



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
PRIMERA SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
0-01/2019



**Tera. Sesión Ordinaria 2019
H. Junta de Gobierno**

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN
1 de enero al 31 de diciembre de 2018**

**Dr. Martín Antonio Manrique
Director General**

19 de marzo de 2019



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
Acciones relativas a la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria	3
DIRECCIÓN GENERAL	14
1. Programa de trabajo de la Dirección General	14
1.1 Avances y logros por Estrategia y Línea de acción del Programa Institucional 2015-2020.....	14
2 ASPECTOS CUALITATIVOS	30
INVESTIGACIÓN	30
1. Número de artículos	30
2. Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).....	31
3. Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII.	33
4. Artículos de los grupos (III-IV-V-VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII.....	33
5. Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII.....	33
6. Sistema Nacional de Investigadores.....	33
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.....	33
8. Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI.	34
9. Producción editorial.....	34
10. Número de tesis concluidas.	34
11. Número de proyectos con financiamiento externo.	34
12. Premios, reconocimientos y distinciones recibidos	34
13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución	35
14. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V, VI y VII) Cita bibliográfica completa.....	37
Otros Aspectos.....	45
Presupuesto ejercido en investigación.....	45
Estado de las Investigaciones.....	45
Impacto de los Proyectos de Investigación.....	45
Cursos de Investigación.....	46
Convenios de Colaboración	46
Informe de Sesiones de Comités Internos	46
Logros de la Dirección de Investigación.....	46
Debilidades de la Dirección de Investigación	47
Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección de Investigación	47
Reporte de Avances del Programa Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.....	49
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2018. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2018 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".....	65
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.....	68



ENSEÑANZA	70
1. Total de Médicos Residentes.....	70
Número de Residentes Extranjeros.....	70
Médicos Residentes por Cama.....	70
2. Residencias de Especialidad.....	71
3. Cursos de Alta Especialidad.....	71
4. Cursos de Pregrado.....	72
Internado de Pregrado.....	75
Ciclos Clínicos de Pregrado.....	76
5. Número de Estudiantes en Servicio Social.....	76
6. Número de Alumnos de Posgrado.....	77
7. Cursos de Posgrado.....	78
8. Número de Autopsias.....	78
% Número de autopsias / Número de fallecimientos.....	78
9. Participación Extramuros.....	78
10. Porcentaje de Eficiencia Terminal.....	79
11. Enseñanza en Enfermería.....	79
12. Cursos de Actualización (Educación Continua).....	81
13. Cursos de Capacitación.....	84
14. Sesiones Interinstitucionales.....	87
15. Sesiones por Teleconferencia.....	88
16. Congresos Organizados.....	89
17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.....	90
Otros Aspectos.....	91
Sesiones académicas.....	91
Sesiones clínicas de las divisiones médicas.....	91
Unidad de Investigación Quirúrgica.....	91
Convenios.....	92
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	93
Logros de la Unidad de Enseñanza.....	93
Debilidades de la Unidad de Enseñanza.....	93
Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Unidad de Enseñanza.....	94
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2018. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2018 del Programa Presupuestal E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud".....	98
ATENCIÓN MÉDICA	105
1. Número de Consultas Otorgadas.....	105
2. Número de Urgencias.....	106
3. Número de Casos Nuevos Atendidos.....	106
4. Total de Médicos Adscritos.....	107
5. Número de Ingresos Hospitalarios.....	107
6. Total de Egresos.....	109
7. Número de Cirugías.....	110
Cirugías de Alta Especialidad.....	112
8. Número de cirugías /Número de cirujanos.....	115
Diferimiento Quirúrgico.....	115
9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.....	116
10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.....	116
11.-Tasa de Infecciones Nosocomiales.....	117
12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.....	119



Promedio de Días de Estancia en Hospitalización	120
13. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.	120
14. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.	120
15. Total de Personal de Enfermería.	122
16. Trabajo Social.	123
17. Farmacia	124
18. Número de Estudios de Imagen (TAC, RM y PET).	124
19. Número de Estudios de Laboratorio.	125
20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.	125
21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.	126
22. Grupos de Apoyo a Pacientes Constituidos (Denominación del Grupo).	127
23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.	127
Otros Aspectos.	128
Resolución de Embarazos.	128
Terapia Intensiva	132
Medicina Física y Rehabilitación.	135
Estudios de Radiodiagnóstico.	136
Estudios de Medicina Nuclear.	136
Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínico.	137
Estudios realizados en Anatomía Patológica.	137
Departamento de Toxicología.	138
Convenios.	139
Programa de Salud Pública.	139
Aplicación de Biológicos.	139
Clínicas Multidisciplinarias.	140
Informe de Sesiones de Comités Internos.	141
Logros en la Atención Médica.	142
Debilidades en la Atención Médica.	143
Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección Médica.	143
Cierre del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.	148
Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2018. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2018 del Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud".	188
Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos.	193
ADMINISTRACIÓN.	194
Informe del Ejercicio de los Presupuestos de Ingresos y Egresos (Gasto corriente e inversión, recursos fiscales, propios y externos).	194
Comportamiento presupuestal.	194
Ingresos propios.	195
Ingresos por Cuotas de Recuperación.	195
Ingresos por Seguro Popular	196
Otros Ingresos Propios.	197
Estados Financieros comparativos.	197
Indicadores Financieros.	198
Balance General.	198
Estado de Actividades.	201
Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	203
Cumplimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	204
Cadenas Productivas.	204
Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto (Programa de Ahorro).	204



Informe de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.....	206
Programa de Mejora de la Gestión.....	206
Control Interno Institucional.....	207
Informe de Sesiones de Comités Internos.....	212
Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).....	212
Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.....	213
Otros Aspectos.....	224
Avance físico y financiero de los proyectos de inversión, en su caso.....	224
Recursos Humanos.....	228
Logros de la Dirección de Administración.....	229
Debilidades de la Dirección de Administración.....	230
Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección de Administración.....	230
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....	253
1. Calidad y Apoyo a la Atención.....	253
1.1 Incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	253
1.2 Certificación por el Consejo de Salubridad General.....	255
1.3 Acreditaciones.....	255
1.4 Aval Ciudadano.....	256
1.5 Sistema Unificado de Gestión.....	257
1.6 Auditoría Clínica.....	258
2. Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT).....	259
3. Unidad de Transparencia.....	260
4. Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional.....	263
5. Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro.....	264
6. Servicio de Estadística Hospitalaria.....	266
7. Servicio de Informes y Hospitalidad.....	267
Otros Aspectos.....	268
Logros de la Dirección de Planeación Estratégica.....	268
Debilidades de la Dirección de Planeación Estratégica.....	268
Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección de Planeación Estratégica.....	268
COMUNICACIÓN SOCIAL.....	274
Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.....	275
Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Unidad de Comunicación Social.....	277



PRESENTACIÓN

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, 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 31 de diciembre de 2018.

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 quirúrgica, principalmente a toda la población que carece de seguridad social o afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud. También colabora en formar recursos humanos en salud en cursos de posgrado de especialidad y alta especialidad; y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional.

La estructura de este informe, responde a la necesidad de hacer una rendición de cuentas transparente del desempeño de la Institución, dando cumplimiento a sus metas y objetivos.

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 el seguimiento del cumplimiento del Programa Institucional 2015-2020 de la Dirección General del Hospital Juárez de México, 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, aspectos administrativos y planeación estratégica, así como el avance de cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 por cada Dirección de área. Finalmente, se presenta el cierre de los resultados relevantes o destacables del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018, Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2013-2018.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
PRIMERA SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
0-01/2019



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



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 diciembre de 2018.

	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
1	Hospital eficiente, autosustentable y autosuficiente	<p>Con la finalidad de eficientar los procesos del Hospital, se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ejerció el presupuesto federal autorizado al cien por ciento. • Se adjudicó mediante Licitación Pública Nacional, para los ejercicios 2018, 2019 y 2020 el servicio integral para el suministro y dispensación en dosis medida de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral. • Se realizaron contrataciones plurianuales relacionadas con el suministro de gases medicinales, servicio de alimentación para pacientes, médicos residentes, rotantes, internos y personal del Hospital, suministro de fuentes radiactivas de iridio 192, servicio integral de farmacia hospitalaria subrogada para el abasto, administración y dispensación de medicamentos y materiales, accesorios y suministros médicos con distribución de unidosis, mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de braquiterapia, servicio de aseguramiento integral de bienes patrimoniales, servicio de renovación integral de infraestructura de tecnologías de la información, servicio de fotocopiado y duplicado de documentos, adquisición de seis elevadores y dos montacargas, y para la adquisición de un sistema de radiación con rayos X, para el Hospital. • Se capacitó en la actualización de las claves del tabulador de cuotas de recuperación a través del "Taller para la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación" y mediante asesorías personalizadas a los responsables de los servicios de: Cirugía General, Oncología, Urología, Patología, Oftalmología, Cardiología, Ortopedia, Endoscopia, Banco de Sangre, Cirugía Plástica, Dermatología, Hemodinamia, Cirugía Vasculat, Rayos X, Terapia Intensiva Pediátrica, Endocrinología, Unidad de Salud Mental, Otorrinolaringología. <p>Se actualizó el Tabulador de Cuotas de Recuperación en julio de 2018 con 1,484 claves de cobro vigentes.</p>	Dirección de Administración.	
2	Modernización de equipo	Se registraron en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público 13 proyectos, de los cuales 11 correspondían a equipamiento. Al periodo que se informa, se concluyeron tres proyectos de inversión, relacionados a la renovación de equipo médico	Dirección de Administración.	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
		para el servicio de Quirófanos, Endoscopia y Radiodiagnóstico financiados por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública hasta por un monto de \$100 millones de pesos.		
3	Planeación estratégica	Se revisó y aprobó el Estatuto Orgánico. Se realizó la evaluación del cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, de los Programas Presupuestales E010 "Formación y capacitación de los recursos humanos para la salud" E022 "Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud" E023 "Atención a la Salud", a través de la evaluación del Modelo Sintético de Información de Desempeño, correspondiente al 2018.	Dirección de Planeación Estratégica.	
4	Sistema de Costos	Se continúa la búsqueda de un sistema que cumpla con las normas técnicas emitidas por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). No obstante, se continúan realizando los trabajos para la actualización de las claves del tabulador de cuotas de recuperación del Hospital.	Dirección de Administración.	
5	Manuales de Organización	Conforme a la estructura funcional del Hospital, se revisaron y validaron 103 Manuales de Organización de las siguientes áreas: Dirección General (2), Dirección Médica (73), Dirección Administrativa (12), Dirección de Planeación Estratégica (5), Dirección de Investigación y Enseñanza (11).	Dirección de Planeación Estratégica.	
6	Efectiva selección de personal	Se actualizaron los perfiles de puesto de estructura del Hospital, los cuales fueron validados por la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Función Pública. Asimismo, personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos del Hospital, se capacitó en el curso impartido por la Secretaría de la Función Pública para ser especialistas en descripción, perfiles y evaluación de puestos.	Dirección de Administración.	
7	Distribución de los RRH	Al cierre de 2018, se cuenta con una plantilla de 2,522 servidores públicos de los cuales el 12% es personal administrativo, el 73% corresponde a personal de áreas sustantivas y el 15% es personal de apoyo.	Dirección de Administración.	
8	Capacitación continua	Se impartieron un total de 70 cursos de educación continua, contando con una asistencia de 4,313 profesionales de la salud, de los cuales 3,113 fueron mujeres y el 74.9% de los asistentes provienen de otras instituciones de salud y de educación superior.	Unidad de Enseñanza.	
9	Reconocimiento al desempeño	En el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal en Salud, se inscribieron 165 servidores públicos de todas las disciplinas, de los cuales 126 concluyeron el proceso: medicina 24, química 21, trabajo social seis, enfermería 63 y 12 de otras disciplinas.	Unidad de Enseñanza.	
10	Preparación de futuros directivos	No se tuvieron acciones en este tema.	Dirección de Planeación Estratégica	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
11	Nuevas modalidades de captación de recursos	Se continuó con la estrategia de captar recursos a través de la celebración de convenios para la prestación de servicios médicos, siendo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Convenio de colaboración en materia de servicios médico-hospitalarios cubiertos con recursos del Fondo de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en 135 intervenciones que se atienden en el Hospital. • Convenio de prestación de servicios médicos y quirúrgicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM). • Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA. • Convenio de prestación de servicios médico-quirúrgicos fideicomiso del Estado de Chiapas. 	Dirección de Administración.	
12	Consulta externa todo el día.	Se otorga atención médica en consulta externa en 42 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 cirugía plástica, cirugía maxilofacial, oftalmología, oncología, dermatología y gineco-obstetricia.	Dirección Médica.	
15	Auditoría médica cruzada.	No se realizaron acciones en este tema	Dirección de Planeación Estratégica	
16	Aplicación de guías de práctica clínica.	Conforme a la morbimortalidad reportada en el Hospital, durante el primer semestre de 2018, se remitieron 38 Guías de Práctica Clínica relacionadas con los principales motivos de atención médica.	Dirección de Planeación Estratégica	
17	Farmacia intrahospitalaria.	A través de la implementación de la farmacia hospitalaria se logró abastecer de medicamentos por dosis unitaria (unidosis) a todas las áreas hospitalarias, apegándose a lo establecido por la normatividad vigente. El abasto alcanzado durante el periodo de reporte fue del 98% en medicamentos y material de curación, por lo que se decidió dar continuidad con esta modalidad bajo la cobertura de un contrato plurianual durante el periodo 2018-2020.	Dirección Médica.	
18	Comités intrahospitalarios.		Dirección de Planeación Estratégica	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
19	Modelo de Trabajo de Enfermería.	<p>El plan de trabajo de Enfermería se alinea al Programa Nacional de Enfermería de la Comisión Permanente, atendiendo las siguientes acciones:</p> <p>1. Clínica de catéteres.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se monitorea el cumplimiento del protocolo estandarizado para el cuidado del paciente con terapia de infusión y se integrarán los resultados en la Plataforma Nacional de Clínica de catéteres, lo cual permite el análisis y comportamiento de este proceso. <p>2. Modelo de atención de la Clínica de Heridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se otorgaron 5,714 atenciones a pacientes de la clínica Se realizó capacitación en la implementación de las nueve medidas de prevención de lesiones por presión en el servicio de Neurocirugía y Terapia Coronaria. Además se supervisa el cumplimiento. <p>3 Modelo del Cuidado de Enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Participación del personal de enfermería, en la elaboración del protocolo de prevención de infecciones asociadas al uso de ventilación mecánica y Guías de Práctica Clínica, con la Comisión Permanente de Enfermería. <p>En referencia al fortalecimiento en la calidad de la atención médica otorgada a los usuarios del Hospital, se desarrollaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se dio continuidad al seguimiento y registro de eventos adversos en la plataforma del observatorio institucional. Participación activa en el cumplimiento del paquete de medidas para prevenir neumonías asociadas a ventilador <p>Además, la jefatura de Enfermería otorgó 21 cursos capacitando a 1,232 enfermeras y enfermeros de los cuales 644 pertenecen a la institución en temas relacionados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> RCP básico para adultos Curso-taller Cuidado y mantenimiento de dispositivos de acceso vascular (Seguridad en la Terapia Intravenosa) Actualización sobre la prevención de Úlceras por presión y manejo de heridas crónicas. Diseño de protocolos de investigación. Curso taller atención segura y de calidad al paciente en el servicio de hemodiálisis. Barreras de seguridad en el sistema de medicación 	Jefatura de Enfermería.	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
		<ul style="list-style-type: none"> • 3er. Congreso de Enfermería en la alta especialidad. • Curso de Inducción a pasantes de Enfermería. • Prácticas seguras en el manejo del paciente con trasplante renal. • Calidad y Seguridad, las buenas prácticas en el perioperatorio. • Calidad en la atención al paciente cardiológico en estado crítico. • Alternativas de fisioterapia para la seguridad del paciente hospitalizado. 		
20	Casos estrella.	<p>Sexo: femenino Edad: 29 años Servicio: Endoscopia / Cirugía General Antecedentes heredofamiliares: crónico degenerativos interrogados y negados. Niega enfermedades autoinmunes, neurológicas y psiquiátricas. Antecedentes personales no patológicos: originaria y residente de la Ciudad de México. Habita casa prestada, construida de materiales perdurables que cuenta con todos los servicios de urbanización, luz, drenaje y agua potable, hacinamiento negado, convivencia con animales negada, alimentación regular en calidad y cantidad; con baño y cambio de ropa a diario, exposición a biomasa negado, tabaquismo, etilismo negado, toxicomanías negadas, niega tatuajes y perforaciones. Antecedentes personales patológicos: crónico degenerativos: colecistitis crónica litiásica hace 6 años (2012) aqx: 2 cesáreas hace 10 y 1 año (2017), otb hace 1 año (2017), traumatológicos: interrogados y negados. Alergias: ninguna. Antecedentes ginecoobstétricos: g3 p1 c2 a0 hv3, fum 12/12/2018, mastografía: nunca realizada. Padecimiento actual (24.12.18): paciente ingresa a urgencias refiere dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de 5 días de evolución, con irradiación en hemicinturon, se acompaña de náusea que llega al vómito en dos ocasiones y no cede a pesar de administrarse analgésico no especificado. Además refiere coluria, niega acolia. Exploración física: Signos vitales: tensión arterial: 110/75 mmhg frecuencia cardíaca: 88 lpm frecuencia respiratoria: 18 rpm temperatura 36,4 Paciente femenino de edad aparente similar a la cronológica, lúcida, conciente, orientadas en las tres esferas. Cabeza: pupilas isocorias normorreactivas, normocéfalo, narinas permeables, mucosas regularmente hidratadas, escleras ictericas. Cuello: cilíndrico, simétrico, tráquea central y desplazable, sin adenopatías. Tórax: simétrico, normolíneo, adecuados movimientos de amplexión y amplexación, murmullo vesicular conservado bilateralmente, no sibilancias, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos ni agregados.</p>	Dirección Médica.	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
		<p>Abdomen: blando, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, signo de murphy negativo, sin signos de irritación peritoneal.</p> <p>Genitales: femeninos, normoconfigurados, sin patología aparente.</p> <p>Extremidades: sin edema, perfusión distal adecuada, sin alteraciones que mencionar.</p> <p>Laboratorios: 23/12/2018: examen general de orina: no patológico. Bilirrubina total 9.3, bilirrubina directa 6.4, calcio: 9.4, cloro: 100, k 4.1, na 136, creatinina 0.67, glucosa 83, nitrógeno ureico 8, urea 17, amilasa 53, lipasa 49, tgo: 58 tgp: 321 hb 13, hcto 37.5%, leucocitos 7.67, neutros 74.9%, linfocitos 13.2%, plt 245000, tp 12.0, inr 1.04, tp 89.2%, ttp 21.0.</p> <p>23/12/2018 usg hyvb: hígado aumentado de tamaño, sin lesiones, dilatación de la vía intra hepática en lóbulo derecho de 3.5 mm y en lóbulo izquierdo de 5.2 mm, coledoco: 13.3 mm sin identificar sitio de obstrucción, cp: 11.8 mm, vb: 23.5x6.4x7 mm, vol: 55 cc, pared no valorable, contenido anecoico. Idx: dilatación de vía biliar intra y extra hepática por encima de parámetros normales, hepatomegalia.</p> <p>Es interconsultada a nuestro servicio el día 24/12/2018. Después del análisis del caso cuenta con un criterio muy fuerte, uno fuerte y dos moderados para coledocolitiasis, se programa para colangiografía endoscópica el día 28 de diciembre 2018. Sin embargo para acortar tiempo de espera de hospitalización se realiza procedimiento el día 26 de diciembre 2018 con los siguientes hallazgos: 26.12.18 cpe: vía biliar dilatada 20mm, colédoco medio con lito de 16 mm, colédoco distal de 12 mm. Se realiza esfinterotomía con salida de material purulento, posterior dilatación forzada de papila mayor y barridos con catéter de balón con extracción exitosa de lito.</p> <p>Idx: coledocolitiasis de grandes elementos. Colangitis aguda grado I resuelta Pronóstico: favorable</p>		
21	Enlace con la gente y la comunidad.	<p>A través de las redes sociales oficiales (Twitter, Facebook y Youtube) del Hospital, se mantuvo interacción con las y los pacientes, cuidadores, familiares, personal y seguidores de la Institución; además de que se responden diariamente a los mensajes recibidos en dichas redes con un promedio de índice de respuesta de 90% (eliminando los mensajes de SPAM)</p> <p>Se realizaron 370 entrevistas con médicos especialistas, referentes a la atención médica y temas de prevención de la salud, las cuales fueron difundidas a través de medios de comunicación como: radio, TV, medios impresos y electrónicos, con el objetivo de informar puntual y objetivamente a la ciudadanía en temas de salud.</p>	Dirección de Planeación Estratégica y Unidad de Comunicación Social	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
22	Banco de leches.	Se mantiene vigente 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, sin embargo, al periodo de reporte, no se cuenta con el financiamiento correspondiente para su realización.	Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica.	
23	Modelo de intervención en periodos críticos del embarazo.	El Hospital a través de la aplicación del Código Mater atendió eficazmente las 127 emergencias obstétricas que se activaron en las áreas de Urgencias de Obstetricia, Unidad Tocoquirúrgica y Hospitalización, con un tiempo promedio de respuesta de cuatro minutos por parte del equipo multidisciplinario participante.	Dirección Médica.	
24	Programa de vigilancia de la menopausia (PROVIME).		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa, solamente el servicio de Biología de la reproducción realiza educación de la paciente menopáusica.
25	Referencia y contrarreferencia concertada.	Derivado que no se cuenta con un Manual de Procedimientos en las instituciones coordinadas por la CCINSHAE, para la referencia y contra referencia de pacientes, el Hospital 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. Se está trabajando en la implementación de lineamientos, que permitan realizar un programa de referencia y contrarreferencia efectivo.	Dirección Médica.	
26	Centro toxicológico.	El Centro Toxicológico otorgó atención a: <ul style="list-style-type: none"> • 306 pacientes en el servicio de Urgencias. • 214 pacientes hospitalizados. • 1,940 asesorías telefónicas. • Aplicación de 441 antídotos, antivenenos y faboterápicos. • 33 Traslados en helicóptero a través del grupo relámpago El Centro Toxicológico por su ubicación 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



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
29	Programa de cuidados paliativos	<p>El Hospital cuenta con personal especializado en cuidados paliativos y clínica del dolor, ofreciendo atención oportuna y trato digno a pacientes hospitalizados y consulta externa.</p> <p>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.</p>	Dirección Médica.	
30	Comité permanente de certificación.	<p>Se da seguimiento a la Certificación Hospitalaria, mediante la reactivación de equipos multidisciplinarios para atender las actividades programadas en la etapa documental, relacionadas con los elementos medibles de cada estándar.</p> <p>Se continuó con las sesiones de acompañamiento para revisión, actualización y/o desarrollo de procedimientos conforme a lo establecido por el Consejo de Salubridad General, dando inicio con los sistemas críticos (manejo y uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, competencias y capacitación al personal, gestión y seguridad de las instalaciones) y metas internacionales de seguridad del paciente.</p>	Dirección de Planeación Estratégica	
31	Fomentar el autocuidado y la medicina preventiva.	<p>Se continúa brindado educación y acciones de prevención a usuarios para el cuidado de su salud, al periodo de reporte se realizó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día mundial de la alergia (361 pruebas para detección de alergias) • Día mundial del asma (más de 200 pruebas diagnósticas para detectar problemas pulmonares y de asma) • Día mundial del riñón (111 pruebas para detección de falla renal) y recomendaciones para el autocuidado y prevención de la enfermedad renal. • Cursos-taller “El manejo del estrés en el cuidador del adulto mayor” y “Vivir con la demencia” para cuidador y familiar del paciente geriátrico • Nefrología incorporó en consulta externa la promoción de la salud y prevención renal en la población abierta adulta. <p>Además, se implementó el Programa Kioscos y Pausas activas por tu salud para el personal institucional, lográndose un total de 210 activaciones.</p>	Dirección Médica.	
32	Programas enfocados hacia el empleado y su familia		Dirección de Planeación Estratégica	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
33	Alianza médica para la salud		Dirección Médica.	El Hospital no tiene implementado este programa.
34	Hospital Seguro	La Dirección Médica participa conjuntamente con la Dirección de Planeación, para el cumplimiento de los procedimientos de protección civil y hospital seguro.	Dirección de Administración, Dirección Médica y Dirección de Planeación Estratégica.	
35	Hospital Verde		Dirección de Administración.	El Hospital no tiene implementado este programa
36	Simulacro de robo de infante	Se realizó un simulacro de robo de infante en el que participaron brigadistas, personal de enfermería, servicios generales y vigilancia.	Dirección de Planeación Estratégica	
37	CECADET-UNAM	La Escuela Superior de Medicina del IPN proporcionó tres especímenes para realizar un curso de neurocirugía, beneficiando a 38 participantes.	Unidad de Enseñanza y Dirección de Investigación.	
38	Promoción de la investigación científica	Una actividad primordial de la Dirección de Investigación y Enseñanza es la promoción de la investigación clínica por los servicios Hospitalarios, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> Se realizó el curso "Metodología de la investigación científica", con la finalidad de permitir la realización de las tesis de especialidad de los médicos residentes. Se coordinó la presentación de 81 proyectos de tesis para su evaluación por investigadores expertos, que los enriquecieran científicamente. Se realizó el primer Encuentro Interinstitucional de Investigación Biomédica y Clínica en el marco de las XI Jornadas Internacionales Médico-Quirúrgicas del Hospital Juárez de México. En dicho encuentro, los investigadores en Ciencias Médicas del Hospital presentaron sus trabajos en la modalidad de cartel, favoreciendo así la vinculación y las interacciones de la investigación básica con la clínica. 	Dirección de Investigación.	
39	Protocolos y proyectos Interinstitucionales (incluye Universidades y Escuelas de Educación Superior)	Se contó con 54 protocolos de investigación en proceso (34 protocolos vigentes y 20 terminados), de los cuales 12 son proyectos de investigación vinculados con otras instituciones.	Dirección de Investigación.	
40	Protocolos internacionales	Se concluyó un protocolo de estudio mundial de la sepsis materna donde participaron países de África, América, Mediterráneo oriental, Europa, Asia sudoriental y Pacífico occidental, dirigido por la OMS.	Dirección de Investigación.	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
41	Aplicar la Ética Médica	<p>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.</p> <p>El CEI sesionó en 14 ocasiones aprobando 19 de un total de 36 protocolos de investigación recibidos para evaluación.</p> <p>Además, la Dirección Médica participa activamente en la difusión del Código de Ética entre los servicios médicos hospitalarios, también participa conjuntamente con el Comité de Ética en los casos en que se requiera.</p>	Dirección de Investigación y Dirección Médica.	
42	Revista periódica	<p>El Hospital no cuenta con gaceta periódica debido a falta de presupuesto.</p> <p>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, en 2018, se publicaron 30 artículos, donde participó personal de la Institución. Cabe señalar, que las demás publicaciones se envían a revistas internacionales de las diferentes especialidades.</p>	Dirección de Investigación y Unidad de Comunicación Social	
43	Área de Comunicación Social	<p>Se realizaron las siguientes actividades: 370 entrevistas, 271 boletines publicados en el blog oficial del Hospital, 20 boletines que se enviaron a diferentes medios para su posterior publicación, dos ruedas de prensa (extirpación de un tumor gigante de la cabeza y Fundación Rebecca de Alba, modelo de colaboración con el HJM para la atención), siete campañas institucionales (Día naranja a favor de la no violencia contra las mujeres, lavado de manos, Prevención de Cáncer Colorrectal, Día Mundial contra la Diabetes, vacunación, prevención de la hipertensión y Protección Civil ¿Qué hacer en caso de emergencias?), además de brindar el apoyo en la campaña de blindaje electoral con publicaciones en redes sociales y mailing. Una campaña en redes sociales, sobre 150 días mundiales en salud. Los banners se pueden consultar en las redes sociales del Hospital.</p> <p>Se apoyó en la realización de 10 eventos, curso de trato digno con enfoque incluyente LGBTTTI, día del niño, serenata del día de las madres, 2º edición del concurso de calaveritas, día del médico, homenaje al Dr. Conde, simulacros código rojo y código Juárez, memorial del 19 de septiembre y el cierre del año académico que se gestionaron en la Unidad.</p> <p>Además se realizó la Segunda Carrera 171 años de presencia y compromiso con la salud, en la cual participaron 400 corredores.</p>	Unidad de Comunicación Social	



	Acción propuesta	Acción realizada en HJM	Área responsable	Comentario
		Se gestionó la continuación de los espacios fijos en diferentes medios de comunicación, como en "Nuestro espacio consentido" y en el canal de la asamblea todos los viernes, radiograma disponible todos los jueves, 88.9 noticias, pulso saludable con Liliana Noble y sumédico.com. Se llegó a 13,880 seguidores en Twitter, 45,152 me gusta en Facebook y 185 suscriptores en el canal oficial de Youtube.		
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 problema de tabaquismo y la adicción a la nicotina, dicho convenio sigue vigente.	Dirección de Administración, Dirección de Planeación Estratégica y Unidad de Comunicación Social	
45	Página Web	Se atendieron 110 solicitudes de actualización de información dentro del portal Institucional, en: 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. Enseñanza, POBALINES, COMERI.	Dirección de Planeación Estratégica	
46	Universidad del paciente		Unidad de Enseñanza.	No aplica para la Institución.
47	Aval ciudadano	El Hospital Juárez de México fue declarado como "Unidad Avalada".	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.

DIRECCIÓN GENERAL

1. Programa de trabajo de la Dirección General.

1.1 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 2018.

Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
1.1.1 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores.	<p>En seguimiento a la Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores, durante el 2018 no se presentó ninguna eventualidad. Sin embargo, con el propósito de facilitar la notificación de episodios y considerando el alcance de responsabilidad de la División de Calidad para la atención de estos casos, se rediseño el procedimiento a seguir por el personal de salud en caso de recibir agresión en ejercicio de sus funciones por el usuario, familiar o acompañante, que permitirá al personal de salud dar seguimiento adecuado en caso de recibir una agresión. Integrando al mismo, las actividades propias de la Unidad Jurídica y de la División de Calidad de la Atención.</p>	<p>Dirección de Planeación Estratégica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento autorizado • Oficio DPE/427/2018 • Oficio DG/UJ/1450/2018
1.1.2 Atención a la Población Geriátrica.	<p>La Clínica del Adulto Mayor otorgó 3,070 atenciones, con apego al perfil del paciente geriátrico, beneficiando los pacientes en una atención integral y de calidad, mejorando la función de los adultos mayores, el conocimiento de sus enfermedades y el manejo en domicilio por parte de sus familiares, con un enfoque de autocuidado para el paciente y cuidador, en este sentido, se detalla lo siguiente:</p> <p>Se realizaron 480 valoraciones médico-geriátricas a pacientes hospitalizados, además, el equipo de gerontólogos realiza actividades de enseñanza y prevención a familiares sobre el manejo del paciente durante su estancia hospitalaria, con finalidad de reducir algunas complicaciones como las úlceras por presión, el delirium, las caídas, la pérdida de fuerza muscular y alteraciones en la alimentación.</p> <p>Por otra parte, el grupo de psicólogos enfocados en medicina conductual evalúan y contienen el impacto en la salud del paciente y su entorno por la agudización de sus enfermedades.</p> <p>En este sentido, los pacientes al ser egresados continúan su atención en los servicios que integran la Clínica para seguimiento de control y tratamiento.</p> <p>Se dio continuidad al convenio con la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, para recibir estudiantes con perfil gerontológico, realizándose 1,621 valoraciones gerontológicas que beneficiaron a los pacientes adultos mayores que se encontraron ingresados en los servicios de ortopedia, oncología, medicina interna, neumología, neurología, urología y geriatría.</p> <p>Por otra parte, el equipo de psicología de la maestría en Medicina Conductual realizó 922 intervenciones, en pacientes hospitalizados y en consulta externa previamente valorados por el área médica. Además participaron en la realización del Curso Taller "Control de Estrés en el cuidador" donde se brindó capacitación a 22 familiares quienes son cuidadores de adultos mayores con diversas patologías,</p>	<p>Servicio de Geriatría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja diaria de consulta • Hojas de reunión con familiares • Valoraciones gerontológicas integrales. • Lista de asistencia a de los curso-taller.



Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>principalmente demencia. A este respecto, la Clínica del Adulto Mayor realizó para familiares y cuidadores el curso de educación "Como vivir con demencia", abarcando temas relacionados a síntomas de la enfermedad, manejo del entorno en los pacientes con demencia, alimentación, estimulación cognitiva y marco legal, observando una disminución sustancial en la percepción de estrés del cuidador, valorada con un instrumento para dicho fin (Escala de Zarit de estrés del cuidador).</p> <p>En cuanto a las actividades para establecer medidas de educación y apoyar al paciente y familiares, se realizaron 30 reuniones con familiares para el apoyo en toma de decisiones al final de la vida, con un enfoque paliativo y tanatológico.</p> <p>Es importante mencionar que el Servicio de Geriátría, en beneficio de los pacientes adultos mayores, realiza vínculos con instituciones como el Centro Modelo de Atención Gerontológica "Arturo Mundet" y del Instituto Nacional de Psiquiatría, mediante el cual rotan médicos residentes en formación de la subespecialidad en geriatría, de la subespecialidad en psicogeriatría, respectivamente.</p>	
1.1.3 Esquema Mixto de Atención en Consulta Externa.	<p>Durante el periodo de reporte la Dirección Médica elaboró el anteproyecto para la implementación del Esquema Mixto de Atención en el Hospital, el cual fue analizado por la Dirección de Administración y la Unidad Jurídica, determinándose la "no factibilidad", debido a que el Régimen Fiscal en el que se encuentra el Hospital, como organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, se tributa bajo el rubro de personas morales con fines no lucrativos.</p> <p>Aunado a que el Decreto de creación del Hospital Juárez de México establece la función de prestar servicios de hospitalización y de consulta en las especialidades con que cuenta, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Por lo que esta línea se propone concluirse.</p>	<p>Servicio de Consulta Externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minuta de reunión de trabajo de fecha 18 de abril de 2018. • Oficios Nos. CE/2018/77 y CE/2018/78 de fecha 3 de mayo de 2018 con el anteproyecto para la implementación del Esquema Mixto de Atención en el Hospital • Oficio No. DG/UJ/2018/0550, de fecha 18 de mayo de 2018. • Oficio No. DA/0552/2018, de fecha 31 de mayo de 2018
1.1.5 Promoción de la Salud Renal.	<p>El Hospital a través del servicio de nefrología, se promueve la salud y prevención renal en la población abierta adulta, detectando en ellos factores de riesgo para enfermedad renal crónica. Además, se establecen medidas preventivas con el objetivo de retardar la progresión del daño renal y el requerimiento de tiramientos de sustitución de la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal).</p> <p>La implementación de medidas prevención en pacientes detectados y clasificado en algún grado de estadio (daño renal, tiene como objetivo conservar la función renal residual por el mayor tiempo posible, beneficiando a los pacientes en aspectos sociales y económicos al evitarle el ingreso a tratamientos de sustitución en la función renal, permitiéndole continuar con sus actividades de la vida diaria y no afectado su economía familiar.</p> <p>En este sentido durante el "Día mundial del riñón" se realizaron a 111 personas estudios de laboratorio para detectar el cálculo de filtración glomerular, micro proteinuria y creatinina sérica observándose los siguientes resultados.</p>	<p>Servicio de Nefrología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de Apoyo (Trípticos y carteles de promoción) • Registro de los pacientes participantes. • Historias Clínicas • Resultados de laboratorios. • Recomendaciones de manejo médico conservador de acuerdo a estafificación. • Guía Alimentaria • Agenda de programación de la consulta externa.



