicos en bitácoras de ingreso y egreso.

**8. Acciones en Materia de Transparencia.**

La Secretaría de la Función Pública, notificó que la publicación de la Guía de Aplicación de las Disposiciones Generales se pospone hasta nuevo aviso, a petición del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

**9. Capacitación en Materia de Transparencia.**

En lo referente a este rubro, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se notificó al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) la ratificación de nombramiento del enlace de capacitación y su suplente.
- Se acudió al INAI a la primera sesión de trabajo de la red por una Cultura de Transparencia.
- Se envió al INAI el Programa de Trabajo 2017 de capacitación en materia de transparencia, el cual tiene como principales objetivos:
  - Refrendar los reconocimientos como Institución y Comité de Transparencia 100% capacitados para el ejercicio 2017.
  - Capacitar a 124 servidores públicos a través de diez cursos, principalmente en introducción a la Ley General; Ley Federal; Ética Pública; Archivos y Cursos Especializados para el personal de la Unidad de Transparencia.
  - Derivado de las actividades comprometidas en el Programa de Trabajo 2017, se solicitó a 15 servidores públicos realizar la capacitación a través del curso “Introducción a la Ley Federal de Transparencia” en su modalidad en línea.
  - Dos servidores públicos de la Unidad de Transparencia acudieron al curso presencial especializado de “Gobierno abierto y transparencia proactiva”, en las instalaciones del INAI.

**10. Acciones vinculadas al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.**

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 100, 113 y 114 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 97 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública en concordancia con el Lineamiento Décimo Segundo de los Lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el organismo garante, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de abril de 2017, se informó al INAI que el Hospital Juárez de México no reservó ningún expediente como reservado. Además, se desclasificaron 41 expedientes en el Sistema de índice de expedientes reservados del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

**11. Evaluación emitida por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales al Hospital Juárez de México, correspondiente al ejercicio 2016.**

El Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, notificó que los siguientes indicadores ya no serán calculados:

- Atención prestada por la Unidad de Transparencia (AUE)
- Respuesta a solicitudes de información (RSI)
- Obligaciones de transparencia(ODT) y
- Alineación de criterios, comportamiento de las resoluciones y su cumplimiento (A3C).

Asimismo, indicó que únicamente se calculará el indicador “Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad” (ITRC), el cual tendrá una periodicidad anual; por lo que el tiempo de respuesta del Hospital en el ejercicio 2016, fue el siguiente:

Indicador de tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas		
Resultado del indicador	Variación de los tiempos promedios de respuesta	Variación de porcentajes de recursos de revisión con respecto a las solicitudes respondidas en cada periodo
96.38 %	92.76%	100%

**12. Manual de funcionamiento del Comité de Transparencia.**

Derivado de la implementación del Procedimiento para dar seguimiento al funcionamiento de los Comités Técnicos Hospitalarios del Hospital Juárez de México, se elaboró el Manual de funcionamiento del Comité de Transparencia.

#### **4. Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional**

Con la finalidad de contribuir en el cumplimiento de la línea de acción 1.2.1 “Desarrollo del Tablero Gerencial de Indicadores de Calidad y Seguridad”, durante el primer semestre de 2017, se extendió el uso del tablero de indicadores hospitalarios a 23 servicios (Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Oncología, Urología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía, Trasplantes, Medicina Física y Rehabilitación, Anestesiología, Quirófanos, Endoscopia, Unidad Coronaria, Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias Adultos, Unidad de Hemodinamia, Neonatología, Pediatría Médica, Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva Pediátrica y Urgencias Pediátricas).

Se revisó, analizó e integró la información del área médica, investigación, planeación, enseñanza y administración, para la elaboración del Informe de Autoevaluación del Director General 2016 y el Reporte de Gestión correspondiente al primer trimestre de 2017.

Como parte de la estrategia del fortalecimiento de colaborar con las áreas generadoras de la información en la justificación de los resultados obtenidos en los indicadores de desempeño con relación a las metas y a los objetivos institucionales, se trabajó con la Dirección Médica, Dirección de Investigación y la Unidad de Enseñanza en la revisión, análisis e integración de la información, para dar cumplimiento en tiempo y forma con lo solicitado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y el Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México.