Estrategia 1 Calidad y Seguridad																																								
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018					Área / Evidencia de cumplimiento																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Determinación de filtración glomerular (Daño renal, cálculo por fórmula MDRD)</th> </tr> <tr> <th>Estadio** 1 90-120 mil/min (Normal)</th> <th>Estadio** 2 60-89 mil/min</th> <th>Estadio** 3 30-59 mil/min</th> <th>Estadio** 4 15-29 mil/min</th> <th>Estadio** 5 menor 15 mil/min (requiere diálisis)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td> <td>84</td> <td>15</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se identificó que el 90.1% de los participantes presentaron diversos grados de alteración en la filtración glomerular y con el propósito de evitar que progresarán a un estadio 5. Se otorgó como tratamiento preventivo a pacientes de estadio uno y dos guía nutricional e información de datos de alarma de daño renal y medidas de autocuidado para evitar la progresión de su enfermedad.</p> <p>Respecto a los pacientes detectados en los estadios 3 y 4, se canalizaron al servicio de Nefrología en la consulta externa en el Programa de Prevención Renal (los días miércoles) para su atención y seguimiento, dando continuidad a su valoración clínica y metabólica, establecido tratamientos para estabilización médica, además de orientación nutricional y sensibilización en la importancia de su adherencia al tratamiento para su autocuidado para evitar la rapidez en la progresión del daño renal.</p>					Determinación de filtración glomerular (Daño renal, cálculo por fórmula MDRD)					Estadio** 1 90-120 mil/min (Normal)	Estadio** 2 60-89 mil/min	Estadio** 3 30-59 mil/min	Estadio** 4 15-29 mil/min	Estadio** 5 menor 15 mil/min (requiere diálisis)	11	84	15	1	0																				
Determinación de filtración glomerular (Daño renal, cálculo por fórmula MDRD)																																								
Estadio** 1 90-120 mil/min (Normal)	Estadio** 2 60-89 mil/min	Estadio** 3 30-59 mil/min	Estadio** 4 15-29 mil/min	Estadio** 5 menor 15 mil/min (requiere diálisis)																																				
11	84	15	1	0																																				
1.1.6 Integración de la Atención del Paciente Oncológico.	<p>Con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los pacientes con cáncer de mayor frecuencia (mama y próstata) y abatir los costos de atención mediante la optimización de los recursos; el Servicio de Oncología elaboró el Plan de Mejora 2018-2 "Inicio de tratamiento oncológico antes de 30 días en cáncer de mama y cáncer de próstata" inicialmente, dirigido a población afiliada al Seguro Popular.</p> <p>Durante el periodo de reporte se logró reducir el tiempo de inicio de tratamiento para cáncer de mama y cáncer de próstata de un promedio de 50 a 40 días. Este resultado se logró gracias a la integración y funcionamiento del equipo multidisciplinario para el desarrollo del programa de atención oportuna en pacientes con diagnósticos de Cáncer de mama y de próstata de primera vez, el cual está conformado por médicos especialistas de oncología, personal de enfermería oncológica, trabajo social, psicología oncológica y los servicios de anatomía patológica, laboratorio central e imagenología.</p> <p>En coordinación con el equipo de psicología oncológica se brindaron 19 pláticas informativas a pacientes y cuidadores en temas relacionados con educación, cuidados y apego al tratamiento de los pacientes con cáncer, con la finalidad de prevenir complicaciones.</p> <p>Al periodo de reporte se refirieron al servicio de oncología adultos 252 pacientes con diagnóstico probable de cáncer de mama y de próstata, los cuales son considerados como de primera vez, en este sentido, a 242 pacientes se les confirmó su diagnóstico, como se detalla en la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Pacientes de primera vez referidos con diagnóstico de cáncer</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Tipo de Cáncer</th> <th colspan="2">Pacientes valorados</th> <th colspan="2">Pacientes que continúan tratamiento</th> <th rowspan="2">Pacientes del Hospital con inicio de tratamiento antes de 30 días</th> </tr> <tr> <th>1era Vez</th> <th>Confirmados</th> <th>En otra institución</th> <th>En el Hospital Juárez de México</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mama</td> <td>206</td> <td>196</td> <td>5</td> <td>191</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Próstata</td> <td>46</td> <td>46</td> <td>3</td> <td>43</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>252</td> <td>242</td> <td>8</td> <td>234</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>					Pacientes de primera vez referidos con diagnóstico de cáncer						Tipo de Cáncer	Pacientes valorados		Pacientes que continúan tratamiento		Pacientes del Hospital con inicio de tratamiento antes de 30 días	1era Vez	Confirmados	En otra institución	En el Hospital Juárez de México	Mama	206	196	5	191	8	Próstata	46	46	3	43	0	Total	252	242	8	234	8	<p>Servicio de Oncología</p> <ul style="list-style-type: none"> Plan de mejora Minuta de reunión de trabajo de fecha 12 de marzo de 2018 y del 27 de septiembre de 2018 Oficios Nos. DG/DM/DC/SO/404/2018 DG/DM/DC/SO/675/2018 Registro de los pacientes recibidos en consulta de primera vez y su seguimiento. Registro de pacientes que recibieron pláticas
Pacientes de primera vez referidos con diagnóstico de cáncer																																								
Tipo de Cáncer	Pacientes valorados		Pacientes que continúan tratamiento		Pacientes del Hospital con inicio de tratamiento antes de 30 días																																			
	1era Vez	Confirmados	En otra institución	En el Hospital Juárez de México																																				
Mama	206	196	5	191	8																																			
Próstata	46	46	3	43	0																																			
Total	252	242	8	234	8																																			



Estrategia 1 Calidad y Seguridad										
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento								
	<p>En este sentido, es importante señalar que el 96.7% de los pacientes a los que se le confirmó algún tipo de cáncer continúan su tratamiento en el Hospital, derivando sólo aquellos pacientes que cuentan y aceptan el beneficio de la seguridad social que les otorga el ISSSTE o el IMSS.</p> <p>No obstante, este logro posiciona al Hospital en los primeros lugares a nivel nacional de instituciones públicas de salud como referente para el inicio oportuno de tratamiento; el Servicio de Oncología para lograr el objetivo de reducir los tiempos de atención para el inicio de tratamiento no mayor a 30 días realizó las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se instruyó al personal de oncología priorizar la programación de citas a pacientes primera vez, en pacientes con diagnóstico cáncer mama a 1 día y de cáncer de próstata 1 semana. ✓ Se realizaron reuniones de trabajo con los servicios auxiliares de diagnóstico con la finalidad de apoyar y fortalecer dicho proyecto, disminuyendo en lo posible los tiempos para la programación de estudios y la obtención de resultados de ambos diagnósticos. ✓ Se instruyó al personal médico de oncología programar en un plazo no mayor de tres semanas, la consulta de seguimiento para confirmación de diagnóstico, con base a los estudios solicitados. 									
1.1.7 Disminución del Tiempo de Espera en la Atención: Consulta Externa.	<p>Con la finalidad de optimizar la atención en la consulta externa, a través de reducir los tiempos de espera en beneficio de los pacientes se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se verificó el inicio y término del horario de consulta • Se supervisó la permanencia del personal en módulo de consulta externa • Se realizaron acuerdos con el servicio de Archivo Clínico para reforzar la entrega recepción de expedientes clínicos en los módulos de consulta externa y reducir el número de expedientes faltantes solicitados. • Durante abril, mayo, junio, octubre, noviembre y diciembre de 2018, se realizó la medición del tiempo de espera de los pacientes que acuden a consulta externa, considerando 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: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Servicios</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>4,520</td> <td>519,076</td> <td>115</td> </tr> </tbody> </table> <p>Derivado de lo anterior y con el propósito de continuar mejorando el tiempo de espera, se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las citas se programarán en bloques de manera escalonada en horarios de 8, 9, 10 y 11 hrs. • Realizar la programación de consultas de acuerdo a la capacidad de atención de cada servicio. • Oportuna programación de vacaciones, cursos y congresos por parte de los médicos adscritos. 	Servicios	Total de pacientes con seguimiento	Total de tiempo de espera en minutos	Tiempo promedio espera en minutos	36	4,520	519,076	115	<p>Servicio de Consulta Externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minutas de reunión trabajo del 8 de marzo • Hoja diaria de supervisión • Formato de verificación de permanencia. • Minuta 25-04-2018. • Oficio CE/2018/125 y DDA-CE-004-2019 • Oficio DM/CE/2018/175 del 11 de septiembre de 2018 • Oficio CE/2018/182 del 13 de septiembre de 2018 • Oficio DM/CE/2018/186 del 28 de septiembre de 2018
Servicios	Total de pacientes con seguimiento	Total de tiempo de espera en minutos	Tiempo promedio espera en minutos							
36	4,520	519,076	115							



Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	Por otra parte, a partir del 8 de octubre de 2018, se estableció el horario para la recepción de hojas de referencia en la Jefatura de Consulta Externa (7:00 a 14:00 hrs.) y el horario para agendar citas y recibir hojas de referencia en los módulos de atención (9:00 a 13:30 hrs.)	
1.1.10 Mayor oferta de medicamentos al centro de mezclas.	<p>El Hospital mediante Licitación Pública Nacional adjudicó para los ejercicios 2018-2020, renovándose así el servicio integral de suministro y dispensación en dosis medida de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral, el cual se incorporaron dos nuevos medicamentos en el catálogo para el suministro de medicamentos oncológicos, los cuales son distribuidos a través de la Central de Mezclas.</p> <p>Es importante mencionar, que en el catálogo de medicamentos oncológicos se excluyó un medicamento debido a que se encuentra fuera de mercado. Con lo que el Hospital cuenta en total con 89 medicamentos ofertados para la atención de los pacientes de los diferentes servicios médicos.</p>	<p>Farmacia Hospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato No. HJMS/033/18 • Catálogos de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral 2018-2020 • Oficios DM/FH/079/2018 del 3 de abril de 2018, DM/FH/177/2018 del 19 de junio de 2018 y DM/FH/357/2018 del 27 de diciembre 2018.
1.1.11 Disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IIAS)	<p>Los paquetes de medidas preventivas son un conjunto de acciones básicas que permiten disminuir el riesgo de los pacientes a desarrollar una infección asociada a la atención de la salud (IAAS). Al tener un buen apego a estas medidas y disminuir la incidencia de este tipo de infecciones disminuye los días de estancia y el costo derivada de la atención de estos eventos adversos.</p> <p>La supervisión de estos paquetes de medidas preventivas se realizan específicamente para las neumonías asociadas a la ventilación mecánica, las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas a catéter y las infecciones de vías urinarias asociadas a sonda. Esta supervisión se lleva a cabo a través de listas de verificación la cual nos permite conocer el porcentaje de apego a estas medidas lo cual se notifica a las jefaturas de servicios, y en conjunto se busca de mejorar el apego a estas medidas.</p> <p>Como parte de las Estrategias para la Prevención y Control de las neumonías asociadas a la ventilación, se reestructuró el paquete de medidas preventivas el cual permitió conocer áreas de oportunidad para mejorar algunas acciones básicas; durante el 2018 en la incidencia de las neumonías asociadas al ventilador se observó una reducción global en del 15.9% y en la unidad de cuidados intensivos de adultos fue del 18.8%. En este año 2019 se realiza la introducción de los paquetes reestructurados de las infecciones del torrente sanguíneo y de las infecciones de vías urinarias</p>	<p>Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema crítico de prevención y control de infecciones • Programa de lavado e higiene de manos • Lista de verificación para la prevención y de control de infecciones • Monitoreo de paquetes de medidas preventivas
1.1.12 Uso racional de antimicrobianos.	<p>Desde 2012, en la Institución los antimicrobianos se dividen en tres grupos, el primer grupo pueden ser autorizados por cualquier médico, el segundo grupo solo pueden ser autorizados por los médicos jefes de servicio y el tercer grupo solo pueden ser autorizados por los médicos de infectología y epidemiología. Este último grupo es vigilado de manera estrecha ya que son antimicrobianos de amplio espectro, es decir, para el tratamiento de bacterias multirresistentes, y son de alto costo.</p> <p>En cuanto al análisis del impacto del control de los antimicrobianos por parte de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria se mide a través de dos puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos derivados del uso de antimicrobianos. • Relación del porcentaje de resistencia y dosis diaria definida. 	<p>Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reportes diario y mensual de consumo de antimicrobianos de Farmacia hospitalaria. • Registro de solicitudes de interconsulta al Servicio de Infectología • Análisis anual de las resistencias bacterianas • Carpetas de trabajo del subcomité de antimicrobianos.



Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>El análisis de costos se hace a través de los consumos mensuales que son elaborados por el área de farmacia hospitalaria el cual se integra a la base de datos de la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria. Para la comparación es necesario hacer el cálculo retrospectivo y observar el comportamiento.</p> <p>Para la vigilancia del uso de los antimicrobianos se calcula el consumo a través de la dosis diaria definida (DDD), el cual es un indicador sugerido por la Organización Mundial de la Salud. Este se compara con la resistencia de las bacterias a esos medicamentos para poder determinar si existe una relación entre estas dos cifras. Principalmente se miden dos bacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i>, ya que son las que tienen un perfil de resistencia mayor. Los datos de número de aislamientos y porcentajes de resistencias se obtienen a través del equipo de laboratorio de microbiología.</p> <p>La institución se ve beneficiada ya que se evita el abuso de antimicrobianos, al controlar los antimicrobianos del tercer grupo a través del proceso de interconsulta, durante el 2018 se autorizó el 54% de los antimicrobianos de este grupo, esto se traduce en una reducción de los costos generados por el uso de antimicrobianos de amplio espectro.</p> <p>El beneficio a los pacientes de controlar estos fármacos es disminuir la exposición a bacterias resistentes a los antimicrobianos, además ayuda a una menor circulación intrahospitalaria de este tipo de bacterias, además de brindar una atención especializada y dirigida al padecimiento y/o al agente infeccioso relacionado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carteles de patrones de resistencias bacterianas y opciones terapéuticas empírica de antimicrobianos • Reporte mensual de casos detectados de IAAS en los servicios hospitalarios y de Consulta Externa
1.1.13 Registro y control de eventos adversos, centinela y por medicación.	<p>Con la finalidad de fortalecer los conocimientos del personal de salud en temas de seguridad del paciente e incrementar la notificación por parte del personal operativo de los incidentes asociados a la atención del paciente; se llevaron a cabo las siguientes actividades de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocho pláticas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos • Curso del Modelo de gestión de calidad en salud, con 126 asistentes • Dos cursos de conceptos básicos de calidad y seguridad del paciente, con 50 asistentes cada uno. <p>Como resultado de estas actividades se registró un incremento en la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente</p> <p>Se reportó un total de 47 eventos centinela relacionados con Neumonía asociada a ventilación mecánica, infección por <i>Clostridium Difficile</i>, infección incisional profunda y eventos asociados al equipo médico, realizando el análisis causa raíz de cada uno, generando proyectos de mejora e implementándolos en las áreas de Cuidados Intensivos Adultos, Hospitalización, Central de Equipos y Esterilización, y Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.</p> <p>Con el propósito de establecer barreras de seguridad que limiten la incidencia, se dará seguimiento a cada uno de los planes de mejora por el área de calidad.</p> <p>Por otra parte, los eventos adversos y cuasifallas fueron analizados mediante la metodología de patrones y tendencias, generando planes de mejora en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.</p>	<p>División de Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listas de asistencia a pláticas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. • Listas de asistencia a cursos. • Presentación de análisis de patrones y tendencias (APT). • Lista de asistencia a presentación de APT. • Listado de eventos centinela. • Relación de proyectos de mejora por eventos centinela analizados. • Reporte de farmacovigilancia
1.1.15 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	<p>Con el propósito de mejorar la atención a pacientes, familiares, trabajadores y visitantes, el Hospital cuenta con dos módulos de información (mesas de informes) ubicados en la entrada principal y urgencias adultos lo que ha permitido un mayor acercamiento con los usuarios para contener y solucionar inconformidades.</p>	<p>División de Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temarios de los cursos



Estrategia 1 Calidad y Seguridad																										
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento																								
		<ul style="list-style-type: none"> Listas de asistencia a cursos de trato digno Protocolos de atención 																								
1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo.	<p>Con el propósito de fortalecer la atención de pacientes obstétricas, se elabora un proyecto en el cual se considera adquirir no solo un equipo de ultrasonografía de vanguardia, también se han integrado al proyectos, los siguientes equipos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripción</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Equipos de ultrasonido (Doppler Color)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cardiotocógrafos</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Camas para labor</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Camas de recuperación</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Mesas de exploración ginecológica</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Camillas de traslado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Monitores de Signos vitales para recuperación</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Cunas térmicas</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Bacinetes</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Incubadora de traslado con ventilador</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Lámpara de emergencia</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dicho proyecto considera un equipamiento mayor en beneficio de las pacientes, lo que robustece la elaboración del proyecto.</p>	Descripción	Cantidad	Equipos de ultrasonido (Doppler Color)	2	Cardiotocógrafos	10	Camas para labor	6	Camas de recuperación	6	Mesas de exploración ginecológica	3	Camillas de traslado	2	Monitores de Signos vitales para recuperación	6	Cunas térmicas	8	Bacinetes	2	Incubadora de traslado con ventilador	1	Lámpara de emergencia	1	<p>División de Gineco-Obstetricia / Servicio de Obstetricia</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta de Trabajo de fecha 15 de marzo de 2018 Oficio No. DM/DGYO/0105/2018 de fecha 28 de junio de 2018 Oficio No. DM/DGYO/JO/073/18 de fecha 20 de junio de 2018 Registro de activaciones de Código Mater Oficios DM/DGYO/JO/104/2018 del 17 de septiembre de 2018 y DA/SCM/DMB/270/2018, del 17 de septiembre de 2018.
Descripción	Cantidad																									
Equipos de ultrasonido (Doppler Color)	2																									
Cardiotocógrafos	10																									
Camas para labor	6																									
Camas de recuperación	6																									
Mesas de exploración ginecológica	3																									
Camillas de traslado	2																									
Monitores de Signos vitales para recuperación	6																									
Cunas térmicas	8																									
Bacinetes	2																									
Incubadora de traslado con ventilador	1																									
Lámpara de emergencia	1																									
1.2.1 Desarrollo del Tablero Gerencial de Indicadores de Calidad y Seguridad	<p>Se habilitó el acceso al tablero de indicadores hospitalarios a los jefes de división y de servicio de las siguientes áreas: Ginecología, Obstetricia, Biología de la Reproducción Humana, Trabajo Social, Anatomía Patológica, Alergia, Banco de Sangre, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátría, Hematología, Laboratorio Clínico, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrología, Neumología, Neurofisiología, Neurología, Nutrición Hospitalaria, Preconsulta, Psiquiatría, Reumatología, Radiología e Imagen, Salud Mental Comunitaria, Toxicología Clínica, Unidad Coronaria, Cirugía de Tórax, Cirugía Cardiovascular y Unidad de Hemodinamia, con el propósito de contar con una herramienta para la toma de decisiones y contribuir a la mejora de la gestión hospitalaria, con lo cual se concluye esta línea de acción.</p> <p>Este logro posiciona al Hospital en los primeros lugares a nivel nacional de instituciones públicas de salud como referente para el inicio oportuno de tratamiento.</p> <p>No obstante, se exhortará a los Jefes de División y de Servicio a la utilización de esta herramienta.</p>	<p>Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> Oficios DPE/DEDI/005/2018 y DPE/DEDI/006/2018 del 21 de febrero de 2018 Oficios: PE/CIIMEIT/082/2018 y DPE/CIIMEIT/083/2018 del 12 de abril de 2018 																								
1.2.3 Certificación como Hospital Seguro.	<p>De la evaluación realizada por el Comité de Evaluación y Diagnóstico de Hospital Seguro, en 2016, de las 27 observaciones señaladas, se han atendido un total de 23, alcanzando un Índice de Seguridad Hospitalaria Categoría A, que significa que el Hospital se encuentra con alta probabilidad de otorgar servicios de atención médica en caso de algún desastre.</p> <p>A través del desarrollo de programas de prevención y mitigación se identificaron áreas vulnerables del Hospital y mejora de procesos, permitiendo establecer procedimientos de prevención de los riesgos localizados para permanecer accesible y funcional en caso de una emergencia o desastre.</p>																									



Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Dentro de los procesos a mejorar se establecieron grupos multidisciplinarios de trabajo para realizar visitas de verificación de Hospital Seguro, con la finalidad de identificar y mitigar los riesgos, amenazas o peligros en la Unidad Hospitalaria.</p> <p>Para atender uno de los riesgos se detectó el desconocimiento por parte de los trabajadores en temas de protección civil, por lo cual se capacitó a los servidores públicos en temas de seguridad, protección civil y atención de emergencias y desastres. Logrando capacitar a un total de 2,227 servidores públicos, con pláticas que tuvieron como finalidad generar conciencia con base en el conocimiento sobre cómo actuar en caso de una emergencia o desastre natural interno o externo, generando la cultura de la prevención, preparación y protección.</p> <p>Se realizó el primer simulacro de Atención masiva de pacientes “Código Juárez”, en el cual participaron 180 servidores públicos, aumentando la sensibilización y compromiso del personal en la atención de pacientes en caso de desastres (recepción, atención inmediata, tratamiento quirúrgico, cuidados intensivos y atención hospitalaria).</p> <p>Se desarrollaron seis simulacros, en los cuales se puso a prueba la capacidad de reacción de las autoridades, brigadistas, trabajadores y visitantes, destacando la importancia de estos ejercicios de emergencia como elementos que fortalecen la prevención y preparación.</p> <p>Se cuenta con el Manual de Procedimientos de actuación ante situaciones de riesgos que requieran la movilización y desalojo de las personas localizadas al interior de esta unidad médica. Además, se elaboraron manuales de procedimiento de acuerdo a los principales riesgos institucionales de este hospital como son: sismo, robo de infante, combate de incendio, amenaza de bomba y traslado de paciente en ambulancia aérea.</p> <p>También, se fortalecieron las brigadas al incrementar a 178 el número de participantes voluntarios, los cuales fueron capacitados para la atención y apoyo en emergencias y desastres.</p>	
1.2.4 Acreditación completa en catálogo CAUSES aplicable.	<p>Como resultado de la visita de evaluación por parte de la Dirección de Calidad y Educación en Salud para acreditar la atención oftalmológica (CAUSES), ésta no fue posible debido a factores como: falta de medicamentos en carros rojos y fallas en el flujo del aire en quirófano. Mismos que fueron solventados para una nueva evaluación.</p> <p>Lo anterior permitirá la atención de pacientes con padecimientos oftalmológicos y captación de recursos propios para la institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dictamen de acreditación de Hepatitis Crónica tipo C • Dictámenes de cédulas reacreditadas • Programa de acreditación 2019
1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad General.	<p>Con el propósito de avanzar en el proceso de Certificación Hospitalaria, se gestionó la capacitación ante el Consejo de Salubridad General (CSG), directivos del Hospital y personal líder involucrado en el proceso de certificación.</p> <p>Como resultado de la capacitación, se obtuvo mayor conocimiento sobre la importancia del Modelo de Seguridad del Paciente que establece el CSG.</p>	<p>División de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia del personal que fue capacitado • Carpeta documentales • Minutas de visita de diagnóstico



Estrategia 1 Calidad y Seguridad		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Se logró la integración y validación del 90% de la fase documental conforme a lo establecido por el Manual para la Certificación Hospitalaria 2015 del CSG. Con lo cual se fundamenta la implementación de los procedimientos descritos.</p> <p>Respecto a la acción de visitas diagnóstico la División de Calidad realizó dos, una de ellas para elaborar la autoevaluación de los estándares para la certificación hospitalaria. Y la segunda, específica del Sistema de Prevención y Control de Infección, identificando áreas de oportunidad y generando planes de acción en las áreas evaluadas (lavandería, cocina, quirófano, central de quipos y esterilización)</p>	

Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
2.1.1 Vinculación en la investigación clínica y básica.	<p>En esta línea de acción se realizó el primer Encuentro Interinstitucional de Investigación Biomédica y Clínica dentro de las XI Jornadas Internacionales Médico-Quirúrgica del Hospital Juárez de México, el cual se celebró del 20 al 24 de agosto de 2018. En mencionado Encuentro los investigadores en Ciencias Médicas del Hospital presentaron sus trabajos en modalidad de cartel lo que favorecerá la interacción y vinculación de la investigación clínica y básica.</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Convocatoria del 1er. Encuentro Interinstitucional de Investigación Biomédica y Clínica
2.1.2 Propiedad intelectual e industrial.	<p>Se firmó una modificación al convenio marco vigente de colaboración académica científica entre el Hospital y el Instituto Nacional de Medicina Genómica donde se acuerda que la Oficina de Transferencia Tecnológica (OTT) del INMEGEN brindará apoyo al HJM para definir posibles estrategias de protección en aquellos proyectos que se consideren tienen resultados susceptibles de protección; toda vez que el Hospital Juárez de México no cuenta con los recursos humanos e infraestructura necesaria para la creación de una oficina de transferencia tecnológica.</p> <p>Con relación a promover la capacitación del personal que realiza investigación en salud con los conceptos básicos de la propiedad intelectual y estimular y fomentar una cultura de la propiedad intelectual, se puso a disposición del personal que realiza investigación la información siguiente: tríptico informativo de patentes, guía sobre invenciones para solicitudes de Patentes, Modelos de Utilidad, Diseños Industriales y Esquemas de Trazado de Circuitos Integrados y un curso en video impartido por el Instituto Mexicano de la Propiedad industrial (IMPI).</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Convenio modificadorio firmado el 28 de marzo de 2018. Correo electrónico con tríptico, guía y curso en video.
2.1.3 Reestructuración y creación de nuevos Laboratorios de Investigación	<p>En relación a elaborar un proyecto para la remodelación y equipamiento de los Laboratorios de Investigación y gestionar la búsqueda de recursos, se continuó la gestión ante la Facultad de Medicina de la UNAM, la cual está interesada en realizar la remodelación y reestructuración de los laboratorios de investigación con la finalidad de crear una nueva unidad de investigación "Hospital Juárez de México-UNAM", en el área que ocupan los laboratorios de investigación actuales. En este momento ya se cuenta con los planos arquitectónicos elaborados en forma conjunta por el Hospital y la Facultad de Medicina.</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Planos de la reestructuración del área de investigación.
2.1.5 Camabot.	<p>Con relación al proyecto denominado Camabot y en específico al desarrollo de un protocolo de investigación que evaluará el beneficio de un prototipo de cama robótica asistencial "Camabot", desarrollada en el CINVESTAV, con la participación del Hospital Juárez de México; se propuso al CINVESTAV</p>	<p>Dirección de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin evidencia



Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>realizar un estudio clínico que evaluara la utilidad de dicha cama, para lo cual se requería cuando menos dos camabots instaladas en el Hospital y la comparación con otras camas existentes en el mercado con características parecidas; sin embargo, el CINVESTAV ni el Hospital cuentan con recursos financieros para la construcción de estas camas, porque el costo es de más de \$250,000.00 MN por cama por lo que no se puede realizar el estudio. Además de lo anterior, se tuvo el deceso del Dr. Mariano Gamboa Zúñiga, líder del proyecto del CINVESTAV, por lo que ya no se puede dar continuidad.</p> <p>Esta línea de acción no es factible de continuar por lo que se cancela.</p>	
2.2.1 Actualización en Capacitación y Desarrollo (ACCADE).	<p>Los directores de área y jefes de división participaron como integrantes de la comisión de cursos, con el propósito de ampliar la oferta de actividades académicas, que permita mejorar la calidad en la capacitación del personal del área médica, paramédica y administrativa del Hospital Juárez de México.</p> <p>El programa de actividades académicas 2018 cubrió 56 cursos relacionados a capacitación técnico médica y administrativa gerencial, beneficiando a un total de 1,574 servidores públicos para la mejora de conocimientos y en algunos casos habilidades. En temas de: trato digno, derechos humanos, movilización de pacientes, paquetería básica office, protección civil, equidad de género, entre otros.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio DIE/088/2018 del 7 de marzo de 2018 • Acta de reinstalación de la comisión de cursos del 22 de marzo de 2018 • Minuta de la comisión de cursos del 22 de marzo de 2018. • Programa de actividades académicas 2018.
2.2.2 Elaborar el Proyecto del Centro de Simulación Clínica y Quirúrgica del Hospital Juárez de México.	<p>Se cuenta con el proyecto inicial del centro de simulación, se realizó el estudio de mercado con dos proveedores de simulación (Edutelsa, Tecnosim), con el objetivo de valorar las necesidades de equipamiento de este tipo. Además, se participó en el Segundo Encuentro Internacional de Simulación Clínica.</p> <p>Se consiguieron becas para que médicos residentes puedan acudir al centro de simulación de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, con el objetivo de preparar futuros instructores en simulación.</p> <p>La conclusión de este proyecto, impactará directamente con los 458 residentes, 106 internos y 1,998 estudiantes de ciclos clínicos, en beneficio de la atención de los pacientes del Hospital.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de participación en eventos de simulación clínica. • Copia de correo electrónico de becas. • Acercamiento con proveedores (Edutelsa, Tecnosim). • Catálogo de proveedores.
2.2.3 Desarrollo de investigación educativa en Salud.	<p>Se elaboró la propuesta de la estructura e infraestructura del área. El titular de la Unidad de Enseñanza y la jefa del servicio de Medicina Interna se encuentran en la última etapa de capacitación para el desarrollo de investigación educativa en salud.</p> <p>Se cuenta con los proyectos de investigación educativa: "Empatía en Médicos Residentes" y "Relación de síndrome de desgaste profesional y afrontamiento" los cuales fueron presentados en el coloquio de investigación de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.</p> <p>La realización de investigación educativa en salud, permitirá al Hospital identificar áreas de oportunidad en relación a docencia, aspectos psicológicos preventivos y desarrollo de competencia de profesores y en estudiantes de pregrado y posgrado.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de inscripción a maestría. • Constancia de presentación.
2.2.4 Congreso Nacional Paramédico.	<p>En el Evento Magno y 1er Congreso de Enfermería del Hospital Juárez de México se contó con la asistencia de 300 profesionales de enfermería de los hospitales coordinados por la CCINSHAE, con el propósito de actualizar sus conocimientos en esta disciplina.</p> <p>Con esta actividad se da por concluida esta línea de acción.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Actividades Académicas 2018 • Listas de asistencia al congreso



Estrategia 2 Investigación y Enseñanza de Vanguardia		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	<p>Con la finalidad de facilitar la accesibilidad a las fuentes de información para uso académico por estudiantes de pregrado y posgrado fortaleciendo su formación; se habilitó la conexión inalámbrica a internet para las áreas de trabajo en equipo, se amplió la red para ocho computadoras de escritorio mediante cableado y cambio de módem; se instalaron dos switches y se cuenta con una sala de videoconferencia con características ideales para las transmisiones a distancia.</p> <p>En cuanto a la elaboración y registro del proyecto de inversión, esta actividad se dará seguimiento durante el ejercicio 2019.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minuta de Trabajo del 27 de junio de 2018 • Plano arquitectónico de la propuesta de remodelación de la biblioteca • Fotos de las modificaciones de la biblioteca • Acceso al CONRICYT • Sala de videoconferencia • Dirección de Administración • Oficio DA/594/18 del 20 de junio de 2018 • Oficio UE/119/2018 del 25 de junio de 2018
2.2.6 Modernización en Infraestructura y Tecnología.	<p>Se realizó un proyecto para dotar a la unidad de enseñanza de mobiliario y equipo tecnológico necesario para fortalecer la formación de recursos humanos de excelencia apegados a lineamientos nacionales e internacionales. Dicho proyecto se logró debido a la gestión ante las instituciones educativas Universidad La Salle, Colegio St. Luke y Universidad Anáhuac.</p> <p>No habrá erogación de parte del hospital dado que los recursos se obtendrán del pago en especie que realizarán las Universidades particulares por la utilización de campos clínicos establecido en los convenios. Por lo que esta línea se propone concluirse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nota informativa sobre los resultados del Proyecto. • Documentos de donación. • Convenios con las instituciones educativas
2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias.	<p>Derivado de la cancelación por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM, de la herramienta educativa "Portafolio de evidencias"; se aplica permanentemente la herramienta MiniCEX para la enseñanza de competencias dentro del curso universitario de especialización de medicina interna.</p> <p>La implementación de este tipo de herramientas permite que se realice la enseñanza por competencias posicionando a la Institución a la vanguardia en la formación de recursos humanos para la salud.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédulas de Evaluación • Lista de asistencia.
2.2.9 Sistema de Detección de Necesidades de Capacitación.	<p>La estrategia implementada para mejorar la detección de necesidades de capacitación, no tuvo los resultados esperados a causa de una escasa participación de los jefes de servicio en el proceso para mejorar los temas de capacitación que permitan mejorar el desempeño de los trabajadores en beneficio de la Institución.</p>	<p>Unidad de Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédulas de Necesidades de Capacitación.



Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
3.1.1 Creación de Unidades de Inversión por Servicio.	<p>Se cuenta con el área que dará seguimiento a las actividades a realizar para la creación de las Unidades de Inversión por Servicio, siendo el Departamento de Análisis de Costos del Hospital, cuyo jefe de Departamento coordina las acciones relacionadas a las mismas.</p> <p>Se encuentra en proceso de elaboración el procedimiento que integra las actividades necesarias a realizar por cada área del Hospital responsables de aportar información para el desarrollo de las unidades de inversión por servicio.</p>	<p>Dirección de Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> Organigrama funcional del Hospital 2018.
3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	<p>Durante el ejercicio 2018, el presupuesto autorizado al Hospital se ejerció al cien por ciento sin que se generaran subejercicios, debido a los trabajos de análisis presupuestal realizados de manera mensual con el fin de solicitar oportunamente las adecuaciones presupuestales correspondientes, para ejercer el recurso disponible en partidas deficitarias.</p> <p>Además, con la finalidad de continuar con el uso adecuado y eficiente del presupuesto, el Departamento de Abastecimiento capacitó durante octubre de 2018 a servidores públicos de las áreas de: División de Cirugía, División de Apoyo a la Atención, División de Gineco-Pediatría, Seguro Popular, Unidad de Comunicación Social, Subdirección de Recursos Financieros y el CECAD, en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, permitiendo planear adecuadamente los tiempos establecidos y regular los requerimientos para los procesos de contratación.</p>	<p>Dirección de Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de capacitación en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público.
3.1.3 Actualización de tabulador de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias	<p>Se integraron las cédulas de costo que revisaron 52 servicios médicos para la actualización del Tabulador de Cuotas de recuperación, que fueron enviadas al Departamento de Análisis de Costos, para concluir con el proceso de revisión de las claves del tabulador.</p> <p>Se actualizó el Tabulador de Cuotas de Recuperación integrado por 1,484 claves de cobro, contribuyendo al incremento del 6.2% en la captación de ingresos propios; lo cual permite a la Institución hacer frente a los compromisos económicos adquiridos y continuar otorgando a los pacientes una atención de calidad.</p>	<p>Dirección Médica</p> <ul style="list-style-type: none"> Oficios de seguimiento de las áreas médicas.
3.1.4 Búsqueda de fuentes de financiamiento externas	<p>Se celebraron 32 convenios con distintas instituciones con la finalidad de generar fuentes de financiamiento para recursos financieros y materiales.</p>	<p>Unidad Jurídica</p> <ul style="list-style-type: none"> Relación de convenios con instituciones públicas y privadas
3.2.1 Construcción de centro oncológico CIPO.	<p>Se dio prioridad al registro en cartera de inversión de la SHCP del proyecto de adquisición de un Sistema de Terapia de radiación por Rayos X, y en cumplimiento a la normatividad en la materia que señala que no se puede registrar un nuevo proyecto de inversión en tanto no se concluya el que se encuentra vigente.</p>	<p>Dirección de Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro en cartera de inversión
3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización.	<p>Se dio prioridad al registro en cartera de inversión de la SHCP del proyecto de adquisición de un Sistema de Terapia de radiación por Rayos X y en cumplimiento a la normatividad en la materia que señala que no se puede registrar un nuevo proyecto de inversión en tanto no se concluya el que se encuentra vigente.</p>	
3.2.3 Readequación de la torre de hospitalización.	<p>Este proyecto está pendiente, ya que por normatividad deberá terminarse el proyecto para la adquisición de un Sistema de Terapia de radiación por Rayos X.</p>	
3.2.5 Reparación y modernización del estacionamiento del HJM	<p>Se concluyó la ejecución del proyecto de la reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.</p> <p>Con este resultado, esta línea de acción se da por concluida.</p>	
3.2.6 Adquisición de un acelerador lineal.	<p>Se llevó a cabo el proceso licitatorio bajo la cobertura de tratados de libre comercio electrónica de carácter plurianual para la adquisición de Sistema de Terapia de Radiación de Rayos X, para el Área de Oncología por un importe de 157, 510,330.25 pesos, aportando el 30 por ciento de los recursos el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.</p>	<p>Dirección de Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> Folio de registro en cartera de inversión 1812NAW0003.



Estrategia 3 Administración Eficiente		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	Se tiene considerado para el primer semestre de 2019 su puesta en marcha.	<ul style="list-style-type: none"> Licitación Pública Internacional bajo la cobertura de tratados de libre comercio electrónica de carácter plurianual No.LA-012NAW001-E610-2018, Contrato HJMS/085/2018.
3.2.7 Ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico.	<p>Se concluyeron tres proyectos relacionados con la renovación de equipo médico: Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México, Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México, Programa de Sustitución de Equipo Médico para el Servicio de Radiodiagnóstico e Imagen del Hospital Juárez de México 2018 financiados por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, renovando un total de 74 equipos médicos.</p> <p>Con este resultado se da por atendida esta línea de acción.</p>	<p>Dirección de Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de proyectos de inversión ante la SHCP.

Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
4.1.1 Cuida tu salud con kioscos y pausas por la salud.	<p>El Hospital, interesado por la salud física del trabajador, integró algunas acciones como estrategia, dirigidas al personal de salud, para atender riesgos relacionados con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares.</p> <ol style="list-style-type: none"> El servicio de medicina del deporte coordina las "pausas por la salud" con el propósito de disminuir el sedentarismo en los trabajadores durante la jornada laboral. Se realizaron 210 activaciones en las áreas de: gobierno (19), divisiones médicas (34), fotocopiado y transparencia (25), laboratorio central (19), jefatura de enfermería (5), archivo clínico (12), estadística hospitalaria (10), trabajo social (7), inhaloterapia, geriatría y clínica del dolor (5), CAUSES(12) imagenología (4), dirección médica (28), consulta externa (10) y unidad de enseñanza (20). Esta actividad tuvo el 79% de satisfacción arrojado de 126 encuestas al personal que participó. Personal del Hospital conjuntamente con Laboratorios Medix, implementó el Programa de Kioscos para la Salud, el cual tiene como propósito identificar al personal con sobrepeso y obesidad, y se otorga información y atención nutricional, con la finalidad de modificar y/o mejorar los hábitos alimenticios y evitar problemas de salud; para prevenir los principales riesgos asociados a la falta de actividad, incrementar los niveles de energía y quema de calorías, generar bienestar personal y motivar a los trabajadores de la institución al autocuidado. <p>Es importante mencionar que la activación física y el autocuidado de la salud beneficia a las personas mejorando su clima laboral, disminución de estrés y sociabilidad.</p>	<p>Servicio de Medicina del Deporte</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de Kioscos para la Salud Difusión de Programa del Programa de Kioscos por la salud Registro de participación del personal institucional en las pausas activas Encuesta aplicadas Trípticos Informativos de pausas activas y de nutrición.



Estrategia 4 Desarrollo Organizacional y Clima Laboral		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
4.1.3 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – inglés.	Se impartió curso de inglés, con la participación de 11 servidores públicos de las áreas de conmutador, almacén general, CIIMEIT, Seguro Popular, Trabajo Social, informes, admisión y enseñanza; que en desempeño de sus funciones, podrían requerir un manejo básico del idioma. Con esta actividad, se da por concluida esta línea de acción.	Unidad de Enseñanza <ul style="list-style-type: none"> • CECAD. Listas de asistencia de mayo a agosto 2018 • Constancias de conclusión.
4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – estímulos	Se realizó una reunión de trabajo entre la Unidad de Enseñanza, Dirección de Planeación y Estrategia y Dirección Médica, donde se concluyó que no existían las condiciones para la entrega del estímulo anual a los jefes de servicio, debido a que no se concretó el instrumento para evaluar el desempeño de los jefes de servicio.	Unidad de Enseñanza <ul style="list-style-type: none"> • Minuta de reunión.
4.1.5 Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Rehabilitación.	Se profesionalizaron un total de 34 trabajadores del hospital, de los cuales 31 fueron de enfermería y tres trabajadoras sociales, con la finalidad de contar con personal que presta atención a los pacientes de mayor nivel académico, con mejores competencias y habilidades.	Dirección de Administración <ul style="list-style-type: none"> • Oficio DGCES-DG-00025-2018 del 16 de enero de 2018.

Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
5.1.1 Transparencia Proactiva.	Con el propósito de contribuir con información de utilidad en lenguaje claro y sencillo, que los usuarios puedan consultar desde cualquier dispositivo con acceso a internet, sin necesidad de realizar solicitudes de información, se publicaron seis temas en la Sección de Transparencia Focalizada del portal institucional, donde se ponen a disposición los costos por nivel socioeconómico, los requisitos para acceder al Seguro Popular y los trípticos informativos para familiares de pacientes de urgencias. Además de que puede realizar los trámites en línea para agendar cita para donación de sangre, la elaboración de estudios socioeconómicos o realizar solicitudes de información, disminuyendo los tiempos de traslado y espera. Los temas publicados fueron los siguientes: 1. Tabulador de Cuotas de Recuperación. 2. Programa de Seguro Popular. 3. Cita de Donación de Sangre. 4. Agenda tu cita para elaboración de estudio Socioeconómico. 5. Solicitudes de Información. 6. Información básica para familiares de pacientes de Urgencias: Adultos, Pediatría y Ginecología.	Unidad de transparencia
5.2.1 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - medios digitales	La coordinación de redes sociales tiene el propósito de fortalecer la imagen institucional en la página de Facebook, que se actualiza diariamente. Asimismo, en la cuenta oficial de Twitter se publican, actualizan y retuitean notas periodísticas sobre actividades académicas, médicas y culturales que se llevan a cabo en el Hospital. Además de posicionar temas de interés en salud creando sinergia con las cuentas de los medios a los que el personal del HJM acude a entrevista.	Unidad de Comunicación Social Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")



Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<p>Para facilitar la búsqueda de eventos en redes sociales se utilizan los hashtag o marcadores: #EnEstosMomentos #DeInterés #EnMedios #AmigosDelJuárez #JuárezEnElTiempo #PorSiTeLoPerdiste, para crear un acervo histórico del Hospital Juárez de México en internet.</p> <p>Con la finalidad de medir el impacto en los medios tradicionales y en las nuevas tecnologías de la información, se continúa con el uso del indicador: Porcentaje de publicaciones en redes sociales oficiales.</p>	
5.2.2 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas.	<p>Con el propósito de continuar aumentando 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., se gestionaron más espacios fijos para la promoción de la salud en medios.</p> <p>En la estación de radio de Grupo ACIR 88.9 noticias todos los lunes, pulso saludable con Liliana Noble todos los miércoles y en el noticiero de televisión educativa todos los lunes, además de una nota en el portal web de sumedico.com. El público general puede encontrar información preventiva de temas de Salud con los médicos especialistas del Hospital.</p> <p>Se otorgaron un total de 370 entrevistas, relacionadas con la atención e información médica para diversos medios de comunicación.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</p> <p>Radorama, 88.9, TV Azteca, Televisa, TV Educativa, Pulso Saludable, Canal Once, El Universal, Excélsior, El Reforma, 20 minutos, Con Sentido, sumedico.com.</p>
5.2.3 Comunicación externa, imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos.	<p>Las únicas personas con autorización para dar declaraciones a los medios en caso de contingencia o emergencia son: el Director General, el Director Administrativo y la Titular de la Unidad de Comunicación Social.</p> <p>La coordinación de redes sociales se encarga de monitorear las redes sociales oficiales, con la finalidad de orientar y responder todas las dudas que tengan, ya sea por comentarios en las publicaciones o mensajes directos que se reciben en la página de Facebook y Twitter.</p> <p>Además, se monitorea diariamente a través de buscadores web y redes sociales, la aparición o mención del Hospital Juárez de México en medios de comunicación, para replicarla en las redes sociales oficiales de la institución.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México" y Twitter "@HospitalJuarezM")</p>
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 las campañas: lavado de manos, ahorro de energía, llevando a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagen institucional de la campaña. • Soportes gráficos (carteles, video y banners). • Apoyo en la realización del Curso de trato digno con enfoque incluyente LGBTTTI con banners, lonas, gestionar la participación del coro gay de la CDMX. • Apoyo con la creación de banners y carteles para la encuesta de clima y cultura organizacional que se realiza en la institución. <p>Además se apoyó con la elaboración de los derechos de los pacientes en náhuatl, inglés, francés y español.</p>	<p>Unidad de Comunicación Social</p> <p>Redes sociales oficiales (Facebook "Hospital Juárez de México", Twitter "@HospitalJuarezM") y Canal de Youtube .</p>
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>	Unidad de Comunicación Social

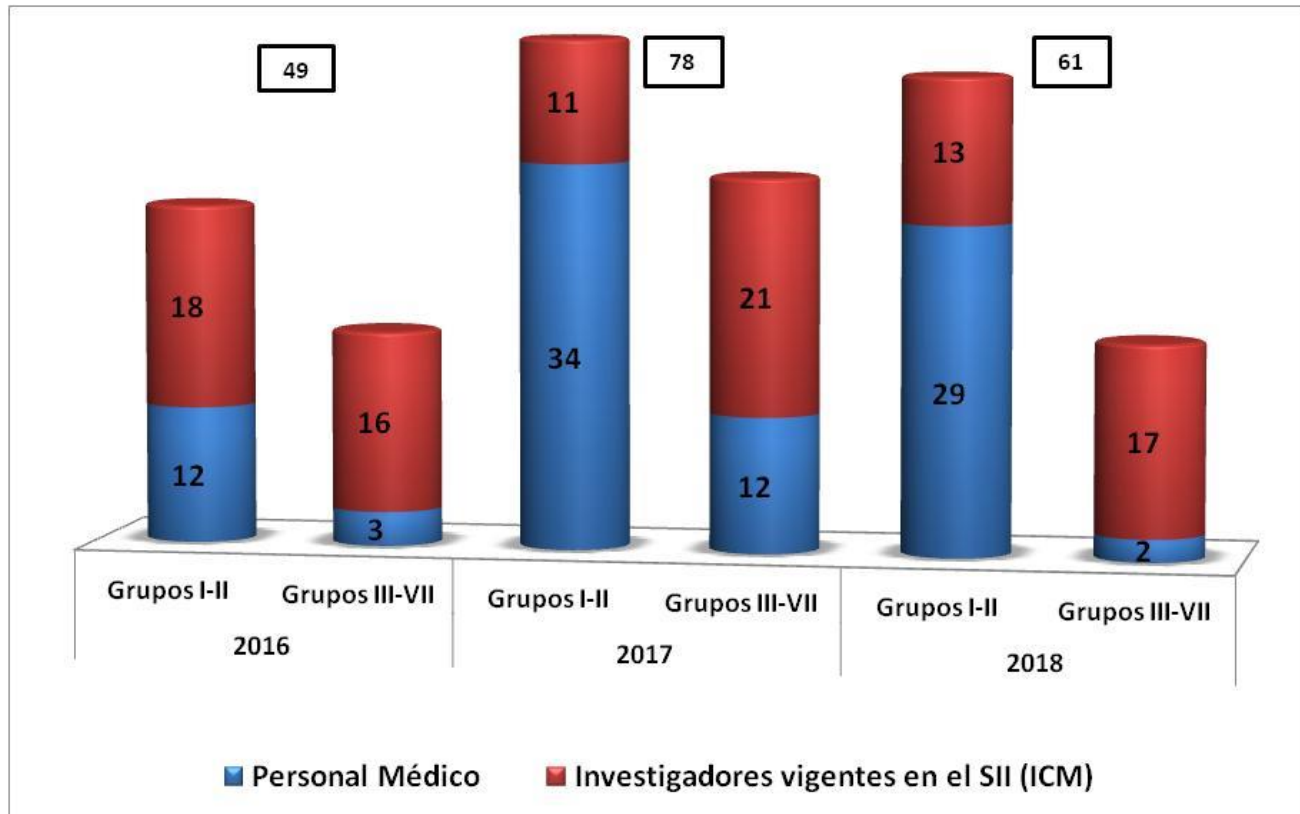


Estrategia 5 Transparencia, Comunicación y Tecnología		
Líneas de Acción	Avance de cumplimiento 2018	Área / Evidencia de cumplimiento
	<ul style="list-style-type: none"> Día Naranja, campaña permanente. La campaña promueve la no violencia contra las mujeres y las niñas en el Hospital Juárez de México. Día de la Mujer: esta campaña promueve el trato igualitario entre hombre y mujeres, se realizaron separadores y banners. Día en contra de la diabetes con la elaboración de videos informativos dirigido a pacientes. Ahorro de energía, para el uso correcto de cómputo y aparatos electrónicos. <p>Se actualizó cada domingo la sección para Twitter y Facebook #JuárezEnElTiempo, con el objetivo de dar a conocer datos históricos del Hospital así como de la medicina de nuestro país.</p> <p>Se brindó apoyo con los siguientes eventos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Día de las madres: Concierto del Trío Jarocho, entrega de rosas y elaboración de un banner. Día del Médico: banner y video. Cierre de Año Académico: concierto, cartel, video y logística del evento. Día de muertos/calaveritas: se realizó el concurso de calaveritas literarias. Día del niño: apoyo en la realización del evento, boletos y banner. Día del padre: activación y separadores. Día del donante de sangre: cartel y reconocimientos. Concierto de Cri cri: difusión del evento <p>Se realizó la 2º Carrera de Aniversario del HJM 171 de Presencia y Compromiso con la Salud.</p> <p>Además de que se apoyó en el evento del día del niño y se subió a redes la campaña sobre blindaje electoral y en la elaboración de los derechos de los médicos en náhuatl, inglés, francés y español.</p>	Hospital Juárez de México", Twitter" (@HospitalJuarezM") y Canal de Youtube .
5.2.6 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - comunicación electiva	Se presentaron dos conferencia de prensa Extirpación de un tumor gigante de la cabeza y Fundación Rebecca de Alba y el modelo de colaboración con el HJM para la atención.	Unidad de Comunicación Social Hospital Juárez de México", Twitter" (@HospitalJuarezM") y Canal de Youtube .
5.3.1 Implementación de un HRP, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	No se contó con recursos financieros para un sistema que permita la centralización de la administración de los recursos financieros, materiales, humanos y hospitalarios.	
5.3.2 Implementación de un GRP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	El proyecto BABEL se encuentra en etapa de prueba en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", para su posterior implementación en el Hospital y dar cumplimiento a la normatividad vigente.	

2 ASPECTOS CUALITATIVOS

INVESTIGACIÓN

1. Número de artículos



La gráfica muestra los artículos científicos realizados durante 2016, 2017 y 2018 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 2018 fue de 61 artículos publicados de los grupos I a VII, lo que representó una disminución del 21.8%, con respecto al 2017, donde se alcanzaron 78 publicaciones.

Las y los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) con nombramiento vigente publicaron un total de 30 artículos de los cuales; dos artículos corresponden al grupo IV, 15 al grupo III, cuatro al grupo II y nueve al grupo I, lo que representa un decremento en un 6.2%, en el número de publicaciones grupos I al VII, con relación



a lo alcanzado en 2017 que fue de 32 publicaciones. Es importante mencionar que la publicación de artículos científicos de alto impacto dependen de múltiples variables como: todo trabajo científico se basa en predicciones que no siempre resultan en lo que se planteó originalmente, lo cual hace que los resultados puedan diferir y prolongar los tiempos de experimentación. En ocasiones las investigaciones únicamente pueden ser publicadas en revistas de menor impacto (nivel I a II) cuando otros grupos de investigación ajenos al Hospital publican anticipadamente esos hallazgos. Otra variable es el financiamiento insuficiente por todo el avance en nuevas tecnologías y herramientas para realizar investigación.

Por lo anterior, los investigadores en ciencias médicas del Hospital están participando en las diferentes convocatorias del CONACYT para poder contar con mayor presupuesto destinado para investigación. Sumado a lo anterior, en 2017 se logró una productividad excepcional, que era imposible de mantener.

Personal médico del Hospital, publicó un artículo del grupo IV, uno del grupo III, un artículo del grupo II y 28 del grupo I, lo que representó una disminución del 34.8% en el número de publicaciones con respecto al 2017, en el cual se lograron 46 publicaciones. Este resultado aparentemente desfavorable se tuvo a que en 2017, se contó con una productividad excepcional del personal médico del Hospital, por la colaboración en estudios multicéntricos que resultaron en publicaciones. El 93.5% de las publicaciones por parte del personal médico fueron del grupo I-II, debido a que principalmente son publicaciones de casos clínicos en la revista del Hospital Juárez de México.

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

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, mayor en un 5.9% con respecto al 2017, periodo en el cual se contó con 17 investigadoras (es). Este resultado obedece a que en la convocatoria de ingreso, permanencia y promoción al SII 2018, ingresó al sistema una investigadora y un investigador, ambos en la categoría "C" y tres investigadores promocionaron de investigador con nombramiento ICM "A" a "C", otro investigador de ICM "A" a "B" y otro investigador de ICM "B" a "C". Asimismo, en dicha convocatoria, lograron su permanencia dos investigadores en la categoría de ICM "B" y "C". Por otro lado, una investigadora con nombramiento "A", dejó el cargo de mando medio del área médica en la primera quincena de septiembre, por lo que ya no fue contabilizada al cierre.

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



Categoría	Número de investigadores con nombramiento vigente en el SII		
	2016	2017	2018
ICM A	4	5	2
ICM B	3	4	4
ICM C	9	4	8
ICM D	2	3	3
ICM E	0	0	0
ICM F	1	1	1
Emérito	0	0	0
Total	19	17	18

Plantilla de Investigadores 2018					
No.	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Puesto	Categoría CCINSHAE
1	Tovar	Rodríguez	José María	ICM "A"	ICM "A"
2	Barbosa	Cobos	Rosa Elda	Jefe de Área	ICM "A"
3	Lugo	Zamudio	Gustavo Esteban	Director de Área	ICM "B"
4	Nieto	Velázquez	Nayeli Goreti	ICM "B"	ICM "B"
5	Razo Blanco	Hernández	Dulce Milagros	ICM "B"	ICM "B"
6	Ruíz	Pérez	Nancy Jannet	ICM "B"	ICM "B"
7	Bello	López	Juan Manuel	ICM "C"	ICM "C"
8	Bonilla	Delgado	José	ICM "C"	ICM "C"
9	Cortés	Malagón	Enoc Mariano	ICM "C"	ICM "C"
10	Flores	Estrada	José Javier	ICM "C"	ICM "C"
11	López	Ornelas	Adolfo	ICM "C"	ICM "C"
12	Sierra	Martínez	Mónica	ICM "C"	ICM "C"
13	Toscano	Garibay	Julia Dolores	ICM "C"	ICM "C"
14	Victoria	Acosta	Georgina	ICM "C"	ICM "C"
15	Moreno	Eutimio	Mario Adán	Jefe de División de Investigación	ICM "D"
16	Ortiz	López	María Guadalupe	ICM "F"	ICM "D"
17	Ramírez	Bello	Julian	ICM "D"	ICM "D"
18	Moreno	Rodríguez	José	Director de área, Investigación y Enseñanza	ICM "F"



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

La productividad de artículos del grupo I-II por investigadoras(es) con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas, fue de 0.7 artículos por investigador, mayor en un 16.6% a la alcanzada en 2017 que fue de 0.6.

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

La productividad de artículos de los grupos III-IV-V-VI-VII por investigadoras(es) con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas, fue de 0.9, mostrando un decremento del 25% con relación a la alcanzada en 2017 que fue de 1.2.

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

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, igual a la alcanzada en 2017.

6. Sistema Nacional de Investigadores.

El número de las y los investigadores con nombramiento por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue de 14, tres como “candidatos”, nueve con nombramiento de "Nivel I" y dos con "Nivel II". El aumento en tres miembros en el SNI se debió al ingreso al sistema de dos médicos adscritos al área médica que no cuentan con nombramiento en el SII y la contratación con plaza de ayudante de investigador de una investigadora perteneciente al sistema en el nivel I.

Número de Investigadores con nombramiento vigente en el SNI			
Nivel	2016	2017	2018
Candidato	2	2	3
SNI I	9	7	9
SNI II	1	2	2
SNI III	0	0	0
Total	12	11	14

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 2018, igual a la alcanzada en el 2017.



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

La proporción de publicaciones totales producidas por el Hospital en relación al número de investigadores con reconocimiento vigente en el SII e investigadores en el SNI, fue de 2.8 que corresponde a 61 artículos publicados entre 22 investigadoras(es) con reconocimiento vigente en el SII y/o en el SNI. Lo que representó una disminución del 33.3% a la alcanzada en 2017 que fue de 4.2 que correspondió a 80 publicaciones totales por parte de 19 investigadores.

9. Producción editorial.

Durante 2018 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.

Se concluyeron 93 tesis, de las cuales 89 tesis corresponden a especialidades médicas y tres tesis a Maestría y una tesis a Doctorado en Ciencias, lo que representó un aumento del 3.3% con relación al 2017, en el cual se registraron 90 tesis (89 tesis de especialidad médica y una de maestría).

11. Número de proyectos con financiamiento externo.

El número de proyectos de investigación vigentes que cuentan con financiamiento externo para su ejecución, fueron nueve, aumentando en un protocolo con relación al 2017.

Cuatro protocolos corresponden a financiamiento con la industria farmacéutica de los siguientes laboratorios: Laboratorios Senosian, Bayer Healthcare, Laboratorios Silanes y Laboratorios Medix; cuatro son protocolos financiados con fondos del CONACyT; de ellos dos con el fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, y dos con el Fondo SEP-CONACyT y un protocolo es financiado por el fondo de investigación del Instituto Científico Pfizer.

Número de proyectos con financiamiento externo			
Año	2016	2017	2018
Industria farmacéutica	2	3	4
Agencias no lucrativas	5	5	5
Total	7	8	9

12. Premios, reconocimientos y distinciones recibidos

En 2018 se lograron 10 premios, reconocimientos o distinciones, las cuales consistieron en tres promociones de categoría de los Investigadores en Ciencias Médicas del Hospital en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) de categoría "A" a "B", de "A" a "C" y de "B" a "C". Cinco Investigadores lograron el estímulo al



desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud por su sobresaliente productividad científica.

Además, dos trabajos presentados en diferentes foros científicos lograron un reconocimiento, un trabajo presentado en el LXXII Congreso Nacional de Inmunología Clínica y Alergia obtuvo el 3º lugar en el Concurso de Investigación del Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia (CMICA) 2018 y otro trabajo logró el 1º lugar en el 1º Encuentro Interinstitucional de Investigación Biomédica y Clínica dentro de las XI Jornadas Internacionales Médico-Quirúrgica del Hospital Juárez de México

Todos estos logros representaron un aumento considerable en el número de premios, reconocimientos y distinciones recibidos con respecto al mismo periodo de 2017, donde solo se alcanzó seis reconocimientos.

13. Líneas de Investigación más relevantes de la Institución

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



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

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



- 10 **Enfermedades autoinmunes.** Esta línea tiene como objetivo identificar variantes genéticas, en especial polimorfismos de un solo nucleótido, que se relacionan con la susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes en pacientes mexicanos, inicialmente las que se asocian con susceptibilidad y gravedad de la artritis reumatoide (AR). Se han identificado diversos genes asociados a AR, que codifican proteínas relacionadas con inflamación y autoinmunidad.

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

Publicaciones de Investigadoras(es) en Ciencias Médicas (ICM) con nombramiento vigente en el SII.

Grupo IV

1. Munguía-Moreno JA, Díaz-Chávez J, García-Villa E, Albino-Sánchez ME, Mendoza-Villanueva D, Ocadiz-Delgado R, Bonilla-Delgado J, Marín-Flores A, Cortés-Malagón EM, Álvarez-Ríos E, Hidalgo-Miranda A, Haydar-Celik AU, Lambert PF, Gariglio P. Early Synergistic interaction between the HPV 16-E7 oncoprotein and 17B-oestradiol for repressing the expression of Granzyme B in a cervical cancer model. *Int J Oncol.* 2018; 53(2):579-591.
2. Méndez-Salazar EO, Ortiz-López MG, Granados-Silvestre MLA, Palacios-González B, Menjivar M. Altered Gut Microbiota and Compositional Changes in Firmicutes and Proteobacteria in Mexican Undernourished and Obese Children. *Front Microbiol.* 2018;9:2494.

Grupo III

3. **Bello-López JM**, Bonilla-Cisneros C, Martínez-Albarrán A. HLA analysis of Mexican candidates for bone marrow transplantation and probability of finding compatible related donors. *Transfus Apher Sci.* 2018; 57(1):82-87.
4. **Bello-López JM**, Castañeda-García C, Muñoz-Estrada C, Machorro-Peréz AJ. External quality control program in screening for infectious diseases at blood banks in Mexico. *Transfus Apher Sci.* 2018; 57(1):97-101.
5. Ramírez-Florencio M, Jiménez-Morales S, **Barbosa-Cobos RE**, López-Cano JD, **Ramírez-Bello J**. High frequency of mutant thiopurine S-methyltransferase genotypes in Mexican patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2018;37(4):963-970.



6. **Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio G, Flores-Estrada J**, Teresa Becerril-M LT, Rodríguez-Henríquez P, Torres-González R, **Moreno-Eutimio MA, Ramírez-Bello J, Moreno J**. Serum substance P: an indicator of disease activity and subclinical inflammation in rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2018; 37(4):901-908.
7. **Ramírez-Bello J**, Cadena-Sandoval D, Mendoza-Rincón JF, **Barbosa-Cobos RE**, Sánchez-Muñoz F, Amezcua-Guerra LM, **Sierra-Martínez M**, Jiménez-Morales S. Tumor necrosis factor gene polymorphisms are associated with systemic lupus erythematosus susceptibility or lupus nephritis in Mexican patients. Immunol Res. 2018; 66(3):348-354.
8. Cadena-Sandoval D, Alemán-Ávila I, **Barbosa-Cobos RE**, Becerril-Mendoza LT, Fragoso JM, **Ramírez-Bello J**. Tumor necrosis factor (TNF) and TNFR1 polymorphisms are not risk factors for rheumatoid arthritis in a Mexican population. Mol Biol Rep. 2018; 45(3):227-232.
9. Rivera-Pérez j, Monter-Vera MR, Barrientos-Alvarado C, **Toscano-Garibay JD**, Cuesta-Mejías T, **Flores-Estrada J**. Evaluation of VEGF and PEDF in prostate cancer: A preliminary study in serum and biopsies. Oncol Lett. 2018; 15(1):1072-1078.
10. Rodríguez-Uribe G, Serafín-Higuera N, Damian-Morales G, **Cortés-Malagón EM**, García-Hernández V, Verdejo-Torres O, Campos-Blázquez JP, Trejo-Muñoz CR, Contreras RG, Ocadiz-Delgado R, Palacios-Reyes C, Lambert PF, Griep AE, Mancilla-Percino T, Escobar-Herrera J, Álvarez-Ríos E, Ugarte-Briones C, **Moreno J**, Gariglio P, **Bonilla-Delgado J**. HPV16-E6 Oncoprotein Activates TGF- β and Wnt/ β -Catenin Pathways in the Epithelium-Mesenchymal Transition of Cataracts in a Transgenic Mouse Model. Biomed Res Int. 2018; 2018:2847873.
11. León-Reyes G, Guzmán-Grenfell AM, Medina-Navarro R, Montoya-Estrada A, **Moreno-Eutimio MA**, Fuentes-García S, Perichart Perera O, Muñoz-Manrique C, Espino Y Sosa S, Hicks G JJ, Torres-Ramos YD. Is gestational diabetes mellitus in obese women predicted by oxidative damage in red blood cells?. Gynecol Endocrinol. 2018; 23:1-6.
12. **Ramírez-Bello J**, Cadena-Sandoval D, Fragoso JM, **Barbosa-Cobos RE, Moreno-Eutimio MA**, Saavedra-Salinas MÁ, Valencia-Pacheco G, López-Villanueva RF, Jiménez-Morales S. The VEGFA -1154G/A polymorphism is associated with reduced risk of rheumatoid arthritis but not with systemic lupus erythematosus in Mexican women. J Gene Med. 2018; 20(6):e3024.



13. **Sánchez-Pozos K, Ortiz-López MG**, Peña-Espinoza BI, Granados-Silvestre MA, Jiménez-Jacinto V, Verleyen J, Tekola-Ayele F, Sánchez-Flores A, Menjivar M. Whole-exome sequencing in maya indigenous families: variant in PPP1R3A is associated with type 2 diabetes. *Mol Genet Genomics*. 2018. 293 (5):1205-1216.
14. Soto ME, Montufar-Robles I, Jiménez-Morales S, Gamboa R, Huesca-Gómez C, **Ramírez-Bello J**. An association study in PTPN22 suggests that is a risk factor to Takayasu's arteritis. *Inflamm Res*. 2018.
15. Montúfar-Robles I, **Barbosa-Cobos RE**, Alemán-Ávila I, **Ramírez-Bello J**. IL-17A haplotype confers susceptibility to systemic lupus erythematosus but not to rheumatoid arthritis in Mexican patients. *Int J Rheum Dis*. 2018; 1-7.
16. González-Castro TB, Hernández-Díaz Y, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA, **Ramírez-Bello J**, Pérez Hernández N, Genis-Mendoza AD, Fresan A, Guzmán-Priego CG. The role of COMT gene Val108/158Met polymorphism in suicidal behavior: systematic review and updated meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14: 2485-2496.
17. Ibáñez-Cervantes G, León-García G, Castro-Escarpulli G, Mancilla-Ramírez J, **Victoria-Acosta G**, Cureño-Díaz MA, Sosa Hernández O, **Bello-López JM**. Evolution of incidence and geographical distribution of Chagas disease in Mexico during a decade (2007–2016). *Epidemiology & Infection*, 2018:1-7.

Grupo II

18. **Sierra-Martínez M**, Hernández-Cadena L, García-Sánchez JR, Acosta-Altamirano G, **Palacios-Reyes C**, Alonso-Themann PG, García-Ortiz L, Quintas-Granados LI, Reyes-Hernández OD. Predictive polymorphisms for breast cancer in postmenopausal Mexican women. *J Cancer Res Ther*. 2018; 14(3):640-646.
19. **Bello-López JM**, Delgado-Balbuena L, Rojas-Huidobro D, Rojo-Medina J. Treatment of platelet concentrates and plasma with riboflavin and UV light: Impact in bacterial reduction. *Transfus Clin Biol*. 2018; 25(3):197-203
20. Lima-Gómez V, **Razo Blanco-Hernández DM**, Somilleda-Ventura SA. Comparación de la densidad parafoveal entre sujetos sanos y diabéticos con y sin retinopatía. *Gac Med Mex*. 2018; 154 (Suppl 2): S30-S35.



21. Pardo-Pacheco BR, Pérez-Cruz E, **Nieto-Velázquez NG**, Asbun Bojalil J, **Moreno-Eutimio MA**. Tratamiento nutricional hiperprotéico precirugía bariátrica en obesidad mórbida. Cir Cir. 2018;86:508-514.

Grupo I

22. **Pérez-Cruz E**, Ortiz-Gutiérrez S, Guevara-Cruz M. Perfil nutricional en pacientes pediátricos de un hospital federal de referencia. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(1):15-19.
23. Ramírez-Marín R, **Razo-Blanco-Hernández DM**, Lima-Gómez V. Agudeza visual en la degeneración macular relacionada con la edad. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(4):191-195.
24. **Pérez-Cruz E**, Monroy-Chargoy A, Conde-Mercado JM, Méndez-Calderillo E. Comparación de la prueba de estrés con furosemida y biomarcadores séricos como predictores de la lesión renal aguda. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(4):196-202.
25. Mata-Rodríguez PO, **Razo Blanco-Hernández DM**, Lima-Gómez V. Características asociadas con agudeza visual < 20/30 un mes después de la facoemulsificación. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(2): 78-81.
26. Vargas-Hernández VM, Ventura-Quintana V, **Tovar-Rodríguez JM**, Vargas Aguilar VM. Ovarian Reserve and Breast Cancer .Archives of Reproductive Medicine and Sexual Health 2018; 1(2): 17-25.
27. Chávez-Ocaña S, Bravata-Alcántara JC, **Sierra-Martínez M**. Errores innatos del metabolismo, una mirada a un tópico poco valorado. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 159-167.
28. Vargas-Hernández VM, Machuca-Hernández VF, Ambriz Morales M, Torres Nieves L, **Tovar Rodríguez JM**, Rodríguez Blas AI. Abdominal Pregnancy and In Vitro Fertilization with Embryonic Transfer. Journal of Clinical Obstetrics, Gynecology & Infertility. 2018; 2 (1):1-6.
29. **Tovar Rodríguez JM**, Valle Molina L, Vargas Hernández VM, Hernández Aldana FJ, Hernández Vivar LE. Diferencia de la presión arterial entre brazos en un grupo de mujeres embarazadas y puérperas con y sin hipertensión arterial y su impacto sobre la persona recién nacida. Clin Invest Gin Obst. 2018.



30. Vargas-Hernández VM, **Tovar-Rodríguez JM**. Preeclampsia de la gravedad al beneficio oncológico. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85 (4): 00-00.

Publicaciones del personal médico del Hospital sin nombramiento en el SII.