- Se envió el reporte del avance de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas Presupuestales E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud” y E023 “Atención a la salud”, correspondiente a los periodos enero-marzo, enero-mayo (Avance de Cuenta Pública) y enero junio 2017.
- Se revisaron los programas anuales de trabajo 2017, de las Direcciones de Área y de las Unidades de Enseñanza y Comunicación Social, y se integró el Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección General. Asimismo, se revisaron los programas de trabajo de las áreas de: Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia, División de Calidad y Apoyo a la Atención, y Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica.

Además, durante el primer semestre de 2017 se dio cumplimiento a los siguientes informes y actividades:

- Se elaboró el acta ejecutiva de la Primera Sesión Ordinaria 2017 de la H. Junta de Gobierno.
- Se contribuyó en la atención de la recomendación 15-1-12NAW-02-0266-01-002 emitida por la Auditoría Superior de la Federación, relacionada con “Establecer mecanismos de supervisión que permitan dar seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos de los indicadores E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud” y se sustenten en la evidencia documental correspondiente. De igual manera, se solicitó a la Unidad de Enseñanza y Dirección de Investigación informar dichos mecanismos para los programas presupuestales E010 “Formación y

capacitación de recursos humanos para la salud” y E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”, respectivamente.

Además, se colaboró con la Dirección Médica en la atención de la recomendación 03 derivada de la auditoría 05/16, realizada por el Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, a los servicios médicos de Ortopedia y Traumatología y Cirugía General, referente a las diferencias en las cifras reportadas de su respectiva productividad.

- Se envió el informe correspondiente al primer y segundo trimestre de 2017, del cumplimiento de los compromisos adquiridos en las Bases de Colaboración y los resultados en las metas de los Indicadores del Programa de Gobierno Cercano y Moderno (PGCM), en materia de Presupuesto Basado en Resultados.
- Se elaboró el Monitoreo de ejecución y resultados, y la Matriz de riesgo del programa presupuestal E023 “Atención a la salud”, para el reporte del Comité de Control y Desempeño Institucional, correspondiente a los periodos enero-marzo y enero junio 2017.
- Se realizó la evaluación del desempeño institucional de los programas presupuestales E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud”, E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud” y E023 “Atención a la salud”, a través del Modelo Sintético del Desempeño, correspondiente a los periodos enero-marzo y enero-junio de 2017, los cuales mostraron diferencias porcentuales aceptables en el cumplimiento de las metas presupuestales y ejecución del presupuesto, ubicando los resultados globales de los programas presupuestales dentro del cuadrante IV como un desempeño equilibrado.
- Se elaboró el informe del Sistema de Evaluación del Desempeño, correspondiente al periodo enero-junio 2017.
- Se desarrollaron dos herramientas estratégicas, una para mejorar el registro de las encuestas de satisfacción de los usuarios en la atención médica ambulatoria y hospitalaria, y otra para contar con un registro electrónico confiable (base de datos) de los pacientes atendidos, estudios y procedimientos de alta especialidad realizados en el servicio de Endoscopia.
- Se envió el reporte del Programa de Trabajo de Control Interno, específicamente de los elementos de control 2 y 30, correspondientes al primer y segundo trimestre de 2017.

## **Otros Aspectos.**

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

Durante el periodo de enero a junio de 2017, se reestructuró el informe de funcionamiento de los órganos colegiados del Hospital Juárez de México, desglosando la información de cada Comité, Subcomité y Comisión de acuerdo a la Dirección de Área correspondiente, así como al cumplimiento de documentación y acuerdos generados en las sesiones de trabajo.



Se capacitó a 22 responsables de los órganos colegiados del Hospital, referente al procedimiento para dar seguimiento al funcionamiento de los Comités.

Las actividades realizadas por los órganos colegiados fueron las siguientes:

	No. de órganos colegiados	Sesiones			Acuerdos		
		Ordinarias	Extraordinarias	Total	Concluidos	En proceso	Total
Comités	23	58	16	74	68	87	155
Subcomités	6	12	17	29	26	22	48
Comisiones	6	19	3	22	0	34	34
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>89</b>	<b>36</b>	<b>125</b>	<b>94</b>	<b>143</b>	<b>237</b>