Grupo IV

1. Jiménez-Hernández E, Fajardo-Gutiérrez A, Núñez-Enriquez JC, Martín-Trejo JA, Espinoza-Hernández LE, Flores-Lujano J, Arellano-Galindo J, Medina-Sanson A, Paredes-Aguilera R, Merino-Pasaye LE, **Velázquez-Aviña MM**, Torres-Nava JR, Espinosa-Elizondo RM, Amador-Sánchez R, Dosta-Herrera JJ, Mondragón-García JA, Valdés-Guzmán H, Mejía-Pérez L, Espinoza-Anrubio G, Paz-Bribiesca MM, Salcedo-Lozada P, Landa-García RÁ, Ramírez-Colorado R, Hernández-Mora L, Pérez-Saldivar ML, Santamaría-Ascencio M, López-Loyola A, Godoy-Esquivel AH, García-López LR, Anguiano-Ávalos AI, Mora-Rico K, Castañeda-Echevarría A, Rodríguez-Jiménez R, Cibrian-Cruz JA, Solís-Labastida KA, Cárdenas-Cardos R, Martínez-Avalos A, Flores-Villegas LV, Peñaloza-González JG, González-Ávila AI, Altamirano-García MB, López-Santiago N, Sánchez-Ruiz M, Rivera-Luna R, Rodríguez-Villalobos LR, Hernández-Pérez F, Olvera-Durán JÁ, García-Cortés LR, Mata-Rocha M, Sepúlveda-Robles OA, González-Bonilla CR, Bekker-Méndez VC, Jiménez-Morales S, Rosas-Vargas H, Mejía-Aranguré JM. A greater birthweight increases the risk of acute leukemias in Mexican children-experience from the Mexican Interinstitutional Group for the Identification of the Causes of Childhood Leukemia (MIGICCL). Cancer Med. 2018; 7(4):1528-1536.

Grupo III

2. **Macías-Cortés EDC**, Llanes-González L, Aguilar-Faisal L, Asbun-Bojalil J. Response to Individualized Homeopathic Treatment for Depression in Climacteric Women with History of Domestic Violence, Marital Dissatisfaction or Sexual Abuse: Results from the HOMDEP-MENOP Study. Homeopathy. 2018.

Grupo II

3. Cano-Palmeros MÁ, **Castañón-González J**, Cano-Quevedo MÁ, Morales-Uchino DS, Benavides-González A, Espinosa-Kuri A, Ruiz-Moreno DE. Auditoría transfusional en un Hospital de Alta Especialidad. Análisis retrospectivo de 12 meses. Gac Med Mex. 2017; 153(7):765-768.



Grupo I

4. Blanco-Vela CI, Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero AI, Martínez-García CL, Blanco-Velasco G, Zamora-Nava LE, Angulo-Molina D, **Cerna-Cardona J**, Sánchez-Chávez X, Murcio-Pérez E, Bada-Yllan O, Martínez-Camacho C, **Zamarripa-Dorsey F**, Hernández-Mondragón OV, González-Thompson JL, Beltrán-Escobar JG, López-Colombo A, Alonso Lárraga JO, Rodrigo Soto-Solís R, De Giau-Triulzi LF. Guías de diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Endoscopia. 2017; 29(3):173-195.
5. **Puebla-Miranda M, Gálvez-Juárez Y**. Tricotilomanía y sus hallazgos por dermatoscopia. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(4):226-228.
6. **Vargas-Hernández VM**. La asociación de la microbiota, virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(1):6-8.
7. **Miranda-Serrano NA, Rodríguez-Blas AI, Montaña-Alonso EA, Flores-San Martín D**. Biopsia renal guiada por ultrasonido; experiencia retrospectiva de una serie de casos. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(1):9-14.
8. **Delgado-Cortés HM, Sandoval-Flores MG, Alonso-Bello CD, Rivera-Pérez R, Martínez-Esteves MR, Conde-Mercado JM**. Relación de la sobrecarga del cuidador y el estado funcional con malnutrición en geriatría. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(1):20-25.
9. **Vargas-Hernández VM**, Vargas-Aguilar VM, Sosa-Durán EE, Aboharp-Hasan Z. Carcinosarcoma uterino. Neoplasia rara y mortal. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(1):26-38.
10. **Sosa-Hernández O**, Alarcón-Hernández GP, Matías-Téllez B, **Cureño-Díaz MA**. Clostridium difficile: cambio de paradigmas en la epidemiología hospitalaria y el control de infecciones. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(1): 39-44.
11. **Rivera-Flores AG, Mejía-Loza SMI, Pérez y López N, Felipe Zamarripa-Dorsey F**. Adenoma hepático. Caso clínico. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(1):45-48.
12. **Alonso-Bello CD, Reyes-Cetina IL, Delgado-Cortés HM, Mayté Martínez-Velázquez M, Arroyo-Mendoza ME**. Lesión hepática inducida por antirretrovirales. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(1):49-56.



13. Flores-Luna MG, López-Avila BE, **Liceaga-Escalera C**, Trejo-Irirarte CG, Rodríguez MA, Gómez-Clavel JF, Hernández-López HG, García-Muñoz A. Analysis of proteinic profile in oral lichen planus. Integr Mol Med. 2018.
14. **Coronado JA, Chávez MÁ, Manrique MA, Cerna J, Trejo AL**. Retroperitoneal epithelioid sarcoma: A case report. World J Gastrointest Endosc. 2017;9(12):579-582.
15. De Alba-Quintanilla F, **Casián-Castellanos GA**, De Alba Guevara CA. Dr. Juan José Quezada, precursor de la angiocardiografía en México. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(2): 114-119.
16. **Rodríguez-Blas AI**, Díaz-García JD, **Nápoles-Medina S, Hernández-Leal M, Casián-Castellanos GA**. Malformación arteriovenosa uterina. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(2): 100-104.
17. Hernández-Gálvez GA, Gómez-Zarco A, Becerra-Gálvez AL, **Hernández-Solís P**. Intervención cognitivo-conductual en un caso de lumbalgia. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(2): 94-99.
18. **Delgado-Cortés HM, García-Juárez FI**, García-Juárez I. La enfermedad por hígado graso no alcohólico y el trabajo del internista. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(2): 86-93.
19. **Pantaleón-Martínez C, Antonio-Manrique M, Chávez-García MA, Cerna-Cardona J, Pérez-Valle E, Espino-Cortés H**. Dilatación con balón de la papila de Vater más esfinterotomía en coledocolitiasis de difícil extracción. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(2): 82-85.
20. Palacios-Cañizares EJ, González-León FD, Hernández-Aguilar S, Sanabria-Trujillo R, Valenzuela-Téllez W, **Pinto-Angulo VM**, Rendón-Macías ME. Administración de analgésico de tipo opioide en el manejo de abdomen agudo. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(2): 70-77.
21. **Álvarez-Castello R**. Inhibidores de la bomba de protones. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 124-126.
22. **Robles-Pérez E**, Córdova-López JL, **López-Rodríguez R, Ramos-Cano VH, Robles-Pérez VE, Zamora-Gómez SE, Castañón-González JA, Hernández-López GD, Amezcua-Gutiérrez MA, Castillo-Medrano KJ, Garduño-López J, Montoya-Rojo**. Factores que inciden en la mortalidad de la mediastinitis aguda necrosante descendente. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 127-135.



23. Dhaity-Dhaity G, Núñez-Zárate P, Mejía-López MD, **Melo-Guzmán G**, Dhaity-Nuñez G, Dhaity-Nuñez JP. Farmacocinética del metotrexato y su combinación con arabinósido de citosina en niños con leucemia linfoblástica aguda. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 136-142.
24. **Alonso-Bello CD, Delgado-Cortés HM, Conde-Mercado JM, Pérez-Cruz E, Martínez-Velázquez M**, Romero-Vásquez H, Castro-Pérez J, Campos-González JRM. Predictores clínicos de influenza, ¿han cambiado?. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 143-148.
25. Nápoles-Medina S, León Cárdenas F, **Rodríguez-Blas A**. Apendicitis un enfoque radiológico. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 149-153.
26. **Del Bosque-Méndez J, Soto-Becerril OA, Hernández-Abarca E, Cervantes-González MA, Osorio-Castro LC, Rodríguez-Jerez C, Echeagaray-Sánchez HL, Gómez-de la Cruz CA**. Cáncer de paratiroides. Rev Hosp Jua Mex. 2018; 85(3): 168-172.
27. **Macías-Cortés EC, Llanes-González L**. Asociación entre síntomas climatéricos y depresivos en mujeres mexicanas. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(4): 00-00.
28. Velásquez-Gutiérrez E, Sanabria-Trujillo R, Hernández-Aguilar S, Francisco Pérez-Aguilar F, Ledesma-Maya JA, González-León FD, **Pinto-Angulo V**. Bloqueo del plano transversal abdominal: eficacia para control del dolor en colecistectomía laparoscópica. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(4): 00-00.
29. **Puebla-Miranda M, Vásquez-Ramírez M**, González-Ibarra M, **Torres-López IH**. Esporotricosis. Reporte de un caso ocupacional. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(4): 00-00.
30. Gamboa-López VR, **Soto-Becerril O, Abraham-Zúñiga L, Ramírez-Ramírez A**. Fascitis nodular cervical, una causa poco frecuente de masa en cuello. Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(4): 00-00.
31. Barajas-Nava LA, Sandoval-Campos A, Aguirre-Raya K. Ensayos clínicos publicados en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México: un análisis crítico. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018;75(4):244-254

Otros Aspectos

Presupuesto ejercido en investigación.

Durante el ejercicio 2018, el presupuesto ejercido del programa presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud” fue de \$2,650,800, el cual se utilizó para gasto de operación en la adquisición de reactivos e insumos para el desarrollo de las siguientes técnicas, necesarias para la ejecución de los diferentes protocolos de los investigadores con nombramiento vigente:

- Biología molecular (sondas de expresión génica y genotipificación con sistema TAQMAN, mezclas de reacción para hacer PCR en tiempo real y punto final).
- Estudio de proteínas (Marcadores de peso molecular, insumos para electroforesis y anticuerpos secundarios).
- Cultivos celulares (medios de cultivo).
- Citometría de flujo multiparamétrica (Anticuerpos marcadores con diferentes fluorocromos y estuches para análisis de proteínas solubles por citometría de flujo).

Estado de las Investigaciones.

Estado del protocolo	Iniciado en 2018	En proceso de años anteriores	Terminados	Suspendidos	Cancelados	Total
Número de protocolos	19	15	20	0	9	63

Número de protocolos por área de Investigación				
Biomédica	Clínica	Sociomédica/ Epidemiológica	Tecnológica	Total
28	34	0	1	63

Impacto de los Proyectos de Investigación

Los protocolos de investigación biomédicos, clínicos y tecnológicos que se están desarrollando e iniciaron en 2018 son en líneas prioritarias de salud del Hospital:

11 protocolos en obesidad y síndrome metabólico, 9 protocolos en retinopatía diabética y diabetes tipo 2, 10 protocolos en enfermedades infecciosas e inflamación, cinco en enfermedades cardiovasculares, cinco en enfermedades autoinmunes, dos en cáncer cervicouterino y de mama entre otros. Este conocimiento arrojado por la ejecución de los protocolos permitirá contribuir a la actualización, mejora de procedimientos y técnicas para el abordaje de esas enfermedades, de cómo prevenirlas y combatirlas. Lo que probablemente contribuirá al desarrollo del país en sus diferentes áreas productivas, con una mejor

calidad en la atención médica. Por lo tanto, constituyen beneficios potenciales a mediano y largo plazo.

Cursos de Investigación

Las y los Investigadores en Ciencias Médicas impartieron el IV Curso de metodología de la investigación para residentes, contando con la asistencia de 88 médicos en formación de las diferentes especialidades.

Convenios de Colaboración

Se firmó una modificación al convenio con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) para que la Oficina de Transferencia Tecnológica (OTT) del INMEGEN brinde apoyo al Hospital para definir posibles estrategias de protección en aquellos proyectos que se consideren tienen resultados susceptibles de protección.

Informe de Sesiones de Comités Internos

Durante 2018, el Comité de Investigación y el Comité de Bioseguridad sesionaron en 12 ocasiones de forma ordinaria y el Comité de Ética en Investigación sesionó en 14 ocasiones (nueve ordinarias y cinco extraordinarias). Se recibieron 36 protocolos de investigación para evaluación por parte de los Comités de los cuales únicamente fueron aprobados y autorizados 19 por parte de los tres Comités.

Logros de la Dirección de Investigación

Los logros más importantes durante el 2018 fueron:

- ✓ Se alcanzaron 30 publicaciones por las y los Investigadores en Ciencias Médicas con nombramiento vigente en el SII, de las cuales, 17 (56.6%) correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), y en 12 de estas publicaciones (70%) el autor principal y/o el autor correspondiente son investigadoras (es) del Hospital.
- ✓ Tres investigadores fueron promovidos de la categoría de Investigador en Ciencias Médicas ICM "B" a la "C", de ICM "A" a la "C" y de ICM "A" a "B"; dos investigadoras permanecieron, una en la categoría ICM "B" y otra en ICM "C"; y dos investigadores ingresaron al sistema en la categoría ICM "C" del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII).
- ✓ Cinco Investigadores fueron acreedores al estímulo económico del Programa de Estímulos al Desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud por su sobresaliente productividad científica.

Debilidades de la Dirección de Investigación

Las debilidades más importantes en 2018 fueron:

- ✓ Espacio físico insuficiente e inadecuado en las unidades de investigación, para el desarrollo de la investigación.
- ✓ Presupuesto destinado para realizar investigación, insuficiente.
- ✓ Equipos especializados sin programas de mantenimiento preventivo por falta de recurso.
- ✓ Equipos básicos para el desarrollo de la investigación como autoclave, refrigeradores y congeladores, descompuestos.

Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección de Investigación

Se presentan los avances del programa de Trabajo 2018, de la Dirección de Investigación.

- ✓ Se publicaron un total de 61 artículos, de los cuales 19 fueron de alto impacto (grupos III-VII), de las publicaciones de alto impacto destacan tres publicaciones de nivel IV que describen: la interacción sinérgica de la oncoproteína E7 de HPV16 con estradiol en un modelo de cáncer cervical (Int J Oncol. 2018;53(2):579-591), una publicación donde se describe que un mayor peso al nacer aumenta el riesgo de leucemias agudas en niños mexicanos (Cancer Med. 2018; 7(4):1528-1536) y una publicación donde se estudia la microbiota de niños con obesidad. (Front Microbiol. 2018;9:2494.)
- ✓ Se tienen diez investigadoras (es) pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), de 19 Investigadoras (es) con nombramiento vigente en el Sistema Institucional de Investigadores (SII). Asimismo, se cuenta con cuatro investigadoras (es) pertenecientes al SNI, sin nombramiento de Investigador por el SII.
- ✓ Tres investigadores fueron promovidos de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) "A" a "C", de "B" a "C" y de "A" a "C"; además dos Investigadores lograron su permanencia en el SII, uno en ICM "B" y otro en ICM "C".



Programa de Trabajo 2018

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 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>Porcentaje de trabajos presentados en el 3º Congreso de Investigación del Hospital.</p> <p>Formula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de trabajos de investigación presentados en el 3º Congreso de Investigación del Hospital por parte de los Investigadores vigentes en el Sistema Institucional de Investigadores (SI), / V2: Número de trabajos de investigación presentados en Congresos Nacional o Internacionales por parte de los Investigadores vigentes en el SI. x 100</p>	$\frac{5}{10} \times 100 = 50\%$	Anual	N/A	$15 / 37 \times 100 = 40\%$ Se superó la meta del número de trabajos presentados en diferentes foros científicos.
2	Fortalecer las unidades de investigación, mejorando sus procesos de integración y su infraestructura. Mejorar las instalaciones y contar con equipo de alta tecnología para que la investigación sea de primera calidad.		2.1.2 Propiedad intelectual industrial.	<p>Porcentaje de protocolos de investigación con potencial de generar una patente.</p> <p>Formula: 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 termiados) en el periodo x 100</p>	$\frac{1}{50} \times 100 = 2\%$	Anual	N/A	$0 / 54 \times 100 = 0\%$ Los protocolos vigentes en el 2018 no pueden ser susceptibles de patentar.
3	Crear las bases para en un futuro promover la transferencia del conocimiento con los sectores interesados, para contribuir al bienestar de la población en materia de salud. Establecer una vinculación entre ciencia básica e investigación clínica, que fortalezcan el conocimiento y su aplicación.		2.1.3 Reestructuración y creación de nuevos Laboratorios de Investigación.	<p>Porcentaje de proyectos de investigación aceptados para financiamiento por CONACYT.</p> <p>Formula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Preprouestas o propuestas aceptadas en convocatorias de financiamiento por CONACYT / V2: Preprouestas o propuestas de participación en convocatorias de financiamiento por CONACYT x 100</p>	$\frac{1}{6} \times 100 = 16.6\%$	Semestral / anual	N/A	$1 / 6 \times 100 = 16.6\%$ Se logró el financiamiento del protocolo: "Estudio de la regulación epigenética del organizador del genoma satb1 dependientes de dimorfismo sexual en la ontogenia de linfocitos T" y el efecto de su expresión sobre el transcrito. A1-s-48246" en la Convocatoria de Investigación Científica Básica 2017-2 018 SEP-CONACYT. En la modalidad de investigador joven.
4			2.1.5 Camabot	<p>Porcentaje de protocolo de investigación relacionados a la "Camabot".</p> <p>Formula: 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 termiados) en el periodo x 100</p>	$\frac{1}{50} \times 100 = 2\%$	Anual	N/A	$0 / 54 \times 100 = 0\%$ El proyecto CAMABOT no se ejecutó por el deceso del Dr. Mariano Gamboa Zúñiga, líder del proyecto del CINVESTAV, por lo que ya no se puede dar continuidad.



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

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 1.- Instrumentar políticas para promover e incrementar la inversión pública para la investigación científica, innovación y desarrollo en salud		
Estrategia 1.1: 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.	1.1.1. Promover el flujo de la inversión del sector público hacia la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud. 1.1.2. Establecer lineamientos que aseguren el apoyo financiero para investigación relacionada con problemas prioritarios. 1.1.3. Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos públicos.	DGPIS DGPIS DGPIS
Estrategia 1.2: 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
Estrategia 1.3: Involucrar los sectores académicos y gubernamentales para fortalecer la ciencia, tecnología e innovación en investigación.	1.3.1. Promover programas de financiamiento para proyectos de investigación multicéntricos. 1.3.2. Gestionar el incremento de la contribución de las instituciones aportantes al FOSSIS.	DGPIS DGPIS



Resultados Objetivo 1:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presupuesto federal destinado por la Secretaría de Salud a investigación.	DGPIS	DGPIS	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.		
Estrategia 2.1: Apoyar grupos existentes y fomentar la creación de nuevos grupos de investigación, sobre temas prioritarios, estratégicos o emergentes en salud.	2.1.1 Orientar proyectos interdisciplinarios para estudiar temas de investigación clínica básica y social.	Se contó con 14 protocolos vigentes interdisciplinarios de investigación en áreas clínica y biomédica.
	2.1.2 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 la infraestructura necesaria para desarrollar protocolos de investigación en células troncales, tejidos y órganos en materia de trasplante.
Estrategia 2.2: Gestionar proyectos de investigación con un enfoque multidisciplinario.	2.2.1 Fomentar investigaciones relacionadas con la mejora de los servicios públicos de salud.	Se contó con 54 protocolos vigentes relacionados con áreas prioritarias de salud, los cuales generarán nuevo conocimiento en diferentes áreas de la salud y que en un futuro podrían mejorar los servicios públicos de salud.
	2.2.2 Perfeccionar mecanismos de evaluación de la investigación basada en indicadores de calidad científica.	DGPIS
	2.2.3 Contribuir al desarrollo de nuevos métodos de terapia génica y celular.	Se tienen en proceso dos protocolos que contribuirán en un futuro con nuevos métodos de terapia génica en el campo de las enfermedades del tracto respiratorio y diabetes.
	2.2.4 Promover investigación socio-cultural con enfoque multidisciplinario que aborde los determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.	No se contó con protocolos que aborden las determinantes socio-culturales y biológicos que afectan la salud.
	2.2.5 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 los tumores nerviosos del sistema nervioso central y su relación con los campos magnéticos y un protocolo para el monitoreo de plomo en sangre de cordón umbilical.
Estrategia 2.3: Crear mecanismos para que las áreas normativas y operativas utilicen los	2.3.1 Establecer mecanismos para la aplicación de resultados de investigaciones exitosas en la solución de problemas o toma de decisiones.	Se publicaron 19 artículos de alto impacto, de los cuales 17 fueron por Investigadores en Ciencias Médicas y dos por personal médico, donde se tienen resultados muy prometedores, pero aún están lejos de que se traduzcan en beneficio para la población.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 2.- Establecer políticas que orienten la investigación hacia temas prioritarios, mejorar entornos laborales y sustento para la toma de decisiones.		
resultados de las investigaciones relacionadas con los problemas prioritarios y favorecer la toma de decisiones.	2.3.2 Promover que los resultados relevantes de las investigaciones se traduzcan en beneficios para la población.	Se publicaron 19 artículos de alto impacto, de los cuales 17 fueron por Investigadores en Ciencias Médicas y dos por personal médico, donde se tienen resultados muy prometedores, pero aún están lejos de que se traduzcan en beneficio para la población.
Estrategia 2.4: Instrumentar políticas públicas en materia de investigación y formación de recursos humanos para la investigación.	2.4.1 Fortalecer programas de formación de recursos humanos en investigación.	Conjuntamente con el Instituto Politécnico Nacional se impartió la maestría en Ciencias de la Salud.
	2.4.2 Fortalecer los criterios académicos y administrativos para la mejora de contratación de personal profesional para la investigación.	Siete investigadoras e investigadores participaron en la convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia del Sistema Institucional de Investigadores (SII) 2018 de la Secretaría de Salud, alcanzando: dos ingresos al sistema en la categoría de ICM "C"; tres promociones de ICM "B" a "C", de ICM "A" a "C" y de ICM "A" a "B"; y dos permanencias en ICM "C" y ICM "B". Además, tres ayudantes de Investigador en Ciencias Médicas (AICM) lograron su nombramiento de ingreso AICM "C".
	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.	Dos investigadoras y un investigador lograron ingresar al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) como candidatas y nivel I, respectivamente.
	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 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Proyectos financiados por el FOSISS			DGPIS
Vigencia en el Sistema Institucional de Investigadores.			DGPIS
Investigadores evaluados			DGPIS

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 3.- Establecer vinculación con otras instituciones en condiciones de interés y beneficio mutuos para la investigación.		
Estrategia 3.1: Promover el registro de la propiedad intelectual de las instituciones de salud y la comunidad científica.	3.1.1 Proporcionar asesoría y subsidios para validar y registrar patentes de nuevos productos y procesos originados en el campo científico.	DGPIS
Estrategia 3.2: Propiciar la transferencia y aplicación del conocimiento a la práctica.	3.2.1 Propiciar reglas transparentes para distribución de regalías resultantes de la obtención de patentes y licencias con beneficios para los involucrados.	DGPIS
Estrategia 3.3: Gestionar la simplificación administrativa de los procesos de investigación.	3.3.1 Incentivar la realización conjunta de desarrollos tecnológicos entre investigadores biomédicos, ingenieros y otros profesionales del área de tecnología.	DGPIS
	3.3.2 Desarrollar tecnologías para contribuir en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud mediante propuestas transdisciplinarias e interinstitucionales.	Se contó con 14 protocolos vigentes interdisciplinarios de investigación en área clínica y biomédica, los cuales en un futuro podrían traducirse en tecnologías que contribuyan en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en problemas de salud.
Estrategia 3.4: Actualizar la normatividad en materia de investigación para la salud.	3.4.1 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 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Patentes			DGPIS

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 4.- Establecer convenios de colaboración recíproca entre organismos para fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.		
Estrategia 4.1 Desarrollar estrategias para aprovechamiento de fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	4.1.1 Fomentar el aprovechamiento de las fuentes de financiamiento internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	No se participó en "Grants" internacionales, debido a que son para grupos muy consolidados de Investigación, sin embargo, el Hospital Juárez de México está en vías de formar grupos consolidados.
	4.1.2 Identificar y promover oportunidades de financiamiento internacionales para investigación y desarrollo tecnológico en salud.	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.
Estrategia 4.2: Fomentar cooperación internacional con un enfoque regional y fortalecer la gestión de financiamiento para investigación.	4.2.1 Implementar procesos de colaboración internacional estableciendo vínculos explícitos entre distintas organizaciones que intervienen en el desarrollo de la investigación.	Se presentaron un total de 37 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.
	4.2.2 Incentivar la participación de grupos de investigación para la salud en foros y organismos internacionales.	Se presentaron un total de 37 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.
Estrategia 4.3: Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible.	4.3.1 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 12 protocolos de investigación en colaboración con otras instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, CINVESTAV, OMS, entre otros.
	4.3.2 Favorecer el establecimiento de convenios interinstitucionales, intrainstitucionales nacionales o internacionales para el apoyo a la investigación para la salud.	Se firmó una modificación al convenio con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), para que la oficina de transferencia tecnológica del INMEGEN brinde apoyo al Hospital para definir posibles estrategias en aquellos proyectos que se consideren tienen resultados susceptibles de protección.
	4.3.3 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 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos en colaboración	80.0	67.2	<p>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2018 del Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”.</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 16% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 80%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 28.1% 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 32 artículos científicos programados en colaboración.</p> <p>Este resultado se debió a que se logró la publicación de nueve artículos más en colaboración, siete artículos de alto impacto y dos artículos del grupo II publicados en colaboración.</p>



		<p>Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 52.5% más, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos, a causa de la publicación de 12 artículos del grupo I sin colaboración por parte del personal médico.</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: El haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas lo que podría llevar a una sobreestimación de metas, a causa de las múltiples variables que inciden en el desarrollo de una investigación hasta su eventual publicación.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Seguir favoreciendo las publicaciones en colaboración.</p>
--	--	---



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.		
Estrategia 5.1: Gestionar el 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 2018 no se gestionaron plazas nuevas de investigador; no obstante, dos investigadores con plaza de Investigador en Ciencias Médicas (ICM) lograron su ingreso al Sistema Institucional de investigadores de la Secretaría de Salud (SII) con nombramiento de Investigador en Ciencias Médicas "C".
	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.	Conjuntamente con el Instituto Politécnico Nacional se impartió la maestría en Ciencias de la Salud.
Estrategia 5.2: 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 "IV Curso de metodología de la investigación para médicos residentes", contando con la participación de 88 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.	Conjuntamente con el Instituto Politécnico Nacional se impartió la maestría en Ciencias de la Salud.
	5.2.3 Promover vínculos entre jóvenes estudiantes e investigadores a través del Programa de Becas de inicio en la Investigación.	DGPIS
Estrategia 5.3: 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.	A través del sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud, se realizó la evaluación de siete investigadores para el ingreso, promoción y permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.
Estrategia 5.4: Incentivar la inversión del sector privado para fomentar la investigación	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 "IV Curso de metodología de la investigación para médicos residentes", contando con la participación de 88 residentes de las diferentes especialidades.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo 5.- Apoyar el incremento de infraestructura en instituciones de investigación para la salud para un mejor desarrollo de la investigación.		
para la salud, dirigidos a investigadores jóvenes.		
Estrategia 5.5: Incentivar la inversión del sector privado para la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.	5.5.1 Impulsar la creación del Programa de Financiamiento para el Desarrollo de la Investigación (PROFODI)	DGPIS
	5.5.2 Establecer normas administrativas para la regulación de compensaciones salariales de los investigadores con fondos externos.	DGPIS

Resultados Objetivo 5:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Becas de Inicio a la Investigación			DGPIS

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
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.		
Estrategia 6.1: 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.	6.1.1 Implementar un programa de comunicación permanente con la comunidad de investigadores.	Con el propósito de fomentar el desarrollo académico se realizaron 35 sesiones semanales de investigación y 28 bibliográficas.
	6.1.2 Establecer canales de comunicación con investigadores de otras instituciones del sector salud para el desarrollo de proyectos de investigación.	DGPIS
Estrategia 6.2: Fomentar la difusión de actividades y resultados relevantes de investigación para la salud.	6.2.1 Propiciar el acceso sobre resultados relevantes de investigación a la comunidad científica y población interesada.	Se presentaron un total de 37 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.
	6.2.2 Difundir a la comunidad de investigadores información sobre eventos académicos relacionados con investigación.	Se presentaron un total de 37 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
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.		
	6.2.3 Propiciar el acceso a resultados relevantes de la investigación para la salud para la comunidad de investigadores.	Se presentaron un total de 37 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.
	6.2.4 Operar un programa de comunicación sobre investigación utilizando las "redes sociales".	Se realizaron 19 publicaciones científicas de alto impacto, las cuales cuentan con sus respectivas redes sociales de la editorial.
Estrategia 6.3: Propiciar el intercambio de investigadores en estadías cortas entre instituciones internacionales.	6.3.1 Propiciar la vinculación entre investigadores a través de foros interactivos.	Se presentaron un total de 37 trabajos de investigación en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.
Estrategia 6.4: Involucrar a los sectores académicos, gubernamentales y empresariales para fortalecer la innovación.	6.4.1 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, 37 trabajos de investigación fueron presentados en diferentes comunidades científicas, de los cuales 31 fueron a nivel nacional y seis a nivel internacional.
Estrategia 6.5: Vigilar el seguimiento de la aplicación de los códigos nacionales e internacionales de bioética.	6.5.1 Establecer y vigilar la observancia de lineamientos para la integración y funcionamiento de los Comités de Investigación en las Unidades Coordinadas.	DGPIS
	6.5.2 Fomentar la capacitación sobre Buenas Prácticas en investigación a los Comités de Investigación Bioética y Bioseguridad.	Durante 2018 el Comité de Ética en Investigación (CEI) y el Comité de Bioseguridad (CB) actualizaron su Manual de Integración y Funcionamiento respectivo, considerando las Buenas Prácticas en Investigación.
	6.5.3 Implementar y operar una Unidad de Apoyo al Pre dictamen en coordinación con la COFEPRIS.	DGPIS
	6.5.4 Contribuir a la actualización de las normas de Bioética vigentes de acuerdo a los avances científicos y a las recomendaciones internacionales.	Durante 2018 el Comité de Ética en Investigación (CEI) y el Comité de Bioseguridad (CB) actualizaron su Manual de Integración y Funcionamiento respectivo, considerando las Buenas Prácticas en Investigación.
	6.5.5 Fomentar la capacitación de Buenas Prácticas en Investigación en la comunidad de investigadores.	Las y los Investigadores en Ciencias Médicas impartieron el "IV Curso de metodología de la investigación para médicos residentes", contando con la participación de 88 residentes de las diferentes especialidades.
	6.5.6 Establecer un programa de certificación o acreditación a investigadores no institucionales.	DGPIS
Estrategia 6.6 Establecer un Observatorio	6.6.1 Implementar y operar el Observatorio Institucional de Investigación para la Salud (OISS).	DGPIS



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
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.		
Institucional de Investigación para la Salud.		

Resultados Objetivo 6:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto.	30.0	31.1	<p>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2018 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".</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 3.7% en el porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas, con respecto a la meta programada de 30.0%.</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 12 artículos de alto impacto (2 Nivel IV, 10 Nivel III) que se tenían programados y adicionalmente, se adelantó la publicación de cinco artículos de nivel III que se tenían proyectados publicar para el 2019 por parte de los investigadores institucionales, aunado a lo anterior, se logró la publicación de dos artículos científicos de impacto alto en el cual se da crédito a la participación de la Institución (1 Nivel IV y 1 Nivel III) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del</p>



			<p>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 52.5% más, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos, a causa de la publicación de 14 artículos del grupo I por parte del personal médico publicaron en la revista del Hospital Juárez de México.</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: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
--	--	--	--



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo V.5 ESTRATEGIAS TRANSVERSALES		
Estrategia V.5.1: Democratizar la productividad.	Articular esfuerzos con los sectores público, privado y social para incrementar la inversión en investigación para la salud.	Se contó con nueve protocolos de investigación en proceso con financiamiento externo, de los cuales cuatro correspondieron a la industria farmacéutica y cuatro a los fondos del CONACyT y otro al fondo de investigación del Instituto Científico Pfizer.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo V.5.2 GOBIERNO CERCANO Y MODERNO		
Estrategia 5.2.1: 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.	A través del sistema Curriculum Vitae de Investigadores en Salud, se realizó la evaluación de siete investigadores para el ingreso, promoción y permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/} 2018
Objetivo V.5.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO		
Estrategia 5.3.1: Apoyo al personal que realiza investigación.	Propiciar el desarrollo académico que favorezca las actividades de investigación con perspectiva de género.	Se concluyeron 89 tesis de especialidad, de las cuales cuarenta y cuatro fueron realizadas por mujeres.



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

La Dirección de Investigación y Enseñanza del Hospital, informa los avances relevantes o destacables alcanzados durante el 2018:

- ✓ Se publicó un total de 61 artículos científicos del Hospital (30 por Investigadores en Ciencias Médicas vigentes y 31 por personal médico que no cuenta con nombramiento de Investigador en Ciencias Médicas), de los cuales 19 correspondieron a revistas de alto impacto (grupos III-VII), destacando tres del grupo IV, en el área de cáncer cervical, leucemia en niños y cambios en la microbiota en niños con obesidad.
- ✓ Se contó con 10 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 tres investigadoras y un investigador pertenecientes al SNI, que tienen nombramiento de Investigador por el SII.
- ✓ Tres investigadores fueron promovidos de la categoría de Investigador en Ciencias Médicas ICM "B" a la "C, de ICM "A" a la "C" y de ICM "A" a "B"; dos investigadoras permanecieron, una en la categoría ICM "B" y otra en ICM "C"; y dos investigadores ingresaron al sistema en la categoría ICM "C" del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud (SII).
- ✓ Cinco Investigadores fueron acreedores al estímulo económico del Programa de estímulos al desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud, por su sobresaliente productividad científica.



DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
INDICADOR		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	12.9	13.3	14.3	14.4	86.4	77.8	95.5	73.5
VARIABLE 1	Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo	9	10	10	14	19	14	21	36
VARIABLE 2	Total de artículos científicos institucionales publicados por la institución en revistas (grupos I-VII) en el periodo	70	75	70	97	22	18	22	49

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	90.0	74.4	80.0	67.2	La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2018 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud". 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 16% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 80%.
VARIABLE 1	Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo	36	58	32	41	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 28.1% 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 32 artículos científicos programados en colaboración. Este resultado se debió a que se logró la publicación de nueve artículos más en colaboración, siete artículos de alto impacto y dos artículos del grupo II publicados en colaboración.
VARIABLE 2	Total de artículos científicos institucionales publicados por la institución en revistas (grupos I-VII) en el periodo	40	78	40	61	Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 52.5% más, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos, a causa de la publicación de 12 artículos del grupo I sin colaboración por parte del personal médico. 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.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.



Resultados 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.

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas.	54.5	48.5	59.1	96.7	72.7	38.9	77.3	38.8
VARIABLE 1	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo	12	16	13	29	16	7	17	19
VARIABLE 2	Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo	22	33	22	30	22	18	22	49

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas.	30.0	42.3	30.0	31.1	<p>La meta comprometida en este indicador es la registrada en la Matriz de Indicadores para Resultados 2018 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".</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 3.7% en el porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas, con respecto a la meta programada de 30.0%.</p>
VARIABLE 1	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo	12	33	12	19	<p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se alcanzó la publicación de los 12 artículos de alto impacto (2 Nivel IV, 10 Nivel III) que se tenían programados y adicionalmente, se adelantó la publicación de cinco artículos de nivel III que se tenían proyectados publicar para el 2019 por parte de los investigadores institucionales, aunado a lo anterior, se logró la publicación de dos artículos científicos de impacto alto en el cual se da crédito a la participación de la Institución (1 Nivel IV y 1 Nivel III) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Institucional de Investigadores (SII), por lo que imposibilitaba su programación.</p>
VARIABLE 2	Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo	40	78	40	61	<p>Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 52.5% más, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos, a causa de la publicación de 14 artículos del grupo I por parte del personal médico publicaron en la revista del Hospital Juárez de México.</p> <p>61 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>

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.



Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2018. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2018 del Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud".



Informe de enero - diciembre 2018

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

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMAFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD"							
FIN (1)	Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	27.3	27.3	36.4	33.3	ROJO	<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 33.3% en el porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel, con respecto a la meta programada de 27.3%, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al ingreso en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de dos médicos especialistas (candidato y nivel I), que no cuentan con nombramiento en el SII, por lo tanto al cierre del ejercicio 2018, el Hospital contó con ocho investigadores en las categorías D-E-F del SII y/o investigadores vigentes en el SNI. Sin embargo, el número total de investigadores no se modificó debido a que dos investigadores del área médica causaron baja, una por haber dejado de ser mando medio y otro por no haberse ocupado una plaza vacante.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El contar con un mayor número de investigadores institucionales de alto nivel representa un riesgo mínimo, dado que un nuevo miembro del SNI del área médica diluye el total de publicaciones al dividirse entre un número mayor de investigadores.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Mantener contacto estrecho con los nuevos investigadores del SNI para que mantengan o incrementen su productividad.</p>
	Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de investigador en las categorías D-E-F del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	6	6	8			
	Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual X 100	22	22	22			
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	30.0	30.0	31.1	3.7	VERDE	<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 3.7% en el porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas, con respecto a la meta programada de 30.0%, 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 a que se alcanzó la publicación de los 12 artículos de alto impacto (2 Nivel IV, 10 Nivel III) que se tenían programados y adicionalmente, se adelantó la publicación de cinco artículos de nivel III que se tenían proyectados publicar para el 2019 por parte de los investigadores institucionales, aunado a lo anterior, se logró la publicación de dos artículos científicos de impacto alto en el cual se da crédito a la participación de la Institución (1 Nivel IV y 1 Nivel III) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento 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 52.5% más, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos, a causa de la publicación de 14 artículos del grupo I por parte del personal médico publicaron en la revista del Hospital Juárez de México.</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: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo	12	12	19			
	Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo X 100	40	40	61			



PROPÓSITO (3)	Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	2.0	2.0	2.3	15.0	ROJO	<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 15% en el promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel, con respecto a la meta programada de 2.0, 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 que se alcanzó la publicación de los 12 artículos de alto impacto que se tenían programados y adicionalmente se adelantó la publicación de cinco artículos (nivel III) que se tenían proyectados para el 2019, aunado a lo anterior, se logró la publicación de un artículo científico de impacto alto (nivel III) por parte del personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento en el Sistema Institucional de Investigadores (SI) pero sí en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI).</p> <p>Con respecto al 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 SI, ingresaron en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) dos médicos especialistas (candidato y nivel I), que no cuentan con nombramiento en el SI.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas lo que podría llevar a una sobreestimación de metas, a causa de las múltiples variables que inciden en el desarrollo de una investigación hasta su eventual publicación.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Continuar con las publicaciones de alto impacto, ya que la variación positiva es benéfica.</p>
	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	12	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 SI, en el periodo	6	6	8			
PROPÓSITO (4)	Porcentaje de artículos científicos en colaboración FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	80.0	80.0	67.2	16.0	ROJO	<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 16% en el porcentaje de artículos científicos en colaboración, con respecto a la meta programada de 80%, 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 28.1% 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 32 artículos científicos programados en colaboración.</p> <p>Este resultado se debió a que se logró la publicación de nueve artículos más en colaboración, siete artículos de alto impacto y dos artículos del grupo II publicados en colaboración</p> <p>Asimismo, este resultado impactó en el total de artículos científicos publicados en revistas (grupos I a VII) en un 52.5% más, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos, a causa de la publicación de 12 artículos del grupo I sin colaboración por parte del personal médico.</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: El haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas lo que podría llevar a una sobreestimación de metas, a causa de las múltiples variables que inciden en el desarrollo de una investigación hasta su eventual publicación.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Seguir favoreciendo las publicaciones en colaboración.</p>
	Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo	32	32	41			
	Total de artículos científicos institucionales publicados por la institución en revistas (grupos I-VII) en el periodo X 100	40	40	61			
COMPONENTE (9)	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	1.0	1.0	0.2	80.0	ROJO	<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 80% en el porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, con respecto a la meta programada de 1%, que lo sitúa en semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió que solamente se autorizó y ejerció un presupuesto para investigación por un monto de \$2,650,800.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El escaso financiamiento para el desarrollo de la investigación científica y desarrollo tecnológico de calidad, repercute en la productividad científica del Hospital.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</p>
	Presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, en el año actual	5,000,000	5,000,000	2,650,800			
	Presupuesto federal total institucional en el año actual X 100	495,060,000	495,060,000	1,481,161,643			



COMPONENTE (10)	Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	10.9	10.9	6.4	41.3	ROJO	<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 41.3% en la proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación y desarrollo tecnológico para la salud, con respecto a la meta programada de 10.9%, que lo sitúa en el semáforo de color rojo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que solo se contó con el financiamiento por el Fondo Sectorial de Investigación para la Educación (SEP-CONACYT) por un monto de \$170,000.00 (proyecto 242506) correspondiente a la tercera y última etapa del proyecto. Con relación al proyecto SEP-CONACYT 258765, se tenía programado el pago de la segunda etapa, sin embargo, este no fue liberado mientras no haya un dictamen favorable a la conclusión de la etapa previa por parte del CONACYT.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El escaso presupuesto complementario para impulsar la investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, podrá repercutir en la productividad científica del Hospital.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.</p>
	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año actual	544,000	544,000	170,000			
	Presupuesto federal institucional destinado a investigación en el año actual	5,000,000	5,000,000	2,650,800			
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	93.3	6.7	AMARILLO	<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 6.7% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que por error se programó una plaza más, no obstante, solamente se ocuparon 14 de las 15 plazas de investigador autorizadas a causa de la renuncia de una investigadora.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El contar con una plaza de investigador vacante no representa un riesgo, debido a que la investigadora que ocupará la plaza se encuentra adscrita al Hospital y es miembro del SNI, por lo que su productividad alcanzada se contempla en los investigadores institucionales del Hospital.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</p>
	Plazas de investigador ocupadas en el año actual	16	16	14			
	Plazas de investigador autorizadas en el año actual X 100	16	16	15			
ACTIVIDAD (14)	Promedio de productos por investigador institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	0.9	0.9	1.5	66.7	ROJO	<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 66.7% en el promedio de productos por investigador institucional, con respecto a la meta programada de 0.9, 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 adicionales, con respecto a la meta programada de 20. Este resultado obedece a las cinco publicaciones de alto impacto anticipadas por los investigadores institucionales, un artículo de nivel III y otro de nivel II por investigadores que no cuentan con nombramiento del SII pero sí del SNI, además de la publicación de cinco artículos de Nivel I-II, que no estaban considerados en estas categorías por parte de investigadores institucionales.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El haber logrado una mayor productividad de artículos científicos de impacto alto derivado de publicaciones anticipadas lo que podría llevar a una sobreestimación de metas, a causa de las múltiples variables que inciden en el desarrollo de una investigación hasta su eventual publicación.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Seguir impulsando las publicaciones por parte de investigadores institucionales.</p>
	Productos institucionales totales, en el periodo	20	20	32			
	Total de Investigadores institucionales vigentes* en el periodo	22	22	22			

Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, en el **Programa Presupuestal E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en salud”**, se reportaron un total de **8 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	1	6	8

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

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

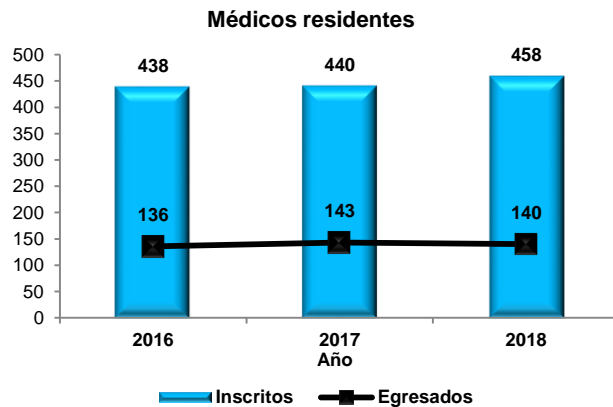
No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
1	Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel de	27.3	36.4	33.3	Superior	Este resultado se debió al ingreso de dos investigadores del área médica en el SNI, que no cuentan con nombramiento en el SII.	
3	Promedio de artículos de alto impacto publicados por investigadores institucionales de alto nivel	2.0	2.3	15.0	Superior	Se reflejó un mayor promedio de artículos de alto impacto por investigador, derivado de las publicaciones anticipadas (5) por parte de los investigadores vigentes y una publicación por un nuevo miembro del área médica que pertenece al SNI, que no estaban consideradas en la programación de metas. No obstante, del incremento de dos investigadores más al SNI del área médica.	



No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
4	Porcentaje de artículos científicos en colaboración	80.0	67.2	16.0	Inferior	El lograr un mayor número de artículos, impacto en un mayor número de artículos en colaboración con respecto a los programados, sin embargo, este resultado no favoreció a la relación con artículos totales.	
9	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	1.0	0.2	80.0	Inferior	El resultado de este indicador se vio afectado por el presupuesto real autorizado y ejercido por un monto de \$2,650,800; con respecto al programado de \$5,000,000. Con relación al presupuesto federal autorizado de la Institución que fue de \$1,481,161,643.	Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.
10	Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	10.9	6.4	41.3	Inferior	Este resultado se debió a que solo se contó con la tercera etapa del financiamiento de un proyecto del Fondo Sectorial de Investigación para la Educación (SEP-CONACYT).	Fomentar la participación en convocatorias de Instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación.
14	Promedio de productos investigador institucional	0.9	1.5	66.7	Superior	El contar con una mayor productividad con respecto a la programada, se reflejó en el promedio de productos por investigador institucional.	

ENSEÑANZA

1. Total de Médicos Residentes.



Al inicio de este ciclo académico, el número de ingresos y reinscripciones a los cursos de posgrado de especialidad y de alta especialidad fue de 463 médicas/os residentes. Sin embargo, se dieron de baja cinco médicas/os residentes por razones personales, (cirugía general, anatomía patológica, nefrología anestesiología y oftalmología), permaneciendo al periodo de reporte, un total de 458 médicas/os residentes, cifra que se incrementó en un 4% con respecto a los 440 médicos/as

residentes reportados en el mismo periodo de 2017.

Este resultado se debió al prestigio que tiene el Hospital Juárez de México en la formación de médicos especialistas reconocidos nacional e internacionalmente, lo que permitió que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud otorgara más becas, beneficiando a los médicos residentes al adquirir competencias profesionales integradas necesarias para brindar una atención médica eficiente, efectiva, con calidez y ética orientada a la calidad y seguridad del paciente.

En febrero de 2018, egresaron del ciclo académico 2017-2018 un total de 140 médicas/os residentes, (118 de los cursos universitarios de especialización y 22 de alta especialidad), lo que representa una disminución de 2.1% respecto al periodo 2016-2017 que fue de 143 médicas/os residentes egresados.

Número de Residentes Extranjeros.

En marzo de 2018, ingresaron a los cursos universitarios de especialidad y de alta especialidad un total de 55 médicas/os residentes extranjeros, de los cuales 50 se inscribieron a los cursos de especialización y cinco a los cursos de alta especialidad, mostrando una disminución del 14.1% con relación a los registrados en el ciclo académico anterior, que fue de 64 médicas/os residentes extranjeros. Este resultado podría deberse a factores económicos y a la transición política del país, que favoreció una menor migración académica.

Médicos Residentes por Cama.

El número de residentes por cama, continúa siendo de un médica/o residente por cama.



2. Residencias de Especialidad.

Durante el periodo de reporte, los cursos Universitarios de Especialidad fueron 26, igual a los reportados en el mismo periodo de 2017

A continuación se listan las especialidades por género:

No.	Cursos Universitarios de Especialización	Masculino	Femenino	Total
1	Anatomía patológica	7	4	11
2	Anestesiología	11	20	31
3	Biología de la reproducción humana	5	5	10
4	Cardiología	8	4	12
5	Cirugía general	23	4	27
6	Cirugía maxilofacial	8	4	12
7	Cirugía oncológica	9	1	10
8	Gastroenterología	10	6	16
9	Ginecología oncológica	5	7	12
10	Ginecología y obstetricia	11	22	33
11	Hematología	0	2	2
12	Imagenología diagnóstica y terapéutica	17	7	24
13	Medicina crítica	5	2	7
14	Medicina interna	25	20	45
15	Nefrología	6	4	10
16	Neuroanestesiología	3	3	6
17	Neurocirugía	21	3	24
18	Neurología	2	4	6
19	Oftalmología	7	4	11
20	Ortopedia y traumatología	13	4	17
21	Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	8	5	13
22	Pediatría	7	22	29
23	Reumatología	2	6	8
24	Terapia endovascular neurológica	5	0	5
25	Urgencias médico-quirúrgicas	8	8	16
26	Urología	15	1	16
Total		241	172	413

3. Cursos de Alta Especialidad.

Los cursos de alta especialidad fueron ocho, uno menos que en el mismo periodo de 2017, debido a la baja del Curso de Córnea y Cirugía Refractiva por falta de equipo láser excimer.



En la siguiente tabla, se muestra el desglose del número de residentes por género de los cursos de alta especialidad del periodo 2018.

No.	Cursos Universitarios de Alta Especialidad	Masculino	Femenino	Total
1	Cardiología intervencionista	3	0	3
2	Ecocardiografía	3	0	3
3	Endoscopia gastrointestinal	8	4	12
4	Medicina del dolor y cuidados paliativos del adulto	0	6	6
5	Motilidad gastrointestinal	0	3	3
6	Oncología quirúrgica de cabeza y cuello	5	1	6
7	Toxicología aplicada a la clínica	3	5	8
8	Trasplante renal	3	1	4
Total		25	20	45

4. Cursos de Pregrado.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se impartieron 157 cursos de pregrado, la diferencia con respecto al periodo de reporte 2017 se debió a la forma de registrar los cursos de pregrado por institución educativa.

En la siguiente tabla, se listan los cursos:

Nombre Curso	Institución Procedencia	No. cursos
Internado Médico de Pregrado Generación enero – diciembre 2018	UNAM, UAM Xochimilco, La Salle, Anáhuac, Justo Sierra, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad Autónoma de Hidalgo	1
Internado Médico de Pregrado Generación julio 2017 - junio 2018	Instituto Politécnico Nacional, Tominaga Nakamoto, La Salle, Justo Sierra, UAM Xochimilco, Universidad Autónoma de Chiapas, Universidad de Ensenada, Universidad Autónoma de Nayarit, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.	1
Neurología	Facultad de Medicina UNAM	4
Cardiología	Facultad de Medicina UNAM	2
Gastroenterología	Facultad de Medicina UNAM	2
Hematología	Facultad de Medicina UNAM	1
Otorrinolaringología	Facultad de Medicina UNAM	1
Neumología	Facultad de Medicina UNAM	2
Psiquiatría	Facultad de Medicina UNAM	2
Anatomía Patológica	Facultad de Medicina UNAM	2
Nefrología	Facultad de Medicina UNAM	1
Urología	Facultad de Medicina UNAM	1
Endocrinología	Facultad de Medicina UNAM	1



Dermatología	Facultad de Medicina UNAM	2
Nutrición	Facultad de Medicina UNAM	2
Oftalmología	Facultad de Medicina UNAM	2
Ginecología y Obstetricia	Facultad de Medicina UNAM	1
Rehabilitación	Facultad de Medicina UNAM	1
Pediatría	Facultad de Medicina UNAM	1
Algología	Facultad de Medicina UNAM	1
Ortopedia	Facultad de Medicina UNAM	1
Geriatría	Facultad de Medicina UNAM	1
Ginecología y Obstetricia	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	2
Pediatría	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	2
Patología del Adulto	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	1
Angiología	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	1
Introducción a la Clínica	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	4
Terapéutica Médica	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	4
Fisiopatología General	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	3
Clínica del Aparato Respiratorio	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	4
Clínica del Aparato Musculoesquelético	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	4
Otorrinolaringología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	1
Dermatología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	1
Infectología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	1
Clínica del Aparato Digestivo	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	2
Anatomía Patológica Especial	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	1
Hematología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	4
Urología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	3
Nefrología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	2
Clínica del Aparato Cardiovascular	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	3
Neurología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	2
Geriatría	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	2
Oncología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	1

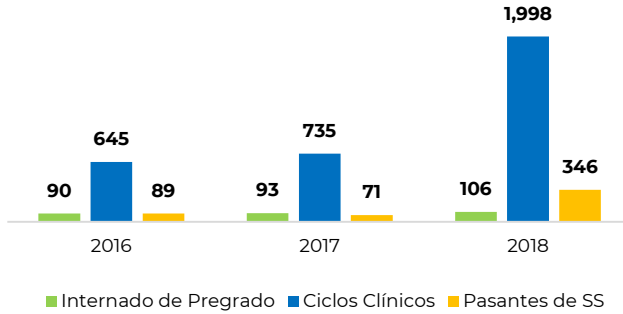


Psiquiatría	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	2
Cardiología	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	2
Hematología	Escuela Nacional de Homeopatía	3
Oncología	Escuela Nacional de Homeopatía	5
Cardiología	Escuela Nacional de Homeopatía	2
Farmacología	Escuela Nacional de Homeopatía	2
Nefrología	Universidad Anáhuac	4
Dermatología	Universidad Anáhuac	2
Gastroenterología	Universidad Anáhuac	2
Traumatología y Ortopedia	Universidad La Salle	4
Ginecología y Obstetricia	Universidad La Salle	3
Ginecología y Obstetricia	Universidad Tominaga Nakamoto	1
Urología	Universidad Tominaga Nakamoto	2
Hematología	Universidad Tominaga Nakamoto	2
Pediatría	Universidad Tominaga Nakamoto	2
Urología	Universidad Justo Sierra	1
Otorrinolaringología	Universidad Justo Sierra	1
Psiquiatría	Universidad Justo Sierra	3
Oftalmología	Universidad Justo Sierra	1
Geriatría	Universidad Justo Sierra	1
Gastroenterología	Universidad Justo Sierra	3
Patología	Universidad Justo Sierra	3
Neumología	Universidad Justo Sierra	1
Endocrinología	Universidad Justo Sierra	1
Seminario Clínico	Universidad Justo Sierra	1
Cardiología	Universidad Justo Sierra	1
Dermatología	Universidad Autónoma Metropolitana	5
Gerontología	Universidad Estatal del Valle de Ecatepec	4
Gastroenterología	St. Luke Escuela de Medicina	1
Patología	St. Luke Escuela de Medicina	1
Neurología	St. Luke Escuela de Medicina	1
Nutrición	St. Luke Escuela de Medicina	1
Endocrinología	St. Luke Escuela de Medicina	1
Dermatología	St. Luke Escuela de Medicina	1
Genética	St. Luke Escuela de Medicina	1
Oftalmología	St. Luke Escuela de Medicina	1
Introducción a la Clínica	St. Luke Escuela de Medicina	2
Terapéutica Médica	St. Luke Escuela de Medicina	2
Total		157



Pregrado

Alumnos de Pregrado



La gráfica muestra la comparación de los años 2016 al 2018 en el número de internos de pregrado, alumnos de ciclos clínicos y pasantes de servicio social.

Internado de Pregrado.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, el número de médicos internos de pregrado fue de 106; mostrando un incremento del 14% con respecto a los 93 internos reportados en el mismo periodo de 2017. El resultado se debió a que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud autorizó 13 plazas de las escuelas y universidades: Facultad de Medicina UNAM, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad Autónoma de Chiapas y Universidad Autónoma de Nayarit.

La Institución cuenta con la capacidad instalada necesaria para la práctica de actividades inherentes al internado y tiene una plantilla completa de docentes, las y los alumnos de internado de pregrado se benefician al adquirir mayores conocimientos que contribuyen a una mejor atención de pacientes en hospitalización y urgencias.

Institución Educativa	Médicos internos de pregrado		
	2016	2017	2018
Facultad de Medicina de la UNAM	37	38	43
Escuela Superior de Medicina del IPN	20	19	20
Escuela de Medicina Justo Sierra	11	11	11
Escuela Mexicana de Medicina Universidad La Salle	8	8	8
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	8	8	7
Escuela de Medicina de U. Anáhuac	0	3	3
Escuela de Medicina Tominaga Nakamoto	3	2	2
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	2	2	5
Universidad Autónoma de Tamaulipas	1	2	2
Universidad Autónoma de Chiapas	0	0	2
Universidad Autónoma de Hidalgo	0	0	1
Universidad de Ensenada	0	0	1
Universidad Autónoma de Nayarit	0	0	1
Total	90	93	106



Ciclos Clínicos de Pregrado

Durante enero a diciembre de 2018, el número de alumnos de ciclos clínicos fue de 1,998; mostrando un incremento del 171.8% con relación a los 735 alumnos reportados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que las instituciones educativas y otros hospitales solicitaron apoyo al Hospital Juárez de México para la impartición de clases, ya que resultaron dañados por los desastres naturales ocurridos en el segundo semestre de 2017, impactando en el número de alumnos por grupo y cursos como subsede.

Para evitar el impacto negativo en la calidad de la educación se informó a esas instituciones que no hay posibilidad de recibir un mayor número de alumnos en los siguientes ciclos escolares; además se ha optimizado el uso de las aulas.

Con la finalidad de programar correcta y eficientemente el uso de aulas y actividades de pregrado, se ha implementado el control y organización de documentos por institución educativa de procedencia, periodo escolar, número de alumnos y docentes.

Las escuelas de procedencia de los alumnos son:

Institución	No. de alumnos		
	2016	2017	2018
Escuela Superior de Medicina IPN	204	235	591
Escuela de Medicina y Homeopatía IPN	167	130	251
Facultad de Medicina de la Universidad La Salle	40	102	150
Facultad de Medicina UNAM	100	95	381
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM	38	47	60
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac	24	37	103
Escuela de Medicina de la Universidad Justo Sierra	42	36	83
Escuela de Medicina Universidad Tominaga Nakamoto	30	24	98
St. Luke Escuela de Medicina	0	29	47
Escuela de Medicina Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (solo en el área de pediatría)	0	0	41
Escuela de Medicina Universidad Autónoma Metropolitana	0	0	82
Universidad Estatal del Valle de Ecatepec	0	0	111
Total	645	735	1,998

5. Número de Estudiantes en Servicio Social.

Durante el periodo enero a diciembre de 2018, el número total de pasantes de servicio social de nivel licenciatura, técnico y bachillerato fue de 346, mostrando un



incremento del 387.3% en comparación con los 71 estudiantes registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió al mayor número de plazas asignadas por la Secretaría de Salud a Escuelas de Enfermería, y a la solicitud de apertura de campos para diferentes Escuelas y Universidades como Trabajo Social (UNAM), Odontología (Universidad Autónoma de Guerrero y Universidad Latinoamericana), Psicología (Instituto Politécnico Nacional), Nutrición (Escuela Nacional Preparatoria, y Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas), Radiología (CETIS y Escuela de Técnicos en Radiología) y Laboratorio e Investigación (Escuela Nacional Preparatoria, Colegio de Ciencias y Humanidades).

Cabe señalar que el número de pasantes aceptados es con base a las necesidades y capacidad en cada una de las áreas, autorizado por los jefes de servicio.

Nivel licenciatura	No. de alumnos de servicio social		
	2016	2017	2018
Enfermería	48	35	161
Odontología	4	7	9
Medicina física	3	4	23
Nutrición	5	3	16
Optometría	5	2	4
Medicina	2	1	1
Psicología	5	0	8
Trabajo Social	0	0	17
Biología	0	0	4
Subtotal	72	52	243

Nivel técnico	No. de alumnos de servicio social		
	2016	2017	2018
Inhaloterapia	7	6	33
Radiología	5	9	30
Laboratorio clínico	5	4	21
Investigación	0	0	13
Banco de Sangre	0	0	1
Patología	0	0	5
Subtotal	17	19	103
Total	89	71	346

6. Número de Alumnos de Posgrado.

Durante el 2018, el número de alumnos de posgrado registrados fue de 458 médicas/os residentes, con un incremento del 4%, comparativamente con el mismo periodo de 2017, que fue de 440 médicos en formación.

7. Cursos de Posgrado.

Durante el 2018 se ofertó la Maestría en Ciencias de la Salud, con la participación de cinco asistentes.

8. Número de Autopsias.

% Número de autopsias / Número de fallecimientos.

El total de fallecimientos registrados durante el 2018, fue de 922 defunciones de las cuales se realizaron 10 autopsias, representando el 1.1%, cifra similar a la registrada en el mismo periodo de 2017 que fue de 1.2% donde se registraron 854 fallecimientos y 10 necropsias. Como acción de mejora se continúa sensibilizando y concientizando al personal médico y familiares respecto a la importancia que tiene la autopsia en la docencia, la investigación y como garantía de la calidad de la medicina.

9. Participación Extramuros.

En el 2018, el total de rotaciones de otras instituciones y hacia otras instituciones de salud, se muestran en el siguiente cuadro:

Rotaciones	2016	2017	2018
De otras instituciones	480	492	492
A otras instituciones	472	476	439

a) Rotaciones de otras instituciones:

El total de rotaciones de otras instituciones hacia el Hospital Juárez de México fue de 492 rotaciones, como se muestra en el cuadro anterior, con respecto al 2017, las cifras se mantienen constantes, debido a la correcta programación de las rotaciones al inicio del ciclo académico, beneficiando la formación de los estudiantes de medicina en aspectos académicos, desarrollo personal y mayor criterio del estudiante para la toma de decisiones.

b) Rotaciones a otras instituciones:

El total de médicas/os residentes rotantes a otras instituciones de salud, fue de 439 residentes, cifra que disminuyó en 7.7% en comparación con el periodo 2017, que fue de 476 rotaciones. Este resultado se debió a que se reforzó el cumplimiento de la NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

Las principales Instituciones de salud a las que rotan los médicos residentes, son las siguientes:

Rotaciones de Médicos Residentes a otras Instituciones			
Institución	2016	2017	2018



Institutos Nacionales de Salud.	118	128	126
I.M.S.S.	87	80	73
I.S.S.S.T.E.	60	49	55
Hospitales privados	71	47	37
Hospitales Federales de Referencia	21	46	51
S.S. CDMX	35	38	29
S.S: Tlaxcala (Rotación de campo)	19	32	32
S.S: Querétaro (Rotación de campo)	11	18	14
S.S: Chiapas (Rotación de campo)	9	11	10
Hospital Militar	12	10	4
I.S.E.M.	13	7	3
I.S.S.S.E.M.Y.M.	2	6	2
Facultad de Medicina UNAM	2	2	0
Estados Unidos	2	1	2
España	1	1	1
H. U. Nuevo León	4	0	0
H.R.A.E Oaxaca	2	0	0
H.R.A.E. Yucatán	2	0	0
S.S. Puebla (Rotación de campo)	0	0	0
S.S. Hidalgo (Rotación de campo)	0	0	0
Cruz Roja	0	0	0
India	1	0	0
Total	472	476	439

10. Porcentaje de Eficiencia Terminal.

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

En 2018, la eficiencia terminal fue del 100%, cifra igual a la reportada en el 2017.

11. Enseñanza en Enfermería.

Cursos de Pregrado.

En 2018, se impartieron un total de 22 cursos de actualización de enfermería, cuatro menos que en el mismo periodo de 2017 que fue de 18 cursos. Esta variación se debió a la reprogramación de cursos de la Escuela de Enfermería por el cambio de sede y a la modificación del enfoque de algunos cursos de actualización.

El número de asistentes fue de 1,837 profesionales de la salud, mostrando un incremento de 3.6% con respecto a los 1,774 asistentes registrados en 2017.

Los cursos de educación continua de enfermería impartidos por las instancias encargadas, fueron los siguientes:

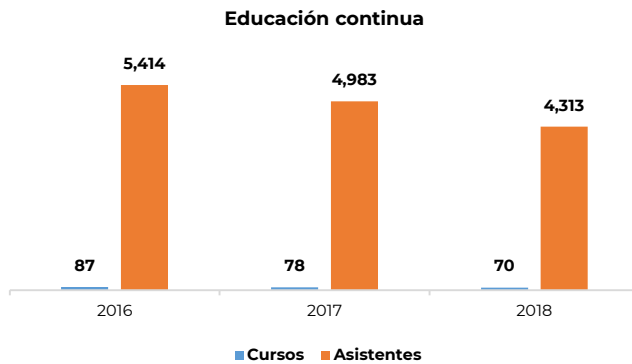


No.	Escuela de Enfermería	Asistentes
1	Compromiso ético de la enfermera como líder en la gestión del cuidado	11
2	Metas internacionales sobre seguridad del paciente	15
3	Interrelación Nanda Nic Noc en los planes de cuidado	12
4	Atención primaria a la salud del adulto mayor: avances y retos	12
5	Competencias básicas para el éxito personal y profesional	12
6	La farmacovigilancia. uso, abuso y resistencia farmacológicas	10
7	Comunicación efectiva y su impacto en las relaciones humanas	24
8	Resiliencia para el desarrollo personal	13
9	Oratoria, el arte de hablar en público	8
10	Coaching en salud	18
Total		135

No.	Asamblea de Enfermeras	Asistentes
1	Farmacología y terapia de infusión para el profesional de enfermería	194
2	Manejo interinstitucional del recién nacido: protocolos, norma	119
3	II Curso de calidad y seguridad en el cuidado de enfermería al paciente neurocrítico	115
4	II Curso de calidad y seguridad en la atención al paciente con enfermedad renal crónica	54
5	VII Jornadas enfermería en la atención al adulto en estado crítico	180
6	IV Gestión e innovación en esterilización hospitalaria	24
7	IX Curso tanatología para enfermeras	144
8	El profesional de enfermería en el cuidado al paciente oncológico	38
Total		868

No.	Jefatura de Enfermería	Asistentes
1	Calidad y seguridad: "Las buenas prácticas en el perioperatorio"	280
2	III Curso "Calidad de la atención al paciente cardiológico en estado crítico"	187
3	Curso taller diseño de protocolo de investigación	67
4	Gerencia del Cuidado "Hacia un Modelo Multidisciplinar en la Alta Especialidad"	300
Total		834

12. Cursos de Actualización (Educación Continua).



Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se impartieron un total de 70 cursos de educación continua, lo que representa un decremento del 10.3% con respecto a los 78 cursos impartidos en el mismo periodo de 2017.

La eficacia en la impartición de cursos de educación continua fue del 97.3%, mientras que en 2017 el resultado fue de 84.8%; este resultado permitió contribuir al conocimiento especializado a los profesionales de la salud de la red de servicios hospitalarios.

Con relación al número de profesionales de la salud, se registró una participación de 4,313 asistentes, de los cuales 3,113 fueron mujeres y 1,200 hombres; observando una disminución del 13.4% con relación al mismo periodo de 2017, en el cual se registraron 4,983 participantes. Este resultado se debió a una menor participación por parte de los profesionales de la salud principalmente en los cursos de: Abordaje Clínico y Diagnóstico del Paciente en Estado de Coma, Obstetricia Crítica: Emergencias y Tópicos Actuales, II Curso de Intervención de Medicina del Deporte en el Tercer Nivel de Atención, Manejo Integral del Paciente Crítico en Urgencias y VIII Curso Interinstitucional de Urgencias Trauma. Además de la cancelación de dos cursos.