DIRECCIÓN	NOMBRE	NOMBRAMIENTOS	ACTA CONSTITUTIVA	CALENDARIO DE SESIONES	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO O REGLAMENTO	No. SESIONES	CONVOCATORIAS	ORDEN DEL DIA	MINUTAS DE SESION	SEGUIMIENTO DE ACUERDOS	LISTA DE ASISTENCIA
U. ENS.	Comisión de Cursos	No	Si	Si	Si	8	Si	Si	Si	Si	Si
U. ENS.	Comisión de Becas <sup>(1)</sup>	No	No	N/A	No	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
U. ENS.	Comisión de Honor y Justicia <sup>(2)</sup>	Si	Si	N/A	No	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
U. ENS.	Comisión Local de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud <sup>(3)</sup>	N/A	Si	N/A	Si	1	Si	Si	Si	No	Si
OIC	Comité de Control y Desempeño Institucional <sup>(4)</sup>	N/A	N/A	Si	N/A	2	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales	Si	Si	Si	Si	6	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Farmacia y Terapéutica	Si	Si	Si	Si	2	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Trasplantes	No	No	No	No	2	Si	Si	Si	S/A	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Medicina Transfusional	Si	Si	Si	Si	2	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Bioética	Si	Si	Si	Si	3	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Atención Médica en caso de Desastres	No	No	Si	No	3	No	No	No	No	No
DIR. MÉDICA	Comité de Morbi Mortalidad Perinatal	Si	Si	Si	Si	3	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Auditoría del Expediente Clínico	No	No	No	No	N/D	No	No	No	No	No
DIR. MÉDICA	Comité de Morbi-Mortalidad	Si	Si	Si	No	3	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Comité de Morbi-Mortalidad Materna	Si	Si	Si	Si	6	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Subcomité de Productividad Quirúrgica	No	No	Si	No	N/D	No	No	No	No	No
DIR. MÉDICA	Subcomité de Antimicrobianos	Si	Si	Si	Si	2	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Subcomité de Trasplante Renal	No	Si	Si	Si	3	Si	No	Si	S/A	Si
DIR. MÉDICA	Subcomité de Trasplante De Cornea	Si	Si	Si	Si	7	Si	Si	Si	Si	Si
DIR. MÉDICA	Subcomité de Células Hematopoyéticas	No	Si	No	No	1	No	No	No	No	No
DIR. INV Y ENS.	Comité de Investigación	Si	Si	Si	Si	6	No	No	No	No	No
DIR. INV Y ENS.	Comité Administrativo de Recursos para Investigación	Si	Si	Si	Si	3	No	No	No	No	No
DIR. INV Y ENS.	Comité de Bioseguridad	Si	Si	Si	Si	6	No	Si	Si	N/A	Si
DIR. INV Y ENS.	Comité de Ética en Investigación	Si	Si	Si	Si	3	Si	Si	Si	N/A	Si
DIR PLAN. EST.	Comité de la Unidad Interna de Protección Civil	Si	Si	Si	Si	1	No	No	No	No	No
DIR PLAN. EST.	Comité de Transparencia	Si	Si	Si	Si	2	Si	Si	Si	Si	Si
DIR PLAN. EST.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente COCASEP	Si	Si	Si	Si	1	No	No	No	No	No
DIR ADM.	Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios	Si	Si	Si	Si	10	Si	Si	Si	N/A	Si
DIR ADM.	Comité de Bienes Muebles	Si	Si	Si	Si	4	Si	Si	Si	Si	Si
DIR ADM.	Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) <sup>(5)</sup>	Si	Si	N/A	Si	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DIR ADM.	Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés	Si	Si	Si	Si	5	Si	Si	Si	Si	Si
DIR ADM.	Comité Interno para el uso de Energía	No	No	No	No	N/D	No	No	No	No	No
DIR ADM.	Comisión de Seguridad e Higiene	Si	Si	Si	Si	6	Si	Si	Si	No	Si
DIR ADM.	Subcomité Revisor de Bases	Si	Si	N/A	No	16	Si	Si	Si	N/A	Si
DIR ADM	Comisión Central Mixta de Capacitación	Si	Si	Si	Si	6	Si	Si	Si	No	Si

(1) Solo sesionan cuando hay solicitudes de becas o cuando hay casos de honor y justicia.

(2) Justificó por escrito que no debe generar nombramientos y que sesiona únicamente cuando se ingresan proyectos

- (3) Justificó por escrito que no debe generar nombramientos, acta constitutiva y manual de funcionamiento.
- (4) Justificó por escrito que no debe generar calendario específico de sesiones.
- (5) Solo sesiona cuando hay requerimientos de revisión de bases.
- N/D Dicho Órgano colegiado no envió información correspondiente.
- N/A No aplica debido a las justificaciones enumeradas en los rubros 1 a 5.
- S/A No se generaron acuerdos en dichas sesiones.