No.	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Microcirugía oftalmológica I	22 al 26 de enero	3
2	Curso de apoyo vital en trauma (ATLS)	26 y 27 de enero	15
3	Microcirugía I neurocirugía	29 de enero al 2 de febrero	1
4	Microcirugía oftalmológica I	6 al 10 de febrero	3
5	Farmacología y terapia de infusión para el profesional de enfermería	12 al 14 de febrero	194
6	Compromiso ético de la enfermera como líder en la gestión del cuidado	12 al 16 de febrero	11
7	Microcirugía I neurocirugía	5 al 9 de marzo	4
8	XXXIV Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	12 al 16 de marzo	37



9	Microcirugía II ortopedia	12 al 16 de marzo	3
10	Manejo interinstitucional del recién nacido: protocolos, norma	12 al 16 de marzo	119
11	Microcirugía oftalmológica I	2 al 6 de abril	3
12	Temas selectos del laboratorio clínico	3 al 6 de abril	69
13	Calidad y seguridad: "Las buenas prácticas en el perioperatorio"	18 al 20 de abril	280
14	II Curso taller de control de infecciones	18 al 20 de abril	41
15	Abordaje clínico y diagnóstico del paciente en estado de coma	23 al 27 de abril	102
16	Microcirugía oftalmológica I	23 al 27 de abril	3
17	X Curso taller de nutrición clínica y metabolismo	4 y 5 de mayo	207
18	Obstetricia crítica: Emergencias y tópicos actuales	7al 9 de mayo	134
19	II Curso de calidad y seguridad en el cuidado de enfermería al paciente neurocrítico	7 al 11 de mayo	115
20	Microcirugía I neurocirugía	7 al 11 de mayo	3
21	Curso taller de ligadura de arterias hipogástricas	14 al 18 de mayo	3
22	Microcirugía oftalmológica I	14 al 18 de mayo	4
23	Metas internacionales sobre seguridad del paciente	14 al 18 de mayo	15
24	VI Curso importancia de la bioética en la seguridad del paciente	16 al 18 de mayo	55
25	Curso de apoyo vital en trauma (ATLS)	18 y 19 de mayo	16
26	XIII Curso taller protocolo de investigación clínica	21 al 25 de mayo	24
27	Microcirugía I neurocirugía	22 al 25 de mayo	4
28	II Curso de calidad y seguridad en la atención al paciente con enfermedad renal crónica	23 al 25 de mayo	54
29	IV Curso de metodología de la investigación para médicos residentes	4 de abril al 23 de mayo	88
30	III Curso "Calidad de la atención al paciente cardiológico en estado crítico"	21 al 25 de mayo	187
31	XXXV Curso taller de seguridad del paciente hospitalizado	28 de mayo al 1 de junio	36
32	Microcirugía oftalmológica I	4 al 8 de junio	3
33	Microcirugía II ortopedia	11 al 15 de junio	4
34	III Curso taller de cirugía laparoscópica y percutánea en urología	13 al 15 de junio	42
35	VII Jornadas enfermería en la atención al adulto en estado crítico	18 al 20 de junio	180
36	II Curso de intervención de medicina del deporte en el tercer nivel de atención	20 al 22 de junio	49
37	Curso taller instrumentos de trabajo social.	20 al 22 de junio	32
38	XIII Curso de radiología en medicina de primer nivel	26 al 28 de junio	319
39	XXVI Curso taller de disección de hueso temporal	25 al 29 de junio	26

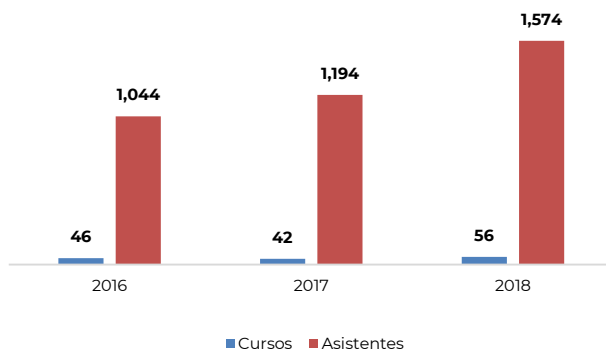


40	VIII Curso taller de genética y biología molecular	4 al 6 de julio	86
41	Microcirugía I neurocirugía	9 al 13 de julio	5
42	IV Gestión e innovación en esterilización hospitalaria	18 al 20 de julio	24
43	Manejo integral del paciente crítico en urgencias	19 y 20 de julio	48
44	Interrelación Nanda Nic Noc en los planes de cuidado	23 al 27 de julio	12
45	VIII Curso interinstitucional de urgencias trauma	23 al 27 de julio	142
46	Curso taller de pie diabético	1 al 3 de agosto	26
47	Técnicas de exploración neurológica y síndromes neurológicos	6 al 10 de agosto	113
48	Atención primaria a la salud del adulto mayor: avances y retos	13 al 17 de agosto	12
49	Curso internacional de cirugía de base de cráneo y revascularización cerebral	15 al 17 de agosto	38
50	Curso taller diseño de protocolo de investigación	27 al 31 de agosto	67
51	Microcirugía oftalmológica I	3 al 7 de septiembre	2
52	IX Curso tanatología para enfermeras	17 al 21 de septiembre	144
53	Competencias básicas para el éxito personal y profesional	17 al 21 de septiembre	12
54	Microcirugía I neurocirugía	24 al 28 de septiembre	4
55	XI Curso de inmunopatología alérgica y curso para pacientes y familiares con alergia	3 al 6 de octubre	236
56	Microcirugía I ortopedia	8 al 12 de octubre	1
57	La farmacovigilancia. uso, abuso y resistencia farmacológicas	8 al 12 de octubre	10
58	Trauma craneal y raquimedular. Manejo actual	10 al 12 de octubre	248
59	El profesional de enfermería en el cuidado al paciente oncológico	17 al 19 de octubre	38
60	Comunicación efectiva y su Impacto en las relaciones humanas	22 al 26 de octubre	24
61	Microcirugía I neurocirugía	22 al 26 de octubre	7
62	Curso taller de intoxicaciones, envenenamientos y desastres químicos	24 al 26 de octubre	138
63	Microcirugía I neurocirugía	5 al 9 de noviembre	2
64	Resiliencia para el desarrollo personal	5 al 9 de noviembre	13
65	Oratoria, el arte de hablar en público	12 al 16 de noviembre	8



66	Microcirugía I neurocirugía	19 al 23 de noviembre	1
67	Gerencia del cuidado "Hacia un modelo multidisciplinar en la alta especialidad"	22 al 23 de noviembre	300
68	Perlas de investigación para el médico clínico	26 al 28 de noviembre	43
69	Microcirugía laparoscópica	3 al 7 de diciembre	3
70	Coaching en salud	10 al 14 de diciembre	18
Total			4,313

13. Cursos de Capacitación.



En el rubro de capacitación técnico médica y administrativa y gerencial, se impartieron un total de 56 cursos de los cuales, 33 fueron en materia gerencial-administrativa y 23 en materia técnico médica, mostrando un incremento del 33.3%, con relación a los 42 cursos registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que se reforzaron los conocimientos en materia de la Ley General de

Transparencia y Acceso a la Información Pública; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; Soporte vital básico y cardiovascular avanzado; Protección civil; Gestión documental y administración de archivos; Elaboración de instrumentos de control archivista; Cuidarse para cuidar; e Inglés.

Los asistentes a los cursos de capacitación en materia gerencial y administrativa y técnico médica fueron de 1,574 participantes, (1,137 mujeres y 437 hombres), mostrando un incremento del 31.8%, con respecto a los 1,194 asistentes registrados en el mismo periodo de 2017.

Los cursos de capacitación impartidos fueron los siguientes:

No.	Nombre del curso	Fecha	Asistentes
1	Inducción al puesto de enfermería	12 al 23 de febrero	42
2	Calidad y seguridad en el trato digno al paciente	19 de febrero	50
3	Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	9 y 16 de marzo	24



4	Curso-taller prevención y actualización sobre manejo de úlceras por presión, heridas y estomas	28 de febrero 1 y 2 de marzo	30
5	Prácticas seguras en el manejo del paciente con trasplante renal	8 de marzo	31
6	Curso-taller cuidado y mantenimiento de dispositivos de acceso vascular	21 al 23 de marzo	23
7	Liderazgo gerencial	9 al 13 de abril	30
8	Word intermedio	9 al 20 de abril	5
9	Curso taller RCP avanzado adulto	18 de abril	15
10	Barreras de seguridad en el sistema de medicación	19 al 20 de abril	54
11	Movilización y traslado de pacientes	23 al 24 de abril, 8 al 9 de mayo	24
12	Curso de brigadas multifuncionales de protección civil (primeros auxilios, evacuación, combate de incendios, búsqueda y rescate)	12 al 19 y del 23 al 24 de abril	111
13	Calidad y seguridad en el trato digno al paciente	14 de mayo	50
14	Trabajo en equipo	14 al 18 de mayo	15
15	Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	22 al 23 de mayo	23
16	Excel intermedio	21 de mayo al 1 de junio	8
17	Curso modelo de gestión de calidad en salud	1, 2 y 3 de junio	102
18	Trato digno con enfoque incluyente al usuario LGBTTTI	26 de junio	87
19	Alternativas de fisioterapia para la seguridad del paciente hospitalizado	29 de mayo	13
20	Ética en el servicio	4 al 8 de junio	20
21	Curso taller cuidado y mantenimiento de dispositivos de acceso vascular	6 al 8 de junio	23
22	Sensibilización para personal de enfermería de consulta, externa para brindar un trato digno con calidad y seguridad	24 de abril al 19 de junio	15
23	Curso taller prevención y actualización sobre manejo de úlceras por presión heridas y estomas	4 al 6 de julio	30
24	Cursos de brigadas multifuncionales de protección civil (primeros auxilios)	9 al 10 de julio	22
25	Cursos de brigadas multifuncionales de protección civil (evacuación)	11 al 12 de julio	23
26	Cursos de brigadas multifuncionales de protección civil (combate de incendios)	16 al 17 de julio	16
27	Cursos de brigadas multifuncionales de protección civil (búsqueda y rescate)	18 y 19 de julio	11
28	Cuidarse para cuidar	9, 16, 23 y 30 de julio	20
29	Inducción al puesto de enfermería	6 al 17 de agosto	65
30	Calidad y seguridad en el trato digno al paciente	7 de agosto	50



31	Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	28 y 29 de agosto	22
32	Conceptos básicos de calidad y seguridad del paciente	13 y 14 de agosto	50
33	Inglés	21 de mayo al 22 agosto	11
34	Introducción a la gestión documental y administración de archivos	20 al 22 de agosto	2
35	Soporte vital básico y cardiovascular avanzado	23 y 24 de agosto	14
36	Curso taller cuidado y mantenimiento de dispositivos de acceso vascular	26 al 28 de septiembre	28
37	Soporte vital básico y cardiovascular avanzado	27 y 28 de agosto	14
38	Inducción al Hospital Juárez de México	29 al 31 de agosto	19
39	Curso taller RCP básico	4 de septiembre	11
40	Inducción al Hospital Juárez de México	5 al 7 de septiembre	21
41	Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	4 y 5 de septiembre	20
42	Curso taller atención seguridad y de calidad al paciente en el servicio de hemodiálisis	6 al 7 de septiembre	13
43	Inducción al Hospital Juárez de México	12 al 14 de septiembre	24
44	Curso taller para la elaboración de instrumentos de control archivista	10 al 14 de septiembre	2
45	Ortografía y redacción	1 al 5 de octubre	22
46	Prevención y actualización sobre manejo de úlceras por presión, heridas y estomas	10 al 12 de octubre	27
47	Curso de brigadas multifuncionales de protección civil (primeros auxilios)	1 y 2 de octubre	11
48	Curso de brigadas multifuncionales de protección civil (evacuación)	3 y 4 de octubre	16
49	Curso de brigadas multifuncionales de protección civil (combate de incendios)	8 y 9 de octubre	17
50	Curso de brigadas multifuncionales de protección civil (búsqueda y rescate)	10 y 11 de octubre	9
51	Access básico	15 al 26 de octubre	6
52	Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	29 y 30 de octubre	25
53	Curso de calidad y seguridad en el trato digno al paciente	6 de noviembre	50
54	Curso conceptos básicos de calidad y seguridad del paciente	12 al 13 de noviembre	50



55	Curso barreras de seguridad en el sistema de medicación	15 al 16 de noviembre	21
56	Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	21 la 22 de noviembre	37
Total			1,574

La mayoría de los cursos fueron impartidos de manera gratuita por personal del hospital y externo. Situación que no podría garantizar tener un impacto en la mejora de los conocimientos y competencias de los profesionales de la salud capacitados; por lo que se requeriría una mayor asignación presupuestal destinada a la capacitación formal.

En el siguiente cuadro se informan los cursos que fueron pagados con recursos federales (1) o recursos propios (10).

Cursos	Recursos propios	Recursos fiscales
Técnico-médica	Cuidarse para cuidar	Movilización y traslado de pacientes
	Dos cursos de Soporte vital básico y cardiovascular avanzado	
Administrativa y gerencial	Liderazgo gerencial	
	Trabajo en equipo	
	Inglés	
	Introducción a la gestión documental y administración de archivos	
	Curso taller para la elaboración de instrumentos de control archivista	
	Ética en el servicio	
	Ortografía y redacción	

14. Sesiones Interinstitucionales.

En el período de reporte de 2018, se realizaron seis sesiones interinstitucionales, siete menos en comparación a las 13 sesiones registradas en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que durante 2017, se realizó un programa de actividades académicas y culturales como parte de la conmemoración del 170 Aniversario del Hospital; por lo cual se elevó el número de sesiones generales con invitados de otras instituciones.

Con respecto a la asistencia a las sesiones interinstitucionales, se registró un total de 2,337 participantes, lo que representa una disminución del 44.8% en comparación al mismo periodo de 2017 que fue de 4,230 asistentes.

Los temas de las sesiones interinstitucionales fueron:



No.	Tema	Descripción	Asistentes
1	Acciones básicas ante un sismo, aprendizaje de lo ocurrido el 19 de septiembre de 1985 y 2017	Esta sesión trató sobre el mecanismo por el que se producen los movimientos telúricos, la ubicación de nuestro país y de manera particular la ciudad respecto a las zonas de riesgo. El trabajo de la CENAPRED para establecer el atlas de riesgo y la importancia de conocerlas, así como las previsiones que se deben tomar a nivel institucional, familiar e individual antes, durante y después de un sismo.	392
2	Ética de la publicación científica. Calidad científica de la revista del Hospital Juárez de México	En esta sesión el Director Editorial de la Revista Médica del IMSS habló de las condiciones que solicitan las revistas científicas para la publicación de artículos, como el cobro por la revisión y la publicación. También trató sobre la clasificación de las revistas nacionales e internacionales y el puntaje curricular.	296
3	Avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	La ponente presentó cómo una estrategia transversal con la participación de diferentes instancias de la Secretaría de Salud, interinstitucional e intersectorial, está teniendo un efecto positivo en la detención de la incidencia de la obesidad, particularmente infantil y de las complicaciones de la diabetes.	446
4	La Calidad en el Entorno de la Atención para la Salud	El ponente expuso que la calidad es una propiedad por lo tanto es objetiva y se mide en cuanto a su estructura, procesos y resultados. Para encontrar las oportunidades de mejorar en relación a nuestro objetivo central que es el mejoramiento del estado de salud del paciente debemos de fijar los objetivos de cada institución de salud, partiendo por incluir seguridad, efectividad y sustentabilidad. Las oportunidades de mejora partirán de identificar y analizar las causas de los problemas.	370
5	Neurocirugía contemporánea	En la sesión se expusieron los avances en los métodos diagnósticos, particularmente de imagen, simples y contrastados, que permiten hacer más preciso el diagnóstico y con mayor oportunidad para el tratamiento. En lo que respecta a los procedimientos quirúrgicos modernos, se hizo especial énfasis en aquellos de mínima invasión y los endoscópicos.	442
6	El compromiso del médico frente a la pobreza y la desigualdad	En la sesión se identificó la función social del médico, estableciendo que es indispensable que la motivación se inicie desde los primeros años de la carrera de medicina para incluir los aspectos humanos que tienen tanto o más valor que los conocimientos, técnicas y destrezas que conforman la medicina. Por ello, se consideró importante que el alumno desde los primeros años, conozca la realidad del país para hacerlo consiente de la patología de la pobreza. Se mencionó que es necesario que las universidades sean las instituciones en las que exista mejor ciencia y conciencia del país.	391
Total			2,337

15. Sesiones por Teleconferencia.

En 2018, se llevaron a cabo cinco sesiones de teleconferencia con instituciones de dos entidades federativas en temas de gerencia y certificación hospitalaria, destinadas a los directivos, mandos medios, equipos de salud y personal administrativo como estrategia de capacitación para fomentar su participación en



gestión en salud, además de formar líderes potenciales y aportar conceptos y herramientas prácticas, que podrían producir procesos en la mejora de la calidad de la atención a los usuarios.

Las instituciones fueron las siguientes:

Entidad Federativa	Institución
Estado de Veracruz	Universidad Veracruzana
Ciudad de México	Escuela Superior de Medicina del IPN
	Dirección General del HJM
	Unidad Jurídica del HJM
	Dirección General de Tecnologías de la Información SSA

16. Congresos Organizados.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se llevaron a cabo ocho congresos, dos más que en el mismo periodo de 2017.

El número de asistentes a los congresos fue de 2,165 participantes, representando un incremento del 55.6% en comparación con los 1,391 asistentes registrados en 2017.

No.	Nombre del congreso	Participantes
1	La Medicina del deporte en la promoción de la salud deportiva y general	350
2	I Congreso nacional perlas en dermatología.	272
3	II Congreso internacional de medicina transfusional	250
4	II Congreso gestión y tecnologías para el cuidado de heridas y estomas	180
5	Jornadas Médicas 2018 de la Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital Juárez de México	623
6	XII Congreso de trabajo social	120
7	III Congreso de seguridad del paciente	250
8	Evento magno y 1er Congreso de enfermería del HJM	120
Total		2,165

Trabajos presentados en Congresos Médicos

Con el propósito de mantener y proyectar la calidad y competencia académica en diferentes foros nacionales e internacionales, las médicas/os residentes del Hospital Juárez en colaboración con los profesores de diferentes cursos de posgrado, presentaron 170 trabajos de investigación clínica y exposiciones en diferentes congresos.



La siguiente tabla muestra el concentrado de los trabajos presentados por especialidad:

Especialidad	No de trabajos presentados en congreso
Biología de la reproducción	9
Cirugía general	13
Cirugía maxilofacial	16
Ginecología oncológica	9
Ginecología y obstetricia	7
Medicina del dolor y cuidados paliativos	11
Medicina del enfermo en estado crítico	9
Medicina interna	44
Nefrología	8
Neuroanestesia	3
Oftalmología	13
Ortopedia	1
Pediatría	8
Reumatología	13
Urgencias médico quirúrgicas	6
Total	170

17. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidas.

Los premios obtenidos en diferentes cursos de posgrado, reflejan la calidad académica y el desempeño docente de las médicas/os residentes, que a la par de los profesores de posgrado, han sido reconocidos con distinciones en diferentes foros, por la calidad de los trabajos de investigación clínica presentados, que mantiene el prestigio del Hospital Juárez de México.

Durante el periodo enero a diciembre de 2018, se recibieron cuatro premios, dos menos que los recibidos en el mismo periodo de 2017.

Los cuatro reconocimientos recibidos, fueron los siguientes:

1. Un médico residente de la especialidad de Biología de la Reproducción Humana, recibió la distinción de Certificado de Mejor Poster, en el 18° Congreso Mundial de Endocrinología Ginecológica, celebrado en Florencia, Italia.
2. Biología de la Reproducción Humana. Premio al mejor poster en trabajo de investigación. Calcificaciones vasculares mamarias y su relación con riesgo



cardiovascular en pacientes postmenopáusicas. The North American Menopause Society. San Diego California.

3. Cirugía Maxilofacial. Primer lugar en cartel de patología bucal. Congreso Mexicano de Cirugía Maxilofacial.
4. Medicina del dolor y cuidados paliativos. Primer lugar en cartel en el Congreso internacional de dolor y cuidados paliativos de la Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del dolor.

Otros Aspectos.

Sesiones académicas.

Sesiones Generales del Hospital	49
Asistentes	19,010

Sesiones clínicas de las divisiones médicas.

Sesiones académicas por división	2016	2017	2018
Medicina	2,782	3,525	3,649
Cirugía	1,245	1,295	1,225
Medicina crítica	354	610	718
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	990	485	515
Pediatría	234	201	210
Ginecología y obstetricia	152	193	198
Total	5,757	6,309	6,515

Como se muestra en la tabla anterior, durante el 2018 con participación del personal médico en formación, se realizaron 6,515 sesiones clínicas, mostrando un incremento del 3.2% en comparación con el mismo periodo de 2017 que fue de 6,309 sesiones.

Unidad de Investigación Quirúrgica

La unidad de investigación quirúrgica realizó las siguientes actividades:

Sesiones, cursos, prácticas y protocolos	Número de sesiones	Participantes
Curso de microcirugía vascular en sus tres niveles	14	56
Curso de microcirugía oftálmica	6	22
Diplomado de laparoscopia oncológica	85	26
Curso de fresado de hueso temporal	1	25



Curso de base de cráneo y vascular	1	28
Curso de microcirugía laparoscópica	1	6
Total	108	163

Convenios.

El número de convenios celebrados con instituciones educativas públicas y privadas, fue de 15, mostrando un incremento del 66.6% con relación a los nueve convenios registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió al interés de las instituciones de renovar convenios por los campos clínicos ofertados por el Hospital.

En el siguiente cuadro, se muestran las instituciones con las cuales se tiene convenio y la población beneficiada:

No.	Institución	Nombre	Población beneficiada
1	Universidad Justo Sierra	Convenio de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	135 alumnos
2	Universidad Justo Sierra	Convenio de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	22 alumnos
3	UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Convenio de Colaboración en materia del Programa de Formación y Capacitación de Recursos Humanos de la Residencia de Medicina Conductual.	45 alumnos
4	Universidad del Valle de México	Convenio de Colaboración en materia de Servicio Social y Estancias Profesionales Fisioterapia	22 alumnos
5	Universidad del Valle de México	Convenio de Colaboración en materia de Servicio Social y Estancias Profesionales Nutrición	8 alumnos
6	Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional	Convenio de colaboración con el fin de que el IPN en su carácter de depositario secundario de cadáveres.	38 alumnos
7	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	86 alumnos
8	Universidad Nacional Autónoma de México	Convenio de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos.	589 alumnos
10	St. Luke Escuela de Medicina	Convenio de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	47 alumnos
11	Universidad Estatal del Valle de Ecatepec	Convenio de Colaboración en Materia de Prácticas Profesionales de la licenciatura en gerontología	194 alumnos
12	Universidad Tominaga Nakamoto. S. C.	Convenio de Colaboración en materia de Ciclos Clínicos	157 alumnos
13	Universidad Tominaga Nakamoto. S. C.	Convenio de Colaboración en materia de Internado de Pregrado	4 alumnos



14	Investigaciones y Estudios Superiores S.C. (Universidad Anáhuac).	Convenio de Colaboración Académica en materia de Ciclos Clínicos	41 alumnos
15	Universidad La Salle Ciclos Clínicos	Convenio de Colaboración Académica en materia de Ciclos Clínicos	150 alumnos
16	Universidad La Salle Internado de Pregrado	Convenio de Colaboración Académica en materia de Internado de Pregrado	8 alumnos
Total			1,546

Informe de Sesiones de Comités Internos

La Unidad de Enseñanza tiene a su cargo cuatro comisiones:

- Comisión de becas: debido a que no se contó con presupuesto, la comisión sesionó una vez.
- Comisión de honor y justicia: se sesionó en dos ocasiones para asuntos relacionados con la disciplina de los médicos residentes.
- Comisión de estímulos: se mantuvo activa de marzo a diciembre con la participación en la evaluación de expedientes para otorgar los estímulos a la calidad.
- Comisión de cursos: se realizaron cinco sesiones para elaborar el Programa Académico.

Logros de la Unidad de Enseñanza

El curso de especialidad en oftalmología del Hospital Juárez de México fue aceptado por el CONACyT para ingresar al Programa Nacional de Posgrado de Calidad.

El curso de medicina del enfermo en estado crítico, fue inscrito en la primera fase del Programa Nacional de Posgrado de Calidad.

Se fortaleció el área de enseñanza al gestionar con las instituciones educativas, la donación de una pantalla para el aula magna, 21 computadoras y ocho proyectores; lo que favoreció la calidad docente de la unidad.

Con la finalidad de mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir las infecciones relacionados a la atención de la salud, se gestionó el donativo de 530 casilleros para alumnos de ciclos clínicos e internos de pregrado.

Se eficientó el procedimiento de ingreso al Hospital de los internos de pregrado.

Debilidades de la Unidad de Enseñanza

La Unidad de Enseñanza del Hospital coordina únicamente la planeación de los cursos de educación continua diplomados o maestrías.

Insuficiente presupuesto para la partida de capacitación técnico-médica y administrativa y gerencial.

Falta de supervisión de los profesores y los médicos adscritos hacia las actividades que realizan los médicos residentes.

Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Unidad de Enseñanza

Se alcanzó el 94.5% en la Eficacia en la impartición de cursos de educación continua, al haber otorgado 70 cursos de los 74 programados. Este resultado propicia mejores oportunidades de vida profesional, debido a que los temas de los cursos se concentran en el desarrollo e implementación de las competencias, habilidades, destrezas y capacidades prácticas que debe poseer el profesional de la salud.

Se logró el 78.5% en la eficacia en la impartición de cursos en materia administrativa y gerencial, al haberse brindado 33 cursos de los 42 programados, lo cual podría afectar la oportunidad de adquirir conocimientos y habilidades administrativas para mejorar el desempeño en sus actividades en cada servicio.

No se cumplió con el indicador del proyecto de Simulación Clínica y Quirúrgica debido a que no se conocían los requerimientos de una unidad de simulación. Sin embargo, se realizó el estudio de mercado con dos proveedores de simulación (Edutelsa, Tecnosim), con el objetivo de valorar las necesidades de equipamiento de este tipo. Además, se participó en el Segundo Encuentro Internacional de Simulación Clínica.

En cuanto al Porcentaje de profesionales capacitados en investigación en salud, no se presentan avances en este indicador, debido a que los dos profesionales que se encuentran realizando la maestría en Educación en Ciencias de la Salud con énfasis en investigación educativa, no la han concluido.

Se registró un cumplimiento del 100% en la organización del Congreso Nacional Paramédico, al haberse llevado a cabo el Evento Magno y 1er Congreso de Enfermería del Hospital Juárez de México, el cual contó con la asistencia de 300 profesionales de enfermería de los hospitales coordinados por la CCINSHAE, con el propósito de actualizar sus conocimientos en esta disciplina.

En el Porcentaje de médicos residentes capacitados para el uso del CONRYCyT, se tiene un avance del 37.6% en el cumplimiento del indicador, al haberse capacitado a 50 médicos residentes.

En cuanto a la modernización de la infraestructura y tecnología, se llevó a cabo el proyecto, mediante la gestión ante escuelas particulares que utilizan campo clínico dentro del Hospital. Logrando el cambio de puertas (13) de las aulas de la Unidad de Enseñanza, la donación de 21 computadoras, ocho proyectores y una pantalla de proyección para el aula magna.

Se alcanzó un cumplimiento del 10.1% en el Porcentaje de médicos residentes al que se les aplica el MINICEX, al utilizarse esta herramienta educativa en 43 médicos residentes del curso de especialización de medicina interna, que permite que la enseñanza por competencias en la formación de recursos humanos para la salud.

Se contó con la participación de 49 directores de área, jefes de división y otros mandos, en la encuesta de detección de necesidades de capacitación de los trabajadores, alcanzando un cumplimiento del 71% con respecto a los 69 jefes programados.

Se otorgaron 11 becas a servidores públicos del Hospital para asistir al curso de inglés, alcanzando un cumplimiento del 220% con respecto a los cinco servidores programados a capacitar; con lo cual se contribuye al desarrollo integral de los trabajadores.

No se cumplió con el indicador Porcentaje en la eficiencia al mejor desempeño de los jefes de servicio, debido a que no se concretó el instrumento para evaluar el desempeño de estos servidores públicos.



Programa de Trabajo 2018

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. Jaime Mellado Abrego.

No.	Objetivo	Estrategia	Lineas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Formar, capacitar y actualizar recursos humanos para la salud, que apliquen los conocimientos y competencias adquiridos para lograr una atención con calidad y seguridad a los pacientes. Incrementar la oferta de eventos de actualización	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	2.2.1 Actualización en 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	$\frac{72}{74} \times 100 = 97.3\%$	Trimestral	N/A	$\frac{70}{74} = 94.5\%$ Se impartieron un total de 70 cursos de educación continua, en los cuales 4,313 profesionales de la salud recibieron constancia de conclusión de estudios.
2	capacitación y desarrollo a profesionales y técnicos de la salud, así como administrativos del Hospital Juárez de México y otras instituciones de salud para contribuir a la formación de los profesionales de la salud.			Eficacia en la impartición de cursos 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	$\frac{38}{42} \times 100 = 90.5\%$	Trimestral	\$17,041	$\frac{33}{42} = 78.5\%$ Al periodo de reporte, se impartieron 33 cursos en materia administrativa y gerencial, contando con la participación de 117 servidores públicos.
3	Elaborar el proyecto del Centro de Simulación Clínica y Quirúrgica del Hospital Juárez de México, donde se proporcione al alumnado en formación una práctica estandarizada con elementos de vanguardia en un entorno controlado y seguro.		2.2.2 Elaborar el Proyecto del Centro de Simulación Clínica y Quirúrgica del Hospital Juárez de México	Porcentaje de avance en la elaboración del proyecto de Simulación Clínica y Quirúrgica del Hospital Juárez de México Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Proyecto elaborado para la creación del Centro de Simulación Clínica y Quirúrgica / V2: Proyecto programado a elaborar para la creación del Centro de Simulación Clínica y Quirúrgica x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N/A	$\frac{0}{1} = 0\%$ No se cuenta con el proyecto para la creación del Centro de Simulación Clínica y Quirúrgica.
4	Elaborar un proyecto de investigación en educación en salud.		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	$\frac{40}{60} \times 100 = 66.7\%$	Anual	N/A	$\frac{0}{60} = 0\%$ No se presentan avances en este indicador, debido a que los dos profesionales que se encuentran realizando la maestría en Educación en Ciencias de la Salud con énfasis en investigación educativa, no la han concluido.
5	Ofertar al personal de salud no médico un congreso académico de alto nivel.		2.2.4 Congreso Nacional Paramédico	Porcentaje de avance en la organización del Congreso Nacional Paramédico Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Grado de avance en la organización del Congreso Nacional Paramédico / V2: Grado de avance en la programación del Congreso Nacional Paramédico x 100	$\frac{100}{100} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{100}{100} \times 100 = 100\%$ Se registró un cumplimiento del 100% en la organización del Congreso Nacional Paramédico, al haberse llevado a cabo el Evento Magno y 1er Congreso de Enfermería.
6	Facilitar la accesibilidad a las fuentes de información, capacitando a los médicos en formación para el uso adecuado de la plataforma CONRYCYT para incrementar el uso de dichas fuentes.		2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	Porcentaje de médicos residentes capacitados para el uso del CONRYCYT Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de médicos residentes que asisten al curso de capacitación / V2: Número de médicos residentes programados para que asistan al curso de capacitación x 100	$\frac{66}{133} \times 100 = 49.6\%$	Semestral	N/A	$\frac{50}{133} \times 100 = 37.6\%$ La COINSHAE conjuntamente con la Unidad de Enseñanza realizaron una jornada de capacitación para el uso de recursos científicos electrónicos, al que asistieron 50 médicos residentes.
7	Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje.		2.2.6 Modernización en Infraestructura y Tecnología	Porcentaje de proyectos elaborados para la modernización de la infraestructura y tecnología Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de proyectos elaborados para la modernización de la infraestructura y tecnología / V2: Número de proyectos programados para la modernización de la infraestructura y tecnología x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ Se realizó el proyecto de modernización de la infraestructura y tecnología, mejorando la docencia de los estudiantes de medicina que acuden a esta institución a lo largo de ciclo académico.



8	Mejorar la formación por competencias de los médicos residentes contempladas en el PUEM.	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	2.2.7 Enseñanza del posgrado por competencias	<p>Porcentaje de médicos residentes al que se les aplica el MINCEX</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de médicos residentes a los que se les aplica el MINCEX / V2: Total de médicos residentes x 100</p>	$\frac{213}{426} \times 100 = 50\%$	Anual	N/A	$\frac{43}{426} = 10.1\%$ <p>Se inició la aplicación del MINCEX a 43 médicos residentes del curso de especialización de medicina interna.</p>
9	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	<p>Porcentaje de participación de los jefes de servicio y mandos en la respuesta a la encuesta de detección de necesidades de capacitación</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de jefes de servicio y mandos que responden a la encuesta de detección de necesidades de capacitación / V2: Número de jefes de servicio y mandos programados x 100</p>	$\frac{34}{69} \times 100 = 49.3\%$	Anual	N/A	$\frac{49}{69} \times 100 = 71\%$ <p>49 directores de área, jefes de división y otros mandos, participaron en la encuesta de detección de necesidades de capacitación de los trabajadores.</p>
10	Contribuir al desarrollo integral de los trabajadores y de los médicos en formación del Hospital Juárez de México con cursos de inglés 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 – inglés.	<p>Porcentaje de becas otorgadas para cursos de inglés</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	N/A	$\frac{11}{5} \times 100 = 220\%$ <p>Se impartió un curso de inglés para personal del Hospital, al que asistieron 11 trabajadores, a los que se les otorgó beca completa.</p>
11			4.1.4 Fomento a las actividades culturales, educativas y formativas – estímulos.	<p>Porcentaje en la eficiencia al mejor desempeño de los jefes de servicio</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	$\frac{0}{48} \times 100 = 0\%$ <p>No se cumplió con el indicador debido a que no se concretó el instrumento para evaluar el desempeño de los jefes de servicio.</p>



Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2018. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2018 del Programa Presupuestal E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud".



Informe de enero - diciembre 2018

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

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"							
ÁREA: FORMACIÓN DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA							
PROPÓSITO (3)	Eficiencia terminal de médicos especialistas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	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 del 100% en la eficiencia terminal de médicos especialistas, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece al cumplimiento de los programas académicos de cada especialidad y a la participación de 140 residentes en el desarrollo de protocolos de investigación, que a través de ellos se incentiva a la titulación y diplomación oportuna.
	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtienen constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico	140	140	140			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.
	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico X 100	140	140	140			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.
PROPÓSITO (5)	Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	98.1	98.1	96.8	1.3	VERDE	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 1.3% en el porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 98.1%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se inscribieron 743 profesionales de la salud menos con respecto a los 5,200 programados, a causa de que hubo una menor participación por parte de los profesionales de la salud, principalmente en los cursos de: Abordaje Clínico y Diagnóstico del Paciente en Estado de Coma, Obstetricia Crítica: Emergencias y Tópicos Actuales, II Curso de Intervención de Medicina del Deporte en el Tercer Nivel de Atención, Manejo Integral del Paciente Crítico en Urgencias y VIII Curso Interinstitucional de Urgencias Trauma. Además, de la cancelación de dos cursos.
	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de los cursos de educación continua impartida por la institución	5,100	5,100	4,313			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias y habilidades acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.
	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado X 100	5,200	5,200	4,457			ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fortalecer por parte de los organizadores la estimación adecuada de profesionales de la salud que asisten a los cursos de educación continua.



COMPONENTE (6)	Porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	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 del 100% en el porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que los médicos en formación manifestaron una percepción de calidad superior a 80 puntos en los 34 cursos, en los aspectos de docencia, apego al plan único de especialidades médicas e infraestructura de la Institución. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.
	Número de cursos de formación de posgrado impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad por parte de los médicos en formación superior a 80 puntos	34	34	34			
	Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el periodo X 100	34	34	34			
COMPONENTE (8)	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	97.3	97.3	94.6	2.8	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 2.8% en la eficacia en la impartición de cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 97.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. El resultado de este indicador se debió a que dos cursos programados (II Curso de inmunología médica y II Curso-taller supervisión en trabajo social) fueron cancelados por los organizadores, debido a la falta de asistentes. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Se considerará para el siguiente ejercicio, la no programación de los cursos que se cancelan.
	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	72	72	70			
	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	74	74	74			
COMPONENTE (9)	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	76.9	76.9	74.9	2.6	VERDE	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 2.6% en el porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 76.9% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se registró una menor participación de asistentes externos a causa de una inadecuada planificación, principalmente en los siguientes cursos: XXVI Curso taller de disección de hueso temporal, Gerencia del cuidado "Hacia un modelo multidisciplinar en la alta especialidad" y Perlas de investigación para el médico clínico. No obstante, se tuvo un cumplimiento satisfactorio debido a que el 74.9% de los participantes en los cursos de educación continua, son externos. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales, debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias y habilidades acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fortalecer con los organizadores de cursos, la difusión de sus actividades académicas con más tiempo de antelación.
	Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	4,000	4,000	3,338			
	Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo X 100	5,200	5,200	4,457			



COMPONENTE (10)	Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	9.1	9.1	9.2	1.1	VERDE	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 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 semáforo de cumplimiento color verde.
	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	44,590	44,590	38,339			Este resultado se debió a que los profesionales de la salud que participan en los cursos de educación continua, manifestaron que el contenido de los cursos fue satisfactorio, por considerarlos de utilidad para mejorar su práctica profesional. Además, la organización, instalaciones y herramientas didácticas fueron evaluadas con un promedio de 9 de calificación.
	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	4,900	4,900	4,174			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.
ACTIVIDAD (12)	Porcentaje de espacios académicos ocupados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	94.1	94.1	93.0	1.2	VERDE	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 1.2% en el porcentaje de espacios académicos ocupados, con respecto a la meta programada de 94.1% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.
	Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (becas o matrícula)	352	352	348			La causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió al prestigio e infraestructura con la cuenta el Hospital, así como a la diversidad de especialidades médicas a la que pueden optar los médicos en formación.
	Número de espacios educativos de posgrado disponibles en la institución X 100	374	374	374			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de postulantes aceptados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	40.1	40.1	41.7	4.0	VERDE	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 4% en el porcentaje de postulantes aceptados, con respecto a la meta programada de 40.1% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.
	Número de candidatos seleccionados por la institución para realizar estudios de posgrado	111	111	110			No obstante de que el indicador tuvo un cumplimiento satisfactorio, en el curso de cirugía maxilofacial se continúa recibiendo aspirantes para estudios de posgrado.
	Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado X 100	277	277	264			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.



ACTIVIDAD (14)	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	91.2	91.2	78.2	14.3	ROJO	<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 14.3% de eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 91.2%, 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 que se inscribieron 743 profesionales de la salud menos con respecto a los 5,200 programados, a causa de que hubo una menor participación por parte de los profesionales de la salud, principalmente en los cursos de: Abordaje Clínico y Diagnóstico del Paciente en Estado de Coma, Obstetricia Crítica: Emergencias y Tópicos Actuales, II Curso de Intervención de Medicina del Deporte en el Tercer Nivel de Atención, Manejo Integral del Paciente Crítico en Urgencias y VIII Curso Interinstitucional de Urgencias Trauma. Además, de la cancelación de dos cursos.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias y habilidades acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Fortalecer por parte de los organizadores la estimación adecuada de profesionales de la salud que asisten a los cursos de educación continua.</p>
	Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	5,200	5,200	4,457			
	Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100	5,700	5,700	5,700			
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"							
ÁREA: CAPACITACIÓN TÉCNICO-MÉDICA							
FIN (1)	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	92.0	92.0	96.0	4.3	VERDE	<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 4.3% en el porcentaje de servidores públicos capacitados, con respecto a la meta programada de 92%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que 24 servidores públicos fueron capacitados en el curso "Movilización y traslado de pacientes", con el propósito de capacitar al personal de camilleros en el traslado de pacientes y contribuir a la mejor atención y trato digno.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue el adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue el adecuado.</p>
	Número de servidores públicos capacitados	23	23	24			
	Número total de servidores públicos programados para capacitarse en el periodo X 100	25	25	25			
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de la capacitación técnico-médica FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	92.0	92.0	96.0	4.3	VERDE	<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 4.3% de porcentaje de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de la capacitación técnico-médica, con respecto a la meta programada de 92%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que 24 servidores públicos fueron capacitados en el curso "Movilización y traslado de pacientes", con el propósito de capacitar al personal de camilleros en el traslado de pacientes y contribuir a la mejor atención y trato digno.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue el adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue el adecuado.</p>
	Número de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de capacitación técnico-médica	23	23	24			
	Número de servidores públicos inscritos en acciones de capacitación técnico-médica X 100	25	25	25			



COMPONENTE (3)	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	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 del 100% en el porcentaje de eventos de capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-medica, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	Número de Eventos de Capacitación en materia técnico-médica realizados satisfactoriamente	1	1	1			La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio obedece a que en mayo de 2018 se impartió el curso de "Movilización y traslado de pacientes".
	Número total de Eventos de Capacitación en materia técnico-médica realizados en el periodo de evaluación X 100	1	1	1			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue el adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue el adecuado.
ACTIVIDAD (4)	Porcentaje de temas identificados en materia técnico-médica que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	39.3	39.3	40.0	1.8	VERDE	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 1.8% en el porcentaje de temas identificados en materia técnico-médica que se integran al programa anual de capacitación, con respecto a la meta programada de 39.3%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color verde.
	Número de temas en materia técnico-médica incluidos en el Programa Anual de Capacitación	22	22	22			La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que los 22 temas en materia técnico-médica identificados en las encuestas de Detección de Necesidades de Capacitación fueron incluidos en el programa anual de capacitación.
	Número de temas detectados en materia técnico-médica que se apegan a las funciones de los servidores públicos X 100	56	56	55			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue el adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue el adecuado.
ACTIVIDAD (5)	Porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	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 del 100% en el porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC), que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde.
	Número de temas en materia técnico-médica contratados incluidos en el PAC	1	1	1			La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que en mayo de 2018 se impartió el curso de "Movilización y traslado de pacientes".
	Número de temas en materia técnico-médica programados para contratarse que se incluyeron en el PAC X 100	1	1	1			RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue el adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue el adecuado.



PROGRAMA PRESUPUESTAL: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"						
ÁREA: CAPACITACIÓN ADMINISTRATIVA-GERENCIAL						
	Porcentaje de temas identificados en materia Administrativa y gerencial que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	24.4	24.4	25.6	4.9	VERDE
ACTIVIDAD (4)	Número de temas en materia Administrativa y gerencial incluidos en el Programa Anual de Capacitación	19	19	20		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 4.9% en el porcentaje de temas identificados en materia administrativa y gerencial que se integran al programa anual de capacitación, con respecto a la meta programada de 24.4%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento de color verde. La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que los 20 temas en materia administrativa-gerencial identificados en las encuestas de Detección de Necesidades de Capacitación fueron incluidos en el programa anual de capacitación. RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue el adecuado. ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue el adecuado.
	Número de temas detectados en materia Administrativa y gerencial que se apegan a las funciones de los servidores públicos X 100	78	78	78		

Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, del Programa Presupuestal E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la salud” se reportaron un total de **15 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	8	0	1	9
	Capacitación	6	0	0	6
Total		14	0	1	15

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

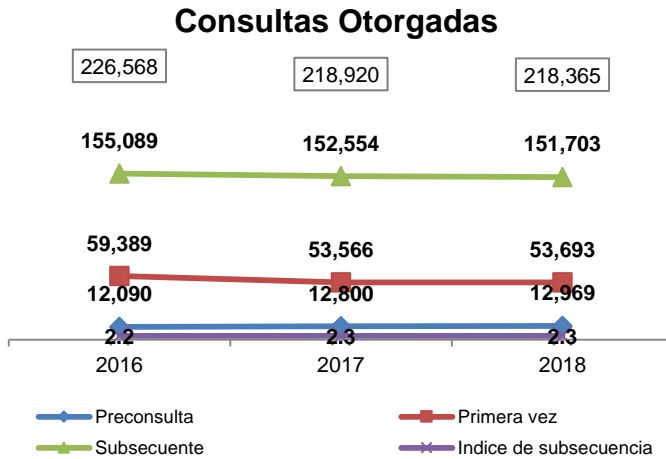
Cabe señalar, que la numeración de los indicadores corresponde al número asignado en la Matriz de Indicadores para Resultados (**MIR**) y la variación de los resultados se refleja con base en los parámetros de semaforización establecidos en la Ficha Técnica del indicador.

Área: Formación de posgrado y educación continua

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
14	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua	91.2	78.2	14.3	Inferior	Se tuvo una menor participación por parte de los profesionales de la salud, principalmente en los cursos de: Abordaje Clínico y Diagnóstico del Paciente en Estado de Coma, Obstetricia Crítica: Emergencias y Tópicos Actuales, II Curso de Intervención de Medicina del Deporte en el Tercer Nivel de Atención, Manejo Integral del Paciente Crítico en Urgencias y VIII Curso Interinstitucional de Urgencias Trauma y por la cancelación de dos cursos.	Fortalecer por parte de los organizadores la estimación adecuada de profesionales de la salud que asisten a los cursos de educación continua.

ATENCIÓN MÉDICA

1. Número de Consultas Otorgadas.



Durante el periodo de enero a diciembre 2018 se otorgaron 218,365 consultas, cifra similar a la registrada en el mismo periodo 2017, que fue de 218,920 consultas, este resultado se debe a la capacidad con la que cuenta el Hospital para atender la demanda de población usuaria que requiere atención médica en la consulta externa, además de que la Institución está acreditada ante el Sistema de Protección Social en Salud.

Se otorgaron un total de 12,969 preconsultas, 169 consultas más respecto a las 12,800 preconsultas reportadas en el mismo periodo de 2017. Es importante mencionar que el Hospital, continúa realizando la programación de la cita médica vía telefónica a 1,088 pacientes que hicieron uso de este mecanismo, mejorando el acceso a los servicios a la atención médica mediante el uso de tecnologías.

Se atendieron un total de 53,693 pacientes en consulta de primera vez, mostrando un incremento de 127 consultas con respecto a las 53,566 otorgadas en el mismo periodo de 2017. Manteniendo una tendencia de atención oportuna.

Se otorgaron 151,703 consultas subsecuentes, registrándose 851 atenciones menos, con respecto a las 152,554 otorgadas en el mismo periodo de 2017, esta disminución se debe entre otros factores a una menor actividad quirúrgica en los servicios de consulta externa por cierre de quirófanos.

Morbilidad

Morbilidad en Consulta Externa de 1ª vez de especialidad, por enfermedad			
No.	2016	2017	2018
1	Embarazo	Embarazo	Embarazo
2	Hiperplasia de la próstata	Hiperplasia de la próstata	Hiperplasia de la próstata
3	Diabetes tipo 2	Hipertensión arterial	Obesidad



4	Hipertensión arterial	Enfermedad isquémica crónica del corazón	Hipertensión arterial
5	Cálculo renal	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	Enfermedad isquémica crónica del corazón
6	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	Cálculo renal	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)
7	Enfermedad isquémica crónica del corazón	Diabetes tipo 2	Cálculo renal
8	Hemorragia vaginal y uterina anormal	Obesidad	Diabetes tipo 2
9	Cáncer de mama	Episodio depresivo	Episodio depresivo
10	Episodio depresivo	Cáncer de mama	Trastorno de ansiedad

En la tabla anterior, se observa que la supervisión del embarazo es la principal causa de atención, observando que las enfermedades neoplásicas y metabólicas así como las crónico degenerativas a nivel cardiovascular se mantienen en posición similar a lo reportado en el periodo anterior.

2. Número de Urgencias.

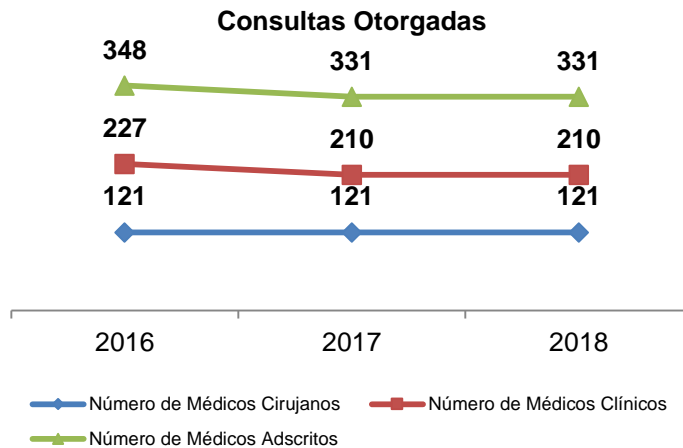
Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se otorgaron 42,679 atenciones en los diferentes servicios de urgencias del Hospital, mostrando una disminución del 3.5% con relación a las 44,233 atenciones registradas durante el mismo periodo de 2017. La variación en el número total de atenciones de urgencia, se debió a la modificación del proceso para la valoración del paciente en *triage*, priorizando la atención oportuna y adecuada de aquellos pacientes en escala crítica y de emergencia.

Se registró una tasa del 17.1% de urgencias reales y de 82.9% en las urgencias sentidas, lo que muestra una mejora en la identificación de los casos que requieren atención prioritaria.

3. Número de Casos Nuevos Atendidos.

Durante el periodo 2018, el Hospital atendió un total 53,693 casos nuevos atendidos en las especialidades, comportamiento similar, respecto a los 53,566 casos nuevos atendidos en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que se continúa realizando un filtro eficiente por parte de Preconsulta, aceptando y derivando a consulta de especialidad a los que realmente requieren de los servicios de la Institución.

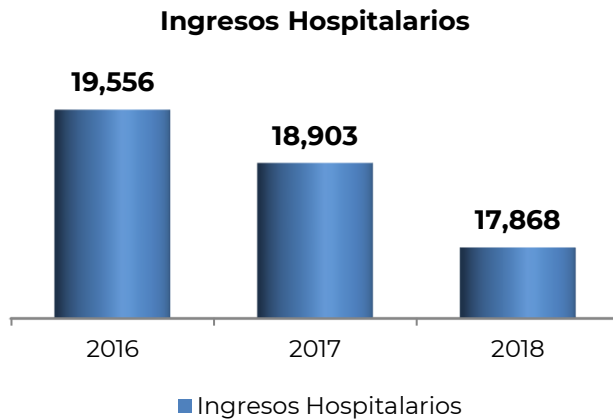
4. Total de Médicos Adscritos



El Hospital tiene una plantilla médica de 331 especialistas que brindaron atención médica quirúrgica y que colaboran en las áreas de apoyo de diagnóstico y tratamiento, de los cuales 210 son clínicos y 121 cirujanos.

Durante el periodo de reporte, el promedio de consultas otorgadas por médico adscrito fue de 789 consultas, es decir, 6 consultas menos en comparación con lo reportado al mismo periodo de 2017 que fue de 795.

5. Número de Ingresos Hospitalarios.



Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se registraron un total de 17,868 ingresos hospitalarios, lo que representa una disminución del 4.8%, con respecto a los 18,903 ingresos reportados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que hubo una menor afluencia de pacientes en los servicios de urgencia y consulta externa, aunado al cierre durante dos meses

de la Unidad quirúrgica.

Es importante señalar, que el 53% de los ingresos totales registrados en el Hospital, se realizaron por los servicios de Urgencias.



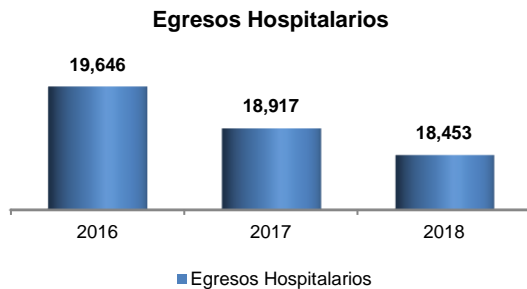
Morbilidad Hospitalaria

Principales Causas			
No.	2016	2017	2018
1	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
2	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
4	Enfermedades del corazón	Parto único espontáneo	Enfermedades del corazón
5	Parto único espontáneo	Enfermedades del corazón	Parto único espontáneo
6	Colelitiasis y colecistitis	Colelitiasis y colecistitis	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
7	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Colelitiasis y colecistitis
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Influenza y neumonía	Influenza y Neumonía
9	Hernia de la cavidad abdominal	Hernia de la cavidad abdominal	Hernia de la cavidad abdominal
10	Influenza y neumonía	Enfermedades cerebrovasculares	Insuficiencia renal

En la tabla anterior, se observa un comportamiento similar en las principales causas de morbilidad hospitalaria, reportadas durante los periodos 2016, 2017 y 2018.

Los tumores malignos, las causas obstétricas directas, así como los traumatismos y envenenamientos siguen siendo las primeras tres causas de atención hospitalaria. Además de las enfermedades del corazón y ciertas afecciones originadas en el período perinatal modificaron su posición ocupando la posición cuatro y seis, respectivamente. Lo anterior, se debió a la variación a frecuencia de atención de los padecimientos.

6. Total de Egresos.



Durante el periodo de reporte de 2018, se registraron un total de 18,453 egresos hospitalarios, mostrando una disminución del 2.5% con respecto a los 18,917 egresos registrados en el mismo periodo de 2017.

Número de Egresos Hospitalarios por Mejoría.

Motivo de Egreso Hospitalario			
	2016	2017	2018
Ingresos	19,556	18,903	17,868
Egresos	19,646	18,917	18,453
Egresos por mejoría	18,154(92.4%)	17,574 (92.9%)	17,011 (92.2%)
Defunción	866	854	922
Altas voluntarias	179	434	83
Pase a otra unidad	1	0	8
Otro motivo	446	55	429

Los egresos por mejoría registrados fueron 17,011, lo que representa el 92.2% del total de los egresos hospitalarios. Comportamiento similar al mismo periodo de 2017. Este resultado obedece a los esfuerzos realizados por la institución al contar con infraestructura y recursos para brindar una atención médico quirúrgica de calidad, eficiente, efectiva y eficaz; que permite a los pacientes restablecer su salud satisfactoriamente

Durante el periodo de reporte, se registraron un total de 922 defunciones, que representa el 4.9% con respecto al total de egresos; comportamiento similar al 4.5% registrado durante el mismo periodo de 2017. Este resultado se debe a que los pacientes presentan patologías de mayor complejidad, además de que al llegar de otras instituciones de salud, con complicaciones inherentes a la evolución de la enfermedad; se reduce la oportunidad de atención, así como la recuperación de los mismos.

En la siguiente tabla, se listan las causas por alta voluntaria y otro motivo, las cuales se relacionan a situaciones personales del paciente.



Alta Voluntaria	
Causa	Casos
No acepta tratamiento	29
Continúa en tratamiento en otro hospital	19
Petición del paciente	11
Solicitud de familiar	13
Reprogramación de cirugía	11
Total	83

Otro Motivo	
Causa	Casos
Motivos personales	333
Máximo beneficio	62
Falta de insumos que debe adquirir el paciente	34
Total	429

Es importante mencionar, que ningún caso se debió a maltrato por personal de la Institución, y que los pacientes clasificados en los primeros tres rubros del cuadro de alta voluntaria y el primero de otros motivos, recibieron la atención medica requerida, así como la información relacionada a su enfermedad.

7. Número de Cirugías.

Cirugías			
Tipo de cirugía	2016	2017	2018
Cirugías mayores	10,410	9,912	9,214
Cirugías menores	5,019	7,379	3,452
Total	15,429	17,291	12,666

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se realizaron un total de 12,666 cirugías, mostrando un decremento del 26.7%, con relación a las 17,291 intervenciones quirúrgicas registradas en el mismo periodo de 2017.

Cirugías Mayores

Las cirugías mayores realizadas durante el periodo de reporte fueron 9,214, mostrando una disminución del 7% respecto a las 9,912 registradas en el mismo periodo de 2017.

Como se observa en la siguiente tabla, debido a las medidas implementadas como la atención de pacientes durante fines de semana y programación en grupos.



Intervenciones Quirúrgicas Mayores			
Por especialidad	2016	2017	2018
Gineco-obstetricia	2,345	2,315	2,318
Cirugía General	1,850	1,845	1,743
Oncología	1,044	1,044	987
Ortopedia	964	844	663
Oftalmología	681	665	408
Urología	770	720	625
Neurocirugía	628	530	541
Otorrinolaringología	545	547	517
Cirugía pediátrica	398	348	424
Cirugía plástica	243	157	137
Cirugía maxilofacial	195	195	188
Cirugía cardiovascular	141	175	193
Nefrología y trasplantes	81	33	65
Cirugía de tórax	9	5	20
Otras especialidades	516	489	385
Total	10,410	9,912	9,214

La siguiente tabla muestra las principales intervenciones quirúrgicas mayores por orden de frecuencia

Principales Intervenciones Quirúrgicas por orden de Frecuencia			
No.	2016	2017	2018
1	Colecistectomía laparoscópica	Colecistectomía laparoscópica	Colecistectomía laparoscópica
2	Reducción abierta y fijación interna	Reducción abierta y fijación interna	Reducción abierta de fractura con fijación interna
3	Facoemulsificación de catarata	Facoemulsificación de catarata	Laparotomía
4	Laparotomía exploradora	Apendicectomía	Apendicectomía
5	Apendicectomía	Prostatectomía transuretral	Facoemulsificación de catarata
6	Prostatectomía transuretral	Laparotomía exploradora	Histerectomía total abdominal
7	Histerectomía simple no radical	Histerectomía total abdominal	Reparación unilateral de hernia inguinal
8	Plastía inguinal	Plastía inguinal	Resección transuretral de próstata
9	Extracción transuretral de litos de uréter y pelvis renal	Rinoplastia	Operaciones de reparación y cirugía plástica sobre la pirámide nasal
10	Plastía de pared abdominal	Nefro-ureterectomía	Craneotomía y craniectomía



Cirugías de Alta Especialidad.

En la siguiente tabla se muestran los procedimientos mayores desglosados por capítulo de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Servicio	Procedimiento	Total
Cirugía General	Plastía laparoscópica	79
	Sigmoidectomía, restitución de tránsito intestinal	37
	Esplenectomía laparoscópica	8
	Funduplicatura laparoscópica	27
Cirugía de Tórax	Mediastinitis, Resección de tumores, Decorticaciones	27
Cirugía de Corazón y de Grandes Vasos	Cambio valvular (aórtico, mitral, tricuspídeo)	10
	Cierre de conducto arterioso	2
	Revascularización coronaria	1
Cirugía vascular	Exploración vascular y arterial, Colocación de injertos vasculares	31
Cirugía maxilofacial	Reducción abierta de fracturas faciales	29
	Cirugía ortognática	38
Trasplantes	Trasplante renal	13
Neurocirugía	Meningioma, meduloblastoma + otras tumoraciones	155
	Malformación arteriovenosa	19
	Laminectomía, Instrumentación cervical y lumbar	33
Oncología	Mastectomía	106
	Resección tumoral vía laparoscópica	85
	Tiroidectomía	65
	Gastrectomía laparoscópica	22
	Histerectomía laparoscópica	23
Ortopedia	Artroplastías	87
	Cirugía de columna e instrumentación	16
Otorrinolarongología	Drenaje de absceso profundo en cuello	65
	Cirugía endoscópica	51
	Timpanoplastía	34
Cirugía plástica	Reconstrucción microquirúrgica	14



	Reconstrucción mamaria, obesidad morbida	8
Urología	Resección transuretral de próstata	185
	Ureterolitotripsia	87
	Ureterorenoscopia	61
	Nefrectomía laparoscopica	38
	Laparoscopia (Adenectomía, pielolitotomía, prostatectomía, etc.)	38
	Nefrolitotmía percutanea	
C.General/Oncologia	by pass gastrico laparoscopico	19
Cirugía Pediátrica	Reimplante vesicouretral / cirugia laparoscopica en niños	64
Total		1,577

Cirugías Menores

Servicio	2016	2017	2018
Cirugía maxilofacial	1,193	4,316	1,933
Oncología	1,740	531	589
Obstetricia y Ginecología	409	703	485
Dermatología	800	476	346
Oftalmología	613	149	52
Cirugía plástica	107	83	41
Otorrinolaringología	-	24	5
Urología	157	732	1
Oncología Pediátrica	-	365	-
Total	5,019	7,379	3,452

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, las cirugías menores realizadas fueron 3,452, mostrando una disminución del 53.2%, con relación a las 7,379 cirugías efectuadas en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que se reclasificaron algunos procedimientos que eran considerados como quirúrgicos menores y que el servicio de Oftalmología dejó de realizar inyecciones intravitreas de Bevacizumab, cuyo uso se interrumpió en México en atención a la recomendación emitida por la Comisión Federal para la Protección contra Registros Sanitarios en 2017.



En el cuadro siguiente se muestra el registro de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos; anteriormente considerados como quirúrgicos menores:

Especialidad	Procedimiento	Diagnóstico	Terapéutico
Maxilofacial	Toma de impresión de modelo	624	0
	Toma de arco facial y articulado de modelo	369	0
	Toma de fotografía para cirugía ortognática	219	0
	Trazado dx cefalométrico tejidos duros o blandos	82	0
	Trazado predicción quirúrgico y fotopredicción	73	0
	Procedimiento dx. preoperatorio sin paciente ni expediente	17	0
	Biopsias excisional en consulta externa	41	0
	Biopsias incisional en consulta externa	33	0
	Cirugía modelos y confección férulas quirúrgicas	102	0
	Sesiones de interpretación tomográfica	99	0
Subtotal		1,659	0
Urología	Uretrocistoscopia	391	0
	Biopsia	97	0
Subtotal		488	0
Dermatología	Electrofulguraciones	0	87
	Rasurados	0	28
	Curetajes	0	13
Subtotal		0	128
Onco pediatría	Punción Lumbar	27	257
	Terapia intratecal	0	246
	Aspirado de médula ósea	140	0
	Biopsia médula ósea	11	0
	Inmunofenotipo	53	0
	Biología molecular	17	15
	Cariotipo	4	5
Subtotal		252	523
Total		2,399	651

Procedimientos endoscópicos

Procedimientos Endoscópicos			
	2016	2017	2018
Terapéuticos	3,991	1,743	1,842
Diagnósticos	3,808	3,549	3,708
Total	7,799	5,292	5,550

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se registraron un total de 5,550 procedimientos endoscópicos (1,842 terapéuticos y 3,708 diagnósticos), mostrando un incremento del 4.9%, con relación a los 5,292 realizados en el mismo periodo de 2017. Este resultado obedece a que el Hospital es considerado como una institución de alta especialidad y de referencia nacional en endoscopia



terapéutica y diagnóstica, por lo que se brinda apoyo a instituciones públicas de salud como el Hospital General, Hospitales de la Ciudad de México, Hospital General de Tlalnepantla, Hospital General Cuautitlán, Hospital General Tultitlan, Hospital General de Ceylán y el Hospital General de Tlaxcala.

8. Número de cirugías /Número de cirujanos.

Durante el periodo de reporte de 2018, el número de cirugías realizadas por cirujano es de 105, lo que representa una disminución de 38 procedimientos con relación a las 143 cirugías en promedio alcanzadas en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió al cierre de los quirófanos centrales en octubre y noviembre, así como a la disminución de procedimientos quirúrgicos menores, en los servicios de Maxilofacial, Urología, Dermatología y Onco Pediatría.

Diferimiento Quirúrgico.

Indicador	2016	2017	2018
Promedio por sala/día	2	3	2
Días promedio de diferimiento quirúrgico	13	12	4

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, el indicador “Porcentaje de Diferimiento Quirúrgico por Cirugía Electiva” (después de siete días) alcanzado en el quirófano central fue del 6.2%, es decir, cuatro días de diferimiento quirúrgico real, con relación a la programación quirúrgica inicial. Cabe señalar, que el 93.8% de la totalidad de las cirugías electivas programadas, se realizaron oportunamente.

Este resultado se debió al seguimiento de las siguientes acciones:

- Confirmación de la programación quirúrgica con los pacientes o familiares por vía telefónica.
- La (el) jefe de enfermería supervisa la llegada del paciente a la Unidad Quirúrgica a tiempo para el inicio de la cirugía.
- Reprogramación rápida, que consiste en sustituir el paciente que no ingresa por otro paciente quirúrgico en un horario de 15:00 a 19:00 horas, por el personal administrativo asignado al turno vespertino en el área de Quirófanos.
- Supervisión de las actividades que se realizan entre las intervenciones quirúrgicas para evitar tiempos perdidos.
- Distribución eficiente de los tiempos para cada quirófano en la programación de cirugías.
- Estandarización del tiempo de cirugía para los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia.



- Revisión del expediente clínico para su programación y a la llegada del paciente a la Unidad Quirúrgica.
- Programación de pacientes para cirugía los fines de semana de las especialidades de mayor demanda.

9. Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria.

10. Tasa Ajustada de Mortalidad Hospitalaria.

Al periodo de reporte de 2018, la tasa de mortalidad ajustada registrada en el Hospital fue de 3.3 reflejando un comportamiento similar al registrado en el mismo periodo de 2017 que fue de 3.2.

Respecto a la tasa bruta alcanzada, ésta fue de 5.0, mostrando un incremento de cinco décimas con respecto al 4.5 reportada en el mismo periodo de 2017. Este resultado obedece a que los pacientes presentan patologías crónicas más complejas y complicadas, lo que predispone a un incremento en la mortalidad acorde a las patologías que se atienden en el Hospital. Además, ambas tasas se encuentran por debajo de los parámetros nacionales de 5.7 para tasa bruta y de 5.8 en tasa ajustada.

No.	Principales Causas de Mortalidad		
	2016	2017	2018
1	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
2	Influenza y Neumonía	Influenza y Neumonía	Influenza y Neumonía
3	Diabetes tipo 2	Diabetes tipo 2	Diabetes tipo 2
4	Enfermedades del hígado	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
5	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Insuficiencia renal crónica	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Accidentes
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal
9	Traumatismos diversos	Accidentes	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
10	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo

En la tabla anterior, se observa que no existe cambio en las patologías que aqueja a la población atendida, ya que continúan siendo las crónico degenerativas y sus

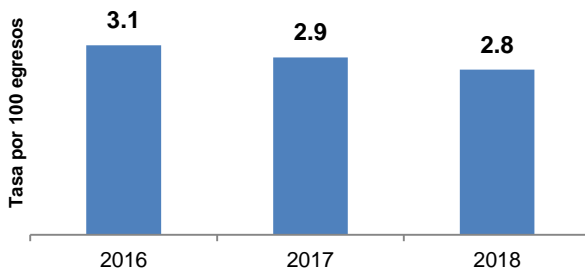


complicaciones, la principal causa de mortalidad. En algunos de los casos, el Hospital recibe a pacientes referidos de otras instituciones que llegan en estados críticos o estadíos avanzados, debido a que presentan múltiples comorbilidades o complicaciones postquirúrgicas.

II.-Tasa de Infecciones Nosocomiales.

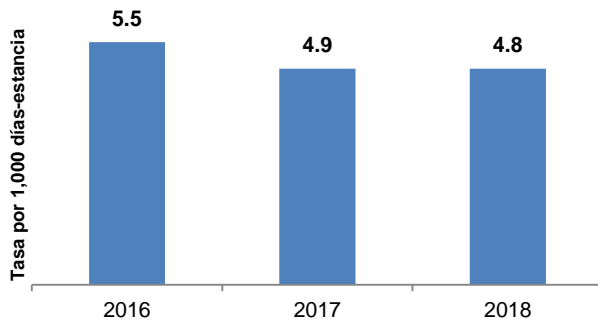
Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) representan un problema en materia de seguridad y calidad en la atención de la salud a nivel mundial. El Hospital en beneficio de los pacientes mantiene un seguimiento estrecho de este tipo de eventos de acuerdo a la presentación y comportamiento dentro de los servicios hospitalarios.

Tasa de IAAS por egresos hospitalarios



Durante el periodo de enero a diciembre 2018, se registró una tasa de incidencia de los casos IAAS por egresos hospitalarios de 2.8 casos por cada 100 egresos, observándose una disminución de 0.2 puntos de tasa en comparación al mismo periodo 2017, que fue de 2.9.

Tasa de IAAS por días-estancia

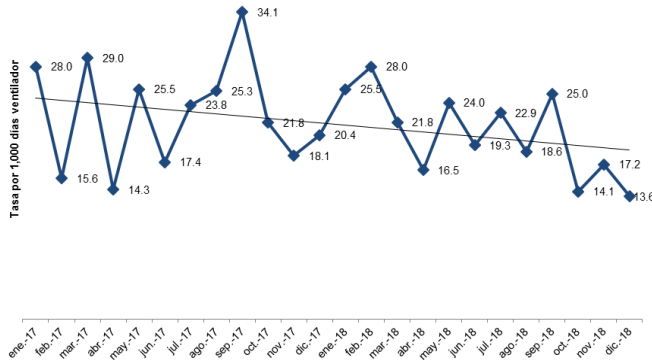


Es importante mencionar que durante el periodo de reporte, se detectaron un total de 515 casos de IAAS con una tasa de incidencia de 4.8 por 1,000 días-estancia, mostrando una disminución del 4.8% en el número de casos registrados durante el mismo periodo de 2017, que fue de 541 episodios.

Este resultado se debió al fortalecimiento de las estrategias de control de las Neumonías Asociadas a la Ventilación (NAV) y las actividades de vigilancia epidemiológica.

La implementación de estas estrategias permitió la disminución de los casos de NAV, sólo detectándose en 2018 un total 116 NAV, con una tasa de 20.7 por 1,000 días-ventilador, esto representa una reducción del 15.9% en la incidencia de los casos, respecto a las detectadas en el mismo periodo 2017, en el que se registraron 138 NAV con una tasa de 22.3 por 1,000 días-ventilador.

Incidencia de Neumonías asociadas a ventilador por días ventilador



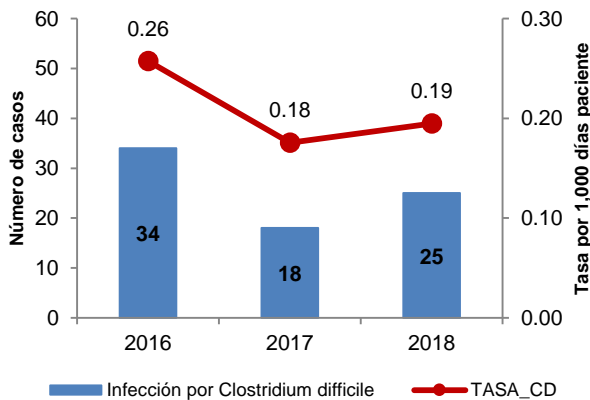
Se dio continuidad a las actividades de vigilancia epidemiológica y se comenzaron nuevas estrategias:

- Vigilancia epidemiológica activa.
- Vigilancia de limpieza y desinfección de las áreas hospitalarias.
- Reporte diario de pacientes aislados.
- Programa de capacitación de diferentes componentes del Sistema

Crítico de Prevención y Control de Infecciones.

- Curso-taller de Control de Infecciones con un total 41 asistentes internos y externos.
- Reestructura de los siguientes componentes:
 - Paquetes preventivos de NAV.
 - Paquetes preventivos de Infecciones del torrente sanguíneo relacionado a catéter.
 - Paquetes preventivos de Infecciones de vías urinarias asociadas a sonda.
 - Monitoreo de sombra de Lavado e Higiene de manos.
 - Lista de verificación para la prevención y control de infecciones.

Infección por Clostridium difficile



Además, se detectó y controló un brote de Clostridium difficile, lo cual generó un aumento en el número de casos al cierre de 2018 con un total de 25 y una tasa de 0.19 por 1,000 días paciente, en comparación con 2017 donde se registraron 18 casos con una tasa de 0.18 por 1,000 días paciente. A partir de la detección del brote se estableció de manera permanente los siguientes puntos:

- Vigilancia epidemiológica activa para la búsqueda de casos sospechosos.



- Vigilancia por laboratorio de resultados positivos de muestras enviadas para su diagnóstico.
- Inicio temprano de las medidas de precauciones por contacto y tratamiento antimicrobiano.
- Supervisión de los procesos de limpieza y desinfección hospitalaria.
- Aislamiento de cohorte en caso de que se requiera.

12. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria.

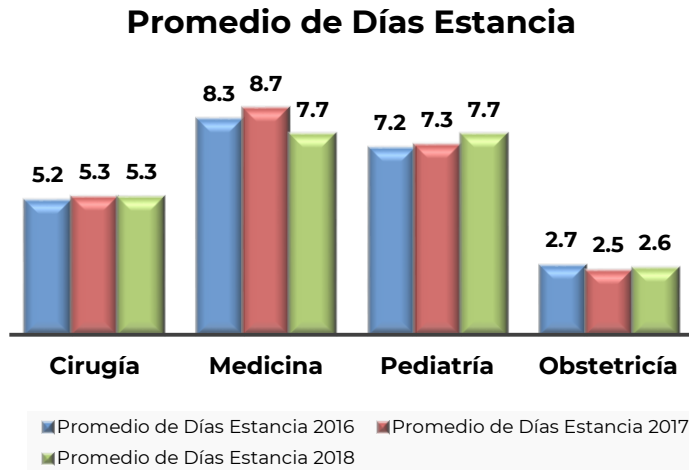
% de Ocupación Global en Camas Censables		
2016	2017	2018
91%	91%	88%

Durante el periodo de reporte, el porcentaje de ocupación hospitalaria fue de 87.5%, observando una disminución de 3.5 puntos porcentual con respecto al 91% registrado en el mismo periodo de 2017. Este resultado, se debió a un menor número de ingresos y un programa de mantenimiento de algunas áreas de hospitalización. No obstante, los pacientes demandan una mayor estancia hospitalaria, debido a la complejidad de las patologías.