### **Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Dirección de Planeación Estratégica**

Al periodo que se informa, se presenta el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2017, de la Dirección de Planeación Estratégica:

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2017, de la Dirección de Planeación Estratégica:

Con la finalidad de prevenir la violencia entre y hacia los trabajadores, la División de Calidad de la Atención dio seguimiento a un caso de agresión. Asimismo, se generó un acuerdo referente a la forma de difusión y notificación de los casos de violencia, y se difundió el formato de reportes de agresiones.

El Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos realizó 11 sesiones, en las cuales se explicó la importancia de la notificación voluntaria de los eventos adversos, con el propósito de abatir los incidentes en especial los errores por medicación y eventos centinela.

Para favorecer la implementación de guías de práctica clínica en base a las patologías más frecuentes, únicamente se revisó conjuntamente con la Dirección Médica y la Coordinación de Calidad en Enfermería, los eventos adversos y patologías más frecuentes para identificar protocolos de abordaje.

Se aplicaron 188 encuestas del Programa de Aval Ciudadano en el servicio de Urgencias, donde se tuvo una satisfacción de 80 y los rubros en los cuales las y los usuarios manifestaron una mayor satisfacción en el tiempo de espera en pasar a su consulta y la calidad de la atención médica recibida.

A fin de optimizar la calidad de la información, se realizó la extensión del uso del Tablero de indicadores hospitalarios en 23 servicios.

Al periodo de reporte, no se realizaron simulacros, sin embargo, se llevó a cabo el protocolo del simulacro de acto hostil “Amenaza de bomba” y el protocolo de hipótesis de evacuación en caso de sismo.

Con el propósito de generar las condiciones necesarias para lograr las acreditaciones en el catálogo CAUSES, se completó la cédula de autoevaluación de Atención oftalmológica.

Se requisitaron dos secciones de la cédula de autoevaluación de certificación de hospitales por el Consejo de Salubridad General, relacionadas con la revisión de procedimientos, recopilación de licencias, permisos y avisos sanitarios.

En cuanto a facilitar la accesibilidad a las fuentes de información, se proporcionó y supervisó la conectividad a la biblioteca digital alojada en el portal del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica, y en conjunto con la Dirección de Investigación y la

Unidad de Enseñanza, se continúa brindando el acceso a dicho portal desde la red de datos institucional de manera segura y controlada.

Durante el primer semestre de 2017 no se realizaron publicaciones, debido a que la Secretaría de la Función Pública no emitió la guía de acciones de transparencia para el ejercicio 2017.

Con el objetivo de implementar un HRP, se llevó a cabo por parte de proveedores reuniones de diagnóstico y presentaron soluciones integrales ECE-Telmex y Medtzin-Knowtion.

Programa de Trabajo 2017

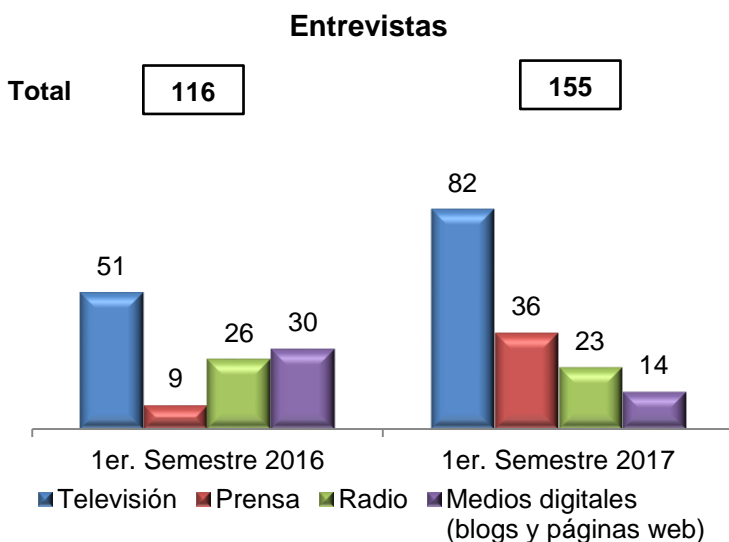
Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Planeación Estratégica.  
Nombre del Programa Presupuestal: No Aplica.

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1			1.1.4 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores.	<b>Porcentaje de minutas realizadas para el seguimiento de los eventos de violencia</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Minutas realizadas / V2: Minutas programadas x 100	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{2}{3} \times 100 = 66.7\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 66.7% en el porcentaje de minutas realizadas para el seguimiento de los eventos de violencia, con respecto a la meta anual programada del 100%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se realizaron dos minutas en la primera y segunda sesión ordinaria del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, en las cuales se estableció un acuerdo sobre los casos de violencia laboral hacia y entre los trabajadores, y se difundió el formato de reportes de agresiones.
2	Coadyuvar en la mejora de la gestión y la atención hospitalaria con calidad y seguridad.  Dirigir la consolidación de la calidad de los servicios en el Hospital Juárez de México, a través de un enfoque proactivo que permita fomentar las mejoras continuas, la detección de riesgos y la evaluación de los procesos.		1.1.13 Registro y control de eventos adversos, centinela y por medicación.	<b>Porcentaje de sesiones de trabajo del EMAEA realizadas</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de sesiones realizadas por el EMAEA / V2: Número total de sesiones del EMAEA programadas x 100	$\frac{20}{24} \times 100 = 83\%$	Semestral	N/A	$\frac{11}{24} \times 100 = 45.8\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 45.8% en el porcentaje de sesiones de trabajo del EMAEA realizadas, con respecto a la meta anual programada de 83%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que de las 20 sesiones anuales programadas, únicamente el Equipo Multidisciplinario para el Análisis de Eventos Adversos realizó 11 sesiones, en las cuales se explicó la importancia de la notificación voluntaria de los eventos adversos, su impacto en la seguridad del paciente y la forma de analizar los eventos.
3	Sensibilizar y capacitar al personal sobre la importancia del trato digno hacia los usuarios con principios éticos, previniendo la información adecuada y pertinente para que el paciente pueda tomar decisiones.		1.1.14 Estandarización de procesos, guías de práctica clínica y protocolos de atención.	<b>Porcentaje de capacitaciones realizadas en Guías de Práctica Clínica</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de capacitaciones realizadas / V2: Número de capacitaciones programadas x 100	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{2} \times 100 = 0\%$  Durante el primer semestre de 2017, no se realizaron capacitaciones. No obstante, se llevaron a cabo dos reuniones con la Dirección Médica y la Coordinación de Calidad en Enfermería, en donde se identificaron las Guías de Práctica Clínica a implementar.
4		1. Calidad y Seguridad	1.1.15 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	<b>Porcentaje de satisfacción del paciente de la encuesta de aval ciudadano</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 V1: Sumatoria de Satisfacción por tópico / V2: Número total de tópicos	$\frac{675}{9} = 75$	Semestral	N/A	$\frac{724}{9} = 80$  El indicador al final del periodo de reporte tuvo un cumplimiento del 80 en el porcentaje de satisfacción del paciente de la encuesta de aval ciudadano, con respecto a la meta programada de 75.  Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que las y los usuarios manifestaron una mayor satisfacción en el tiempo de espera en pasar a su consulta y la calidad de la atención médica recibida.
5			1.1.16 Consolidar y evaluar la Farmacia Hospitalaria.	<b>Porcentaje de reuniones para evaluar la calidad de los insumos de la Farmacia Hospitalaria</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de participaciones en reuniones / V2: Número de reuniones programadas x 100	$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	
6	Contribuir a la formulación y seguimiento del Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Dirección General y de las Direcciones de Área.  Apoyar la evaluación e informar periódicamente al Director General de la congruencia que guardan los programas institucionales con los objetivos y prioridades establecidos para la planeación estratégica y operacional.  Contribuir con la evaluación del desempeño institucional, mediante el análisis de los resultados alcanzados en indicadores de gestión y desempeño.		1.2.1 Desarrollo del tablero gerencial de indicadores de calidad y seguridad.	<b>Porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de servicios a los que se les instaló el tablero de indicadores hospitalarios / V2: Número de servicios programados para instalación de tablero de indicadores hospitalarios x 100	$\frac{52}{52} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{23}{52} \times 100 = 48.1\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 48.1% en el porcentaje de extensión del uso del tablero de indicadores hospitalarios, con respecto a la meta anual programada del 100%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que de los 52 servicios programados para la instalación del tablero de indicadores hospitalarios, únicamente se logró que 25 servicios contaran con esta herramienta estratégica en sus equipos de cómputo (Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Oncología, Urología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía, Trasplantes, Medicina Física y Rehabilitación, Anestesiología, Quirófanos, Endoscopia, Unidad Coronaria, Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias Adultos, Unidad de Hemodinamia, Neonatología, Pediatría Médica, Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva Pediátrica y Urgencias Pediátricas).
7	Fortalecer el uso del tablero de los indicadores hospitalarios como medio para validar la información de las áreas generadoras.			<b>Porcentaje de indicadores integrados al tablero de indicadores hospitalarios</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de indicadores incluidos en el tablero / V2: Número de indicadores establecidos en la IMR, Numeralla, de Gestión, de Calidad y Seguridad x 100	$\frac{187}{187} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{187}{187} \times 100 = 100\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de indicadores integrados al tablero de indicadores hospitalarios.  Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que el tablero está integrado por un total de 187 indicadores, de los cuales 83 son de gestión, 63 de numeralla, 36 de la Matriz de Indicadores para Resultados y cinco de calidad.

8		1.2.3. Certificación como Hospital Seguro.	<b>Porcentaje de simulacros de Hospital Seguro</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de simulacros realizados / V2: Número de simulacros programados x 100	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{2} \times 100 = 0\%$ Durante el primer semestre de 2017, no se realizaron simulacros.
9	Contar con los elementos estructurales, no estructurales y funcionales en la Unidad Hospitalaria para permanecer accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en la misma infraestructura, durante una amenaza natural o antropogénica e inmediatamente después de la misma.	1. Calidad y Seguridad	<b>Porcentaje de cédulas de autoevaluación completadas</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de cédulas de autoevaluación completadas / V2: Número de cédulas de autoevaluación necesarias x 100	$\frac{10}{12} \times 100 = 83\%$	Semestral	N/A	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 8.3% en el porcentaje de cédulas de autoevaluación completadas, con respecto a la meta anual programada de 83%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a solo la cédula de autoevaluación referente a Atención oftalmológica del CAUSES se completó correctamente.
10		1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad.	<b>Porcentaje de secciones requisitadas de la Cédula de Autoevaluación del Consejo de Salubridad General</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de secciones requisitadas de la cédula de autoevaluación del CSG / V2: Total de secciones de la cédula de autoevaluación del CSG x 100	$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{2}{6} \times 100 = 33.3\%$ El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 33.3% en el porcentaje de secciones requisitadas de la Cédula de Autoevaluación del Consejo de Salubridad General, con respecto a la meta anual programada del 100%. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a solamente se requisitaron las secciones 1 y 2 de la cédula de autoevaluación de certificación de hospitales por el Consejo de Salubridad General, referentes a la revisión de procedimientos, recopilación de licencias, perricos y avisos sanitarios.
11	Proponer equipamiento, herramientas y soluciones tecnológicas para la implementación de la Biblioteca digital y Telemedicina, coordinando y supervisando la elaboración de diagnósticos técnico-económicos para su incorporación al proyecto de inversión.	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	<b>Porcentaje de informes realizados para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de informes realizados / Número de informes programados x 100	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{1}{2} \times 100 = 50\%$ El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de informes realizados para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina, con respecto a la meta anual programada del 100%. Este resultado se debió a que se proporcionó y supervisó la conectividad a la biblioteca digital alojada en el portal del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica, y en conjunto con la Dirección de Investigación y la Unidad de Enseñanza, se continúa brindando el acceso a dicho portal desde la red de datos institucional de manera segura y controlada.
12	Sugerir mejoras a los procedimientos hospitalarios desde un enfoque sistémico, con el objetivo de mejorar la gestión y atención de los pacientes y sus familias.	3. Administración Eficiente	<b>Porcentaje de actividades realizadas para la construcción del centro oncológico CIPO</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$ De acuerdo a la reunión celebrada el 1 de febrero de 2017 entre la Dirección General y Direcciones de área, se determinó que las actividades se llevarían a cabo para el ejercicio 2018.
13	Mejorar la estandarización de la revisión y análisis de los manuales de organización específicos y de procedimientos del Hospital. Obtener opiniones técnicas favorables a los manuales de organización específicos y manuales de procedimientos por parte de la DGPOP. Fortalecer la gestión de la información por medio de la Transparencia y rendición de cuentas. Dar seguimiento al funcionamiento de los Comités Técnicos Hospitalarios del Hospital.	5. Transparencia, Comunicación y Tecnología	<b>Porcentaje de publicaciones realizadas</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de publicaciones realizadas / V2: Número de publicaciones programadas x 100	$\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{0}{5} \times 100 = 0\%$ Durante el primer semestre de 2017 no se realizaron publicaciones, debido a que la Secretaría de la Función Pública no emitió la guía de acciones de transparencia para el ejercicio 2017.
14	Intervenir en los procesos de Planeación, Diagnóstico y requerimientos. Evaluación y selección de proveedores para la implementación de un HRP.	5.3.1 Implementación de un HRP, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<b>Porcentaje de informes realizados para la implementación de un HRP</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de informes realizados / V2: Número de informes programados x 100	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{1}{2} \times 100 = 50\%$ El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 50% en el porcentaje de informes realizados para la implementación de un HRP, con respecto a la meta anual programada del 100%. Este resultado se debió a que se llevó a cabo por parte de proveedores reuniones de diagnóstico y presentaron soluciones integrales ECE-Telmax y Medtzn-Know ton.
15	Gestionar, coordinar, y supervisar la atención a las inconsistencias detectadas en los módulos archivo, admisión, cajas y urgencias del SGP por parte del proveedor responsable del desarrollo, así como participar en los procesos de análisis y requerimientos para la incorporación de nuevos módulos y servicios.	5.3.3 Implementación de un SGP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<b>Porcentaje de módulos en operación del SGP</b> Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de módulos en operación / V2: Número de módulos desarrollados x 100	$\frac{1}{5} \times 100 = 20\%$	Anual	N/A	

## COMUNICACIÓN SOCIAL

Fortaleciendo la estrategia de comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilos de vida saludable, la Unidad de Comunicación Social durante el primer semestre de 2017, participó en las siguientes actividades:



Como se observa en la gráfica, durante el primer semestre de 2017 se realizaron un total de 155 entrevistas, mostrando un incremento en un 33.6% con relación a las realizadas en el mismo periodo de 2016 que fue de 116. Este resultado se debió a la gestión de entrevistas con los medios y a que el Hospital está posicionado como fuente de información fidedigna en temas de salud.

Se cuenta con dos espacios fijos en medios de comunicación, uno en la estación Radiorama que otorga al Hospital todos los lunes un espacio de promoción a la salud y otro en la televisora Efekto TV, que trasmite todos los jueves una cápsula de salud con especialistas de la Institución.

Asimismo, se realizan las siguientes actividades mensualmente:

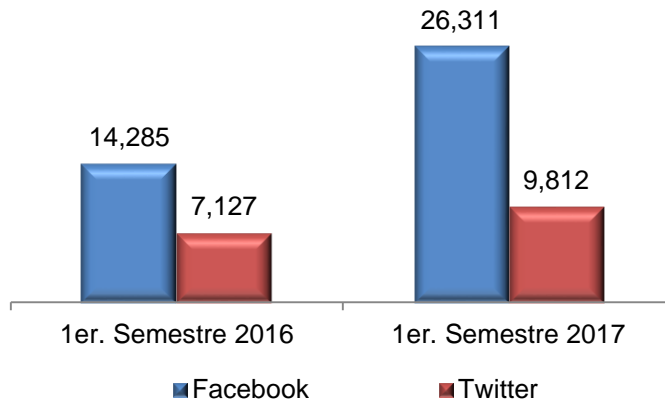
- Dos cápsulas para México sano.
- Una transmisión en vivo a través de Facebook de Pulso Saludable.
- Espacio en columna de Punto por punto.

Se cubrieron con nota periodística y fotografía 105 eventos en el Hospital, los cuales fueron publicados en el Blog, la página web y redes sociales oficiales del Hospital.

Se realizó una rueda de prensa con motivo del “X Aniversario del Centro Toxicológico del Hospital Juárez de México”.



**Redes Sociales  
(Seguidores)**



En lo referente a redes sociales, durante el periodo de enero a junio de 2017 se contó con 26,311 seguidores en Facebook y 9,812 en Twitter, mostrando un incremento del 84.2% y 37.7% respectivamente, en comparación con el mismo periodo de 2016. Este resultado se debió a la constante actualización de información de interés de temas de salud.

Además, se subieron videos y contenido atractivo en la cuenta de Youtube del Hospital, referentes al lavado de manos y al Día de la mujer en la ciencia.

Con relación a la difusión interna, se apoyó a diversas áreas en la elaboración e impresión de soportes gráficos con carteles, identificadores, banners de días mundiales para redes sociales, trípticos y dípticos con más de 300 materiales; así como la gestión del voceo para la difusión de actividades.

Se cubrieron mediante fotografía y video 25 sesiones académicas, y se realizó una limpieza y control de los pizarrones de la Institución.

Para favorecer el clima organizacional y la satisfacción del personal y los pacientes, se organizó lo siguiente: Día naranja, en contra de la violencia hacia la mujer; Día de la madre; Día de reyes; Día de la enfermera y Día de la mujer en la ciencia.

Además, con motivo del 170 Aniversario del Hospital Juárez de México se realizaron los siguientes eventos culturales: Encuentro de Voces; Estampas de la Guelaguetza; Cuarteto Albioni; Voces del Mar de la Secretaría de Marina y Día del niño.

En cuanto al “Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas” de la CCINSHAE, para el apoyo a pacientes que no hablan español, en coordinación con Trabajo Social, durante el periodo de enero a junio de 2017, se atendieron a 19 pacientes de las siguientes lenguas: Náhuatl 6, Otomí 5, Mazateco 2, Totonaca 1, Sioux 1, Popoluca 1, Mazahua 1, Chinanteco 1 y Huasteco 1.

## Avance del Programa Anual de Trabajo 2017 de la Unidad de Comunicación Social.

Al periodo que se informa, se presentan los avances del Programa de Trabajo 2017, de la Unidad de Comunicación Social:

Se tuvo un cumplimiento del 65.9% en el porcentaje de entrevistas en medios nacionales, con respecto a la meta anual programada de 95%, al otorgarse un total de 155 entrevistas para diversos medios de comunicación.

Además, se alcanzó el 36.2% en el porcentaje de publicaciones en el blog institucional, con respecto a la meta anual programada de 95%, al realizarse 105 publicaciones referentes con las actividades académicas y el quehacer diario de la Institución.

Estas actividades permitieron informar puntual y objetivamente a la ciudadanía y a la opinión pública, sobre las acciones y programas que lleva a cabo el Hospital.

Programa de Trabajo 2017

Nombre del Área: Unidad de Comunicación Social.

Nombre del Programa Presupuestal: No aplica.

Responsable: Lic. Esther Márquez Rodríguez.

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Posicionar al Hospital Juárez de México como líder de opinión y promotor de estilos de vida saludables.  Informar puntual y objetivamente a la ciudadanía y a la opinión pública, sobre las acciones y programas que lleva a cabo el Hospital Juárez de México mediante el uso de medio de comunicación tradicionales y las nuevas tecnologías de la información.	5. Transparencia, Comunicación y Tecnología.	5.2.1 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - medios digitales.	Porcentaje de entrevistas en medios nacionales.  Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100  V1: Número de entrevistas realizadas / V2: Número de entrevistas programadas x 100	$\frac{223}{235} \times 100 = 95\%$	Semestral	N/A	$\frac{155}{235} \times 100 = 65.9\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior del 30.6% en el porcentaje de entrevistas en medios nacionales, con respecto a la meta anual programada del 95%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que de las 235 entrevistas anuales programadas, únicamente se realizaron 155 durante el primer semestre de 2017, para diversos medios de comunicación (82 en televisión, 23 en radio, 36 en medios impresos y 14 en portales Web).
2	Informar puntual y objetivamente a los servidores públicos del Hospital Juárez de México sobre los logros y actividades que se llevan a cabo en la Institución para incrementar el sentido de pertenencia y el grado de motivación en el trabajo.  Actualizar las redes sociales diariamente y alimentarlas de contenido propio.		5.2.2 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas.	Porcentaje de publicaciones en el blog institucional.  Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100  V1: Número de publicaciones realizadas / Número de publicaciones programadas x 100	$\frac{274}{290} \times 100 = 95\%$	Semestral	N/A	$\frac{105}{290} \times 100 = 36.2\%$  El indicador al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento inferior del 61.9% en el porcentaje de publicaciones en el blog institucional, con respecto a la meta anual programada del 95%.  La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que al periodo de reporte se realizaron 105 publicaciones en el blog oficial del Hospital, relacionadas con la actividad académica y el que hacer diario de la Institución.
3	Canalizar al área correspondiente todas las quejas que se reciben por mensaje directo, inbox, comentario o tweet en las redes sociales oficiales.		5.2.3 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos.	Porcentaje de cuestionarios realizados para medir la satisfacción y motivación laboral.  Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100  V1: Número de cuestionarios sobre satisfacción y motivación laboral realizados / V2: Número de cuestionarios sobre satisfacción y motivación laboral programados x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$  Durante el primer semestre de 2017, no se realizó la encuesta de satisfacción, debido a que está planeada para llevarse a cabo durante diciembre.