Distribución de la Ocupación Hospitalaria por División			
División	2016	2017	2018
Cirugía	27.5	25.5	23.3
Medicina	28.2	28.6	30.8
Pediatría	17.6	19.3	19.4
Gineco-obstetricia	26.8	26.6	26.5

El cuadro anterior describe la predominancia de atención del paciente adulto en relación a la edad pediátrica, así como la presencia de programas en la atención materno fetal. Si bien existe diferencia entre la distribución de las áreas hospitalarias, éstas muestran un equilibrio en el cumplimiento de los programas asistenciales operativos.

Promedio de Días de Estancia en Hospitalización



En la gráfica, se presenta el promedio global de días de estancia en hospitalización durante el 2018 que fue de 5.8 días, mismo comportamiento al registrado en el mismo periodo de 2017. La causa por la cual se dio este comportamiento, obedece al cumplimiento de los planes de trabajo de los servicios, así como un equilibrio de los programas presupuestales para la atención médica.

13. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Consulta.

14. Número de Pacientes del SPSS Atendidos en Hospitalización.

Durante el 2018 el Hospital continúa acreditado en los programas de Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI y CAUSES.

Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI

Categoría	Atendidos 2016	Atendidos 2017	Atendidos 2018
Cáncer de Mama	116	127	124
Cáncer Cérvico-uterino	146	108	114
Cáncer de Niños y Adolescentes	48	43	39
Linfoma No Hodgkin	64	64	66
Cáncer de Próstata	51	73	64
Infarto de Miocardio	0	0	0
Tumor Testicular	0	0	0
Subtotal	425	415	407
Programa			
Seguro Médico Siglo XXI	47	46	171
Total	472	461	578

Durante el periodo de reporte de 2018, se atendió un total de 578 pacientes beneficiados, incrementando la atención en un 25.3% en relación a los 461



atenciones registradas en 2017. Este resultado se debió principalmente a que hubo una mayor demanda de pacientes del Seguro Médico Siglo XXI.

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Rubro	2016	2017	2018
No. de Intervenciones	117	125	135
No. de Pacientes atendidos*	1,727	2,775	3,446

Durante el periodo de reporte, se contó con 135 intervenciones ofertadas conforme al Catálogo Universal de Servicios de Salud, que representa un incremento de diez intervenciones con respecto a las 125 registradas durante el mismo periodo de 2017; lo cual permitió un incremento de 24.2% en la población beneficiada; la cual recibió atención médico quirúrgica de especialidad y alta especialidad.

A continuación se listan las entidades federativas de procedencia de los pacientes atendidos en CAUSES:

Estado	2018	%
México	2,138	62.0
CDMX	1,144	33.2
Hidalgo	43	1.2
Veracruz	20	0.6
Guerrero	18	0.5
Puebla	16	0.5
Tlaxcala	14	0.4
Oaxaca	13	0.4
Michoacán	9	0.3
Morelos	7	0.2
Guanajuato	6	0.2
Querétaro	6	0.2
Chiapas	3	0.1
Nuevo León	2	0.3
San Luis Potosí	2	
Baja California	1	
Colima	1	
Jalisco	1	
Sonora	1	
Tabasco	1	
Total	3,446	

Como se muestra en la tabla, el 95.2% de los pacientes provienen del Estado de México y la Ciudad de México.

Cabe mencionar que se continúa gestionando la inclusión de Oftalmología al Programa de CAUSES y Trasplantes de Córneas al Programa de Gastos Catastróficos.

Otros convenios de atención Médica

Durante el periodo de enero a diciembre 2018, se atendieron a 28 pacientes través de los convenios realizados para la atención médica y colaboración en acciones médico quirúrgicas siendo 26 pacientes de los Cuerpos de Seguridad Auxiliares del Estado de México (CUSAEM), y dos pacientes más del Gobierno de Chiapas.

15. Total de Personal de Enfermería.

Categoría	2016	2017	2018
Personal de plantilla activo	927	927	945
Auxiliares	55	47	42
Personal Técnico	480	465	451
Licenciatura	269	355	384
Especialistas	123	60	68
Total de personal	927	927	945

Durante el periodo de enero a diciembre 2018, el Hospital contó con una plantilla de 945 enfermeras, distribuidas en los diferentes servicios médicos, que representa un incremento de 18 enfermeras con relación al mismo periodo de 2017, que fue de 927. Destacando que durante 2018, se cubrieron las plazas del personal jubilado en 2017.

Con finalidad de fortalecer el trabajo de enfermería se priorizó la contratación de enfermas mediante una selección basada en el perfil académico de licenciatura, lo cual permite brindar una atención de calidad al paciente; situación que fortaleció el trabajo de enfermería en los servicios al contar con una plantilla de personal calificado como profesional técnico y especialistas.

Por otra parte, con la finalidad de fortalecer la calidad de la atención médica otorgada a los usuarios del Hospital, personal de enfermería participó en el desarrollo de las siguientes actividades:

- Se Implementó el programa de prevención de úlceras “9 acciones para la prevención” en los servicios de Neurocirugía, Unidad de Cuidados Intensivos



coronarios, Unidad de Terapia Intensiva, con la finalidad de reducir este tipo de eventos adversos.

- Se realizó la publicación del artículo “Prevención de infecciones asociadas al catéter venoso central”.
- Se participó en la elaboración del protocolo de prevención de infecciones asociadas al uso de ventilación mecánica y Guías de Práctica Clínica, con la Comisión Permanente de Enfermería.
- Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

Además, la Jefatura de enfermería impartió 21 cursos de actualización para personal interno y de otras instituciones en temas como:

- RCP básico para adultos.
- Curso taller Cuidado y mantenimiento de dispositivos de acceso vascular (Seguridad en la Terapia Intravenosa).
- Actualización sobre la prevención de úlceras por presión y manejo de heridas crónicas.
- Diseño de protocolos de investigación.
- Curso taller atención segura y de calidad al paciente en el servicio de hemodiálisis.
- Barreras de seguridad en el sistema de medicación.
- 3er Congreso de Enfermería en la alta especialidad.
- Curso de Inducción a pasantes de Enfermería.
- Prácticas seguras en el manejo del paciente con transplante renal.
- Calidad y Seguridad, las Buenas prácticas en el peri operatorio.
- Calidad en la atención al paciente cardiológico en Estado crítico.
- Alternativas de Fisioterapia para la seguridad del paciente Hospitalizado.

Logrando capacitar a 1,232 enfermeras y enfermeros de los cuales 644 corresponden a personal de la institución y 588 de instituciones externas.

16. Trabajo Social.

Durante el periodo de reporte, el servicio de Trabajo Social contó con una plantilla de 48 trabajadoras y trabajadores sociales, mismo comportamiento al registrado durante 2017.

El número de estudios socioeconómicos realizados por cada trabajador y trabajadora social fue de 421, mostrando un resultado similar en comparación con el mismo periodo de 2017, en el cual se realizaron 422 estudios socioeconómicos por trabajador social. Este resultado obedece a que se prioriza la realización de



estudios socioeconómicos a los pacientes que son hospitalizados a través de los servicios de Urgencias, así como los que ingresan por consulta externa para algún procedimiento quirúrgico, con la finalidad de que el usuario cubra sus cuotas de recuperación con base en su situación económica. Como consecuencia, se agiliza el proceso de egreso del paciente al recibir su alta médica.

Además, se implementó la aplicación del nivel socioeconómico número tres beneficiando a la población que no cuenta con estudio socioeconómico en las áreas de en Consulta Externa y Urgencias. El Hospital permite a la población de Consulta Externa, a través del portal Institucional la programación de cita electrónica para estudio socioeconómico, reduciendo entre los pacientes, los tiempos de espera y los costos de traslado.

Por otra parte, se implementó de manera electrónica la aplicación del estudio socioeconómico inicial y de actualización, beneficiando al paciente en la reducción de los tiempos espera, así como también se realizó la programación de estudio socioeconómico en fines de semana.

Cabe señalar, que el personal de trabajo social, impartió un curso de actualización sobre la elaboración correcta del estudio socioeconómico, compartiendo conocimientos y experiencias con los hospitales federarles de referencia, con la participación de 65 asistentes, de los cuales 15 pertenecen a la Institución.

17. Farmacia

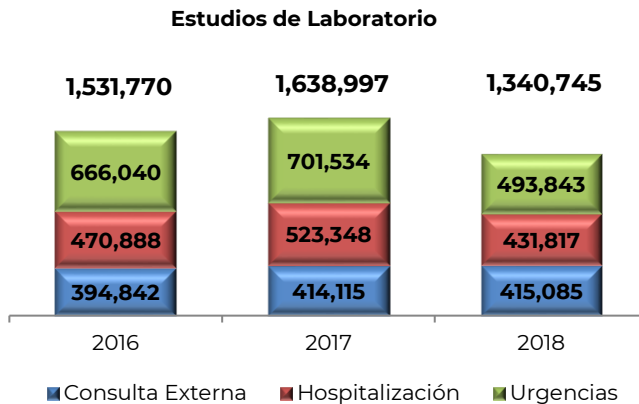
Durante el periodo de reporte, el porcentaje de abasto de medicamentos fue del 98%, mostrando un comportamiento similar al registrado en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que el Hospital cuenta con una farmacia hospitalaria que abastece medicamentos por unidosis y material de curación y una central de mezclas que suministra los medicamentos oncológicos, los antibióticos y la nutrición parenteral necesarios para la atención de los pacientes en las diversas áreas hospitalarias; lo que ha permitido que se haya autorizado una licitación para el periodo 2018-2020.

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

Durante el periodo de reporte, se realizaron un total de 18,870 estudios de Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética, los cuales se consideran como especializados, reflejando un comportamiento similar con respecto a los 18,728 estudios reportados en el mismo periodo de 2017. Este resultado obedece a que se han realizado mejoras a la infraestructura y equipamiento.

Cabe señalar, que a partir de mayo de 2018 se implementó la realización de estudios programados en fines de semana, con el propósito de beneficiar a los pacientes en su oportuno diagnóstico.

19. Número de Estudios de Laboratorio.



Durante el periodo de reporte, el Laboratorio Clínico Central realizó un total de 1,340,745 estudios, los cuales fueron solicitados por los servicios médicos de hospitalización, consulta externa y urgencias, reflejando una disminución del 18.2%, con respecto a los reportados en el mismo periodo de 2017 que fue de 1,638,997.

Este resultado se debió a la falta de suficiencia presupuestal para el suministro de los reactivos necesarios para realización de los diversos estudios. No obstante, el personal químico del laboratorio central supervisa e identifica analitos de urgencia real y verifica y valida la solicitud de estudios con base en los diagnósticos de los pacientes, evitando la realización de estudios no indispensables.

Por otra parte, se implementaron las técnicas para el desarrollo de pruebas de biología molecular para el estudio de hepatitis "C", Perfiles toxicológicos, de alérgenos y de tamiz neonatal básico completo

20. Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.

Transfusiones por hemocomponentes			
Productos	2016	2017	2018
Concentrados eritrocitarios	10,633	10,306	9,776
Concentrados de plaquetas	10,292	9,700	8,975
Unidades de plasma	4,981	3,902	3,021
Crio-precipitados	3,473	3,774	2,384
Total	29,379	27,682	24,156

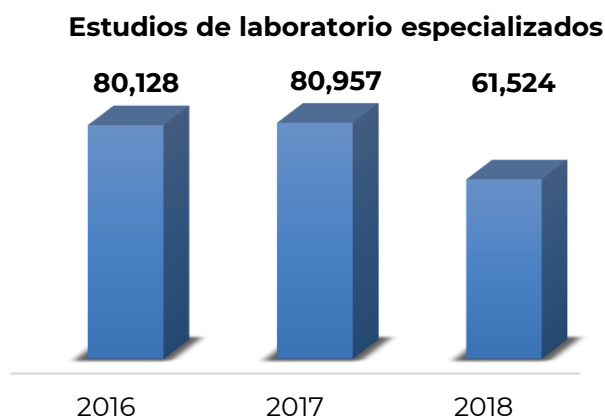
Total de donadores aceptados			
Tipo	2016	2017	2018
Familiar	13,411	12,845	11,122
Altruista	16	94	14
Total	13,427	12,939	11,136

Durante el periodo de reporte 2018, se registraron un total de 24,156 hemoderivados transfundidos, observándose un decremento del 12.7% en relación mismo periodo de 2017, en que se registraron 27,682. Este resultado fue a causa del cierre de quirófano central, así como de una menor suficiencia presupuestal durante el primer semestre, para la adquisición de reactivos e insumos en los procesos de disposición, análisis, preservación y transfusión de hemocomponentes, impactando directamente en la captación de sangre. A pesar de este resultado, no se puso en riesgo la atención de pacientes que requirieron hemotransfusión de manera segura y oportuna.

Por otra parte, con la finalidad de sensibilizar e impulsar la donación altruista de sangre se realizaron actividades como:

- Pláticas en el área de Banco de Sangre de lunes a viernes para la promoción de donación altruista de sangre.
- En el marco del día mundial del donante de sangre, se informó y sensibilizó a médicos, estudiantes, pacientes, familiares y público en general sobre la importancia de la donación altruista de sangre.
- Se participó con instituciones externas como: Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea del Estado de Hidalgo y la Academia Mexicana de Medicina de Primer Contacto A.C., con la finalidad de fomentar e informar la importancia de la donación de sangre.

21. Número de Estudios de Laboratorio Especializados.



Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se realizaron un total de 61,524 estudios especializados de laboratorio, mostrando un disminución del 24%, con respecto a los 80,957 estudios realizados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió, principalmente a una suficiencia presupuestal menor para el suministro de los reactivos, por lo que Laboratorio Central

aplicó las estrategias de contención, con la finalidad otorgar atención oportuna a los pacientes con enfermedades de alta complejidad.



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

Durante el periodo enero a diciembre de 2018, el Hospital contó con un Patronato y 21 grupos de apoyo de las siguientes instituciones:

1. ONG Albergue Dar es Amar
2. ONG Amor Infinito
3. Fundación Aquí Nadie se Rinde
4. ONG Central Mexicana de AA
5. ONG Congregación Cara México
6. Fundación Beceiro
7. Fundación Dr. Sonrisas
8. Fundación Iluminando con Amor
9. Fundación Leer Contigo
10. ONG Grupo Reto
11. ONG Colegio Ovalle
12. ONG Professional Connection
13. Fundación Make a Wish
14. Fundación México Sonríe
15. Fundación Rebecca de Alba
16. Fundación Por un Hogar
17. Fundación Tik Nime
18. Fundación Santiago
19. ONG Regalo de Amor
20. ONG Risaterapia
21. ONG Misión Hospitalaria

23. Premios, Reconocimientos y Distinciones Recibidos.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, el personal médico del Hospital recibió los reconocimientos:

- La Academia Mexicana de Cirugía y la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, otorgan tres Menciones Honoríficas a médicos del Servicio de Oftalmología.
- Médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva Pediátrica recibe Mención Honorífica en las Jornadas de Médicos Residentes de Instituciones Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en el marco del “Taller de manejo avanzado de la vía aérea, ventilación mecánica asistida en el paciente pediátrico y neonatal”.
- La Asamblea Legislativa de la Ciudad de México, otorgó a la Jefe del Servicio de Nefrología, el Premio al Mérito Ciudadano 2018, por las Aportaciones y



Lucha para prevención y Atención oportuna de la enfermedad Renal en Beneficio de los Mexicanos.

- La Sociedad de Medicina Crítica de Norte América y el Congreso Anual del Colegio American de Médicos nombran al Jefe del Servicio de Terapia intensiva como revisor de resúmenes clínicos.
- Médico adscrito al Servicio Terapia Intensiva recibe nombramiento como “Chair Of te World Sepsis Day Committe” en el equipo de trabajo Global Sepsis Alliance Advance así como también, es nombrado como miembro del Consejo del Instituto Latino Americano de Sepsis, además de ser Ganador del Premio “Global Sepsis Award” que otorga GSA y Erinkay Flatley Memorial Foundation.
- La Asociación Nacional Mexicana de Urgencias / Emergencias Pediátricas, Otorga el Primer Lugar al Servicio de Urgencias Pediatría en la categoría de trabajos libres al tema “Ictericia en el Servicio de Urgencias Pediatría”
- El jefe del servicio de Terapia Intensiva, fue nombrado revisor de resúmenes clínicos, en el marco del 47° Congreso de la Sociedad de Medicina Crítica de Norte América y en el 32° Congreso Anual del Colegio Americano de Médicos.

Otros Aspectos

Resolución de Embarazos.

Tipo de parto	2016	2017	2018
Parto eutócico	1,186	1,383	1,226
Parto distócico vaginal	1	1	0
Cesárea	918	926	*937
Total	2,105	2,310	2,163

*Todos los casos fueron sometidos estrictamente a una segunda opinión, el 37% cumplieron con criterios absolutos y 63% con criterios relativos como se hace constar en los expedientes clínicos.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se brindaron un total de 2,163 atenciones obstétricas, reflejando una disminución del 6.4% con relación a los 2,310 atenciones registradas durante el mismo periodo de 2017.

El Hospital continúa aplicando la política de “cero rechazo”, por lo que se evalúan a todas las pacientes que acuden al servicio de Urgencias Gineco-Obstétricas, así



como a la captación de pacientes que cuentan con la cobertura a través del Programa CAUSES en la atención obstétrica bajo la cobertura del Sistema de Protección Social en Salud del Seguro Popular.

Tasa de Cesáreas

Durante el periodo de reporte de 2018, se realizaron un total de 937 atenciones obstétricas mediante cesáreas, observándose un incremento del 1.2% con respecto a las 926 registradas en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió al mayor número de pacientes con múltiples patologías asociadas a la gestación que acuden al hospital solicitando atención médica que en algunos casos obligó a la activación del código mater.

Al respecto, la tasa de cesárea registrada fue del 43.3%, reflejándose un incremento del 3.2 puntos porcentuales con relación a la obtenida en el mismo periodo 2017, que fue de 40.1%.

Es importante mencionar que en el servicio de Obstetricia, permanentemente se aplica como estrategia, la supervisión con la segunda opinión médica para la realización de la cesárea en todas las pacientes que serán sometidas a dicha intervención. Además, se contempla la correcta aplicación de la prueba de trabajo de parto y se permite el parto en las pacientes con cesárea previa y en ningún caso programan procedimientos quirúrgicos electivos antes de la semana 39.

Atención Obstétrica en Adolescentes

Partos en pacientes adolescentes (12 a 19 años)			
Tipo de parto	2016	2017	2018
Eutócico	322	374	309
Distócico	2	0	0
Cesárea	180	167	173
Total	504	541	482

El comportamiento de las atenciones obstétricas en adolescentes durante el periodo de reporte, representa el 22.6% del total de las atenciones, mostrando una disminución de 0.8 puntos porcentuales en relación al 23.4% registrado en el mismo periodo 2017.

Es importante mencionar que el hospital continúa reforzando el programa de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), mediante información sobre planificación familiar a todas las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal consulta externa, así como el ofrecer algún método anticonceptivo a todas las pacientes puérperas, aplicando sólo en aquellas que otorgan su

consentimiento informado para alguno de los siguientes métodos: dispositivo intrauterinos, implante subdérmico o la oclusión tubaria bilateral.

Nacimientos



Durante el periodo de enero a diciembre 2018, el Servicio de Obstetricia del Hospital atendió un total de 2,193 nacimientos, reflejando un comportamiento menor en un 6.7%, respecto mismo periodo de 2017, en el cual se registraron 2,353 nacimientos durante el mismo periodo de 2017.

Emergencia Obstétrica (Código Mater)

El Hospital cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado para la atención de emergencias obstétricas integrado por los servicios de Gineco-Obstetricia, Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intensivos Adultos, Anestesiología, Cirugía General, Enfermería, Laboratorio Central, Banco de Sangre, Imagenología, Asistentes de la Dirección Médica, Trabajo Social, Admisión Hospitalaria y camilleros.

Activación del Código Mater	No. de pacientes
Unidad Tocoquirúrgica	37
Urgencias ginecología	77
Piso de hospitalización	13
Total	127

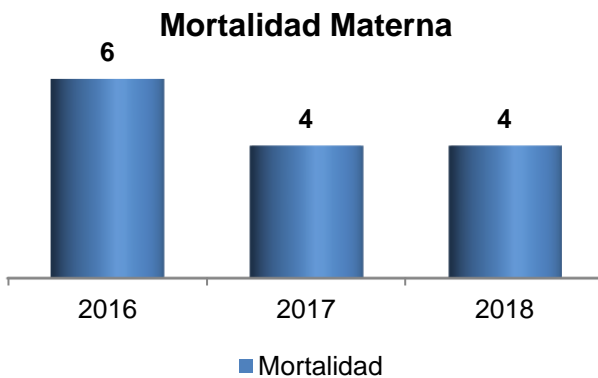
Causa de activación	No. de pacientes
Preeclamsia severa	58
Hemorragia obstétrica	19
Embarazo ectópico roto	13
Síndrome de Hellp	3
Cardiopatía materna	2
Otras	32
Total	127

Durante el periodo enero a diciembre de 2018, se atendieron un total 127 de emergencias obstétricas, a través de la aplicación del Código Mater, en las áreas de urgencias gineco-obstetricia, tococirugía y hospitalización, con un tiempo

promedio de respuesta de cuatro minutos, mostrando un incremento de un minuto con relación a los tres minutos registrados en el mismo periodo 2017.

El índice de mortalidad de pacientes que requirieron de activación de Código Mater fue del 2.3%. No obstante, no se considera una muerte materna atribuible al Hospital.

Mortalidad Materna



Durante el periodo enero a diciembre de 2018, en el Hospital se registraron cuatro muertes maternas, mismo número de casos que se reportaron durante periodo de 2017.

Cabe señalar, que el Comité de Muerte Materna Institucional, evaluó los cuatro casos y determinó que no hubo responsabilidad para el Hospital, habiéndose atendido a las pacientes en forma conveniente, de acuerdo con

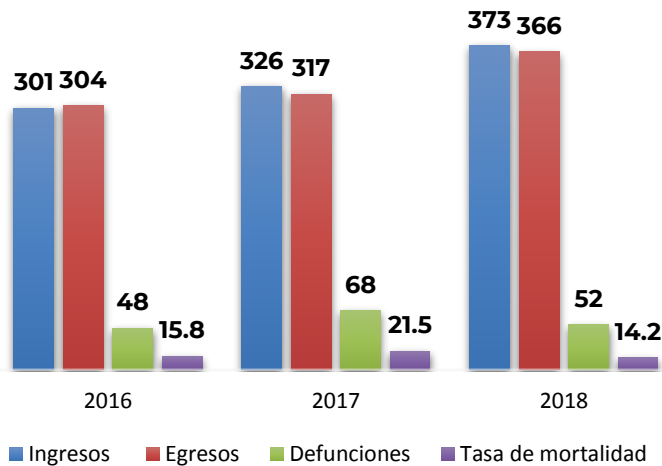
el avance de la enfermedad primaria y el momento de solicitud de la atención.

No se omite mencionar, que la resolución del embarazo y control prenatal de las pacientes no se realizaron en el Hospital.

Muertes maternas			
No.	Diagnóstico principal	Causa de la muerte	Evitable
1	Pancreatitis Aguda	Acidosis metabólica Choque séptico de origen abdominal Pancreatitis de origen biliar Puerperio tardío	No
2	Linfoma difuso de Células grandes	Choque séptico Neutropenia Linfoma difuso de Células grandes Puerperio post aborto	No
3	Insuficiencia Respiratoria Aguda	Dermatomiositis Muerte materna tardía (56 días post cesárea)	No
4	Síndrome Mielo Proliferativo	Choque Séptico Proceso mielo proliferativo	No

Terapia Intensiva Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos



Durante el periodo de reporte, se registraron un total de 373 ingresos, lo que representa un incremento del 14.4% en relación 326 ingresos reportados en 2017.

Este resultado se debió al aumento de pacientes en estado crítico y que son referidos de los servicios médicos quirúrgicos del Hospital y de otras instituciones de salud públicas o privadas.

El número de egresos alcanzado fue de 366, lo que representa un incremento del 15.5% con respecto a los 317 registradas el año anterior, derivado del apego a protocolos de atención.

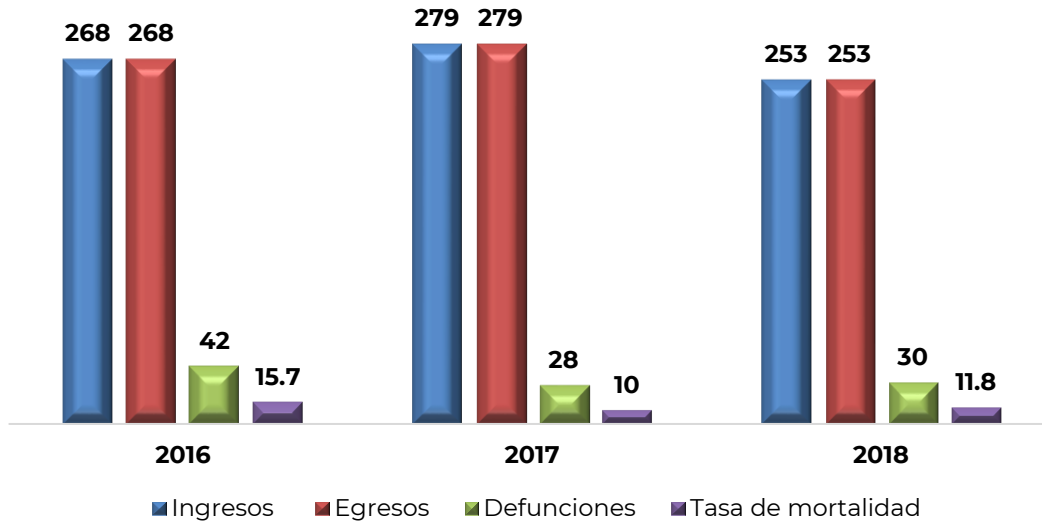
Se registraron 52 defunciones, lo que representa una disminución del 23.5% en relación a las 68 reportadas en el mismo periodo de 2017, lo cual representa una tasa de mortalidad del 14.2%, cifra menor en 7.3 puntos porcentuales con respecto a la alcanzada en 2017 que fue de 21.5%. Esta variación se debió principalmente a la supervisión de la aplicación de los procesos de atención del paciente grave, así como al apego de guías de práctica clínica, la estrecha vigilancia en el cuidado de catéteres, la implementación de bundles (paquetes de medidas preventivas) para disminuir la neumonía asociada a ventilación, la prevención de úlceras por presión y la sensibilización permanente en la notificación para el reporte de eventos adversos.

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

Principales Causas de Mortalidad en la UCIA		
2016	2017	2018
Choque séptico	Choque séptico	Choque séptico
Choque hipovolémico	Choque hipovolémico	Choque hipovolémico
Pancreatitis	Insuficiencia respiratoria	Acidosis metabólica

Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

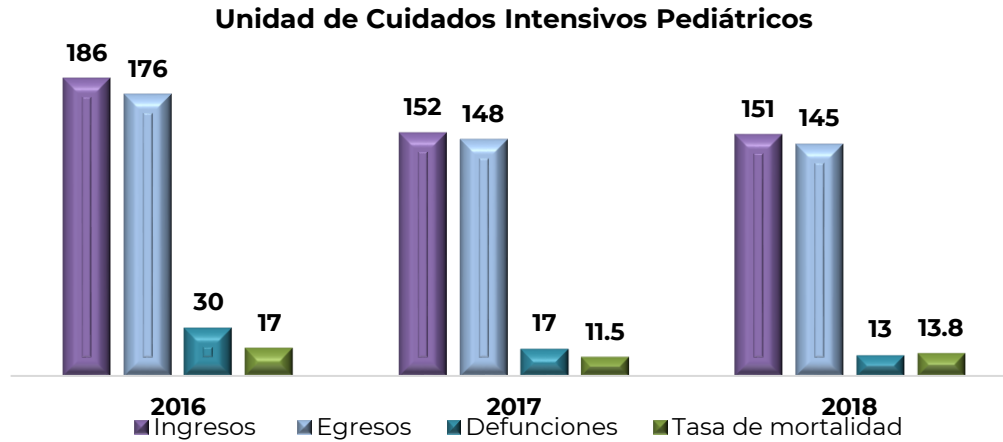
Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios



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

Principales Causas de Mortalidad		
2016	2017	2018
Choque cardiogénico	Choque cardiogénico	Choque cardiogénico
Disociación EM	Choque séptico	Choque séptico
Arritmia ventricular	Evento vascular cérebro	Evento vascular Cerebral

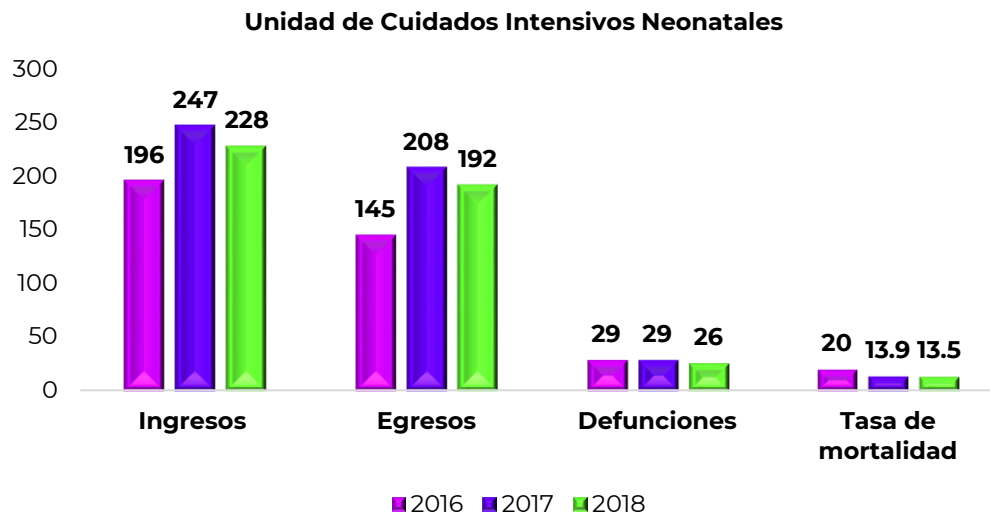
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos



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

Principales Causas de Mortalidad		
2016	2017	2018
Choque séptico	Choque séptico	Choque séptico
Choque hipovolémico	Cráneo hipertensivo	Choque cardiogénico
Choque cardiogénico	Leucemia linfoblástica aguda	Cráneo hipertensivo

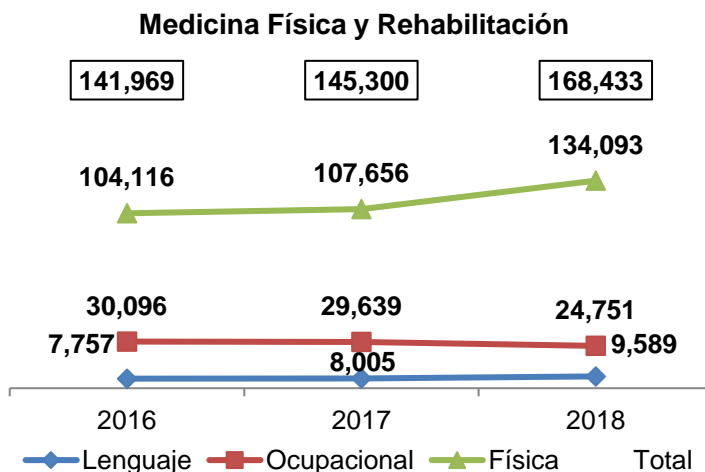
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales



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

Principales Causas de Mortalidad		
2016	2017	2018
Choque cardiogénico	Prematurez extrema / Prematurez	Prematurez extrema
Prematurez extrema	Choque séptico	Cardiopatía congénita
Choque séptico	Neumonía	Neumonía in útero

Medicina Física y Rehabilitación.

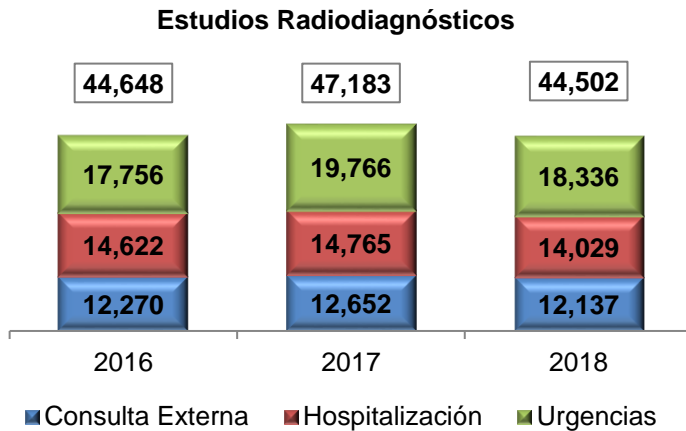


Durante el periodo enero a diciembre 2018, se llevaron a cabo 168,433 sesiones de rehabilitación de las cuales 134,093 fueron terapias físicas, 24,751 terapias ocupacionales y 9,589 fueron terapias de lenguaje; a un total de 23,129 pacientes. Las sesiones mostraron un incremento del 15.9% con respecto a 145,300 registradas en el mismo periodo 2017. Este resultado se debió a que los servicios de

Ortopedia, Neurología, Neurocirugía y Reumatología refirieron más pacientes para atención de terapia rehabilitatoria como complemento al tratamiento específico.

Además, el servicio de Medicina Física y Rehabilitación incorpora la atención preventiva y de tratamiento para el manejo de Linfedema a pacientes sometidas a tratamiento radical de Cáncer de mama.

Estudios de Radiodiagnóstico.



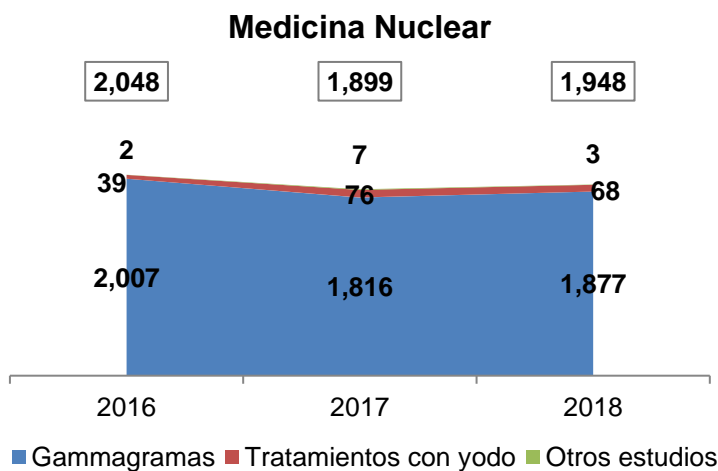
La gráfica muestra el total de estudios simples realizados en el servicio de Radiología e Imagen.

Durante el periodo enero a diciembre 2018, se efectuaron 44,502 estudios de radiodiagnóstico, mostrando una disminución del 5.6% con respecto a los 47,183 realizados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a la mejora realizada a la

infraestructura de los quirófanos centrales durante octubre y noviembre así como al mantenimiento correctivo realizado durante el primer semestre a los equipos para diagnóstico y el Equipo Portátil de RX.

El servicio de Imagenología, para beneficio de los pacientes, realiza permanentemente la supervisión de los estudios solicitados por los diferentes servicios médicos, con la finalidad de evaluar todas las solicitudes para evitar duplicidades o estudios no justificados, además, la aplicación de esta estrategia permite administrar y eficientar los recursos disponibles de la Institución.

Estudios de Medicina Nuclear.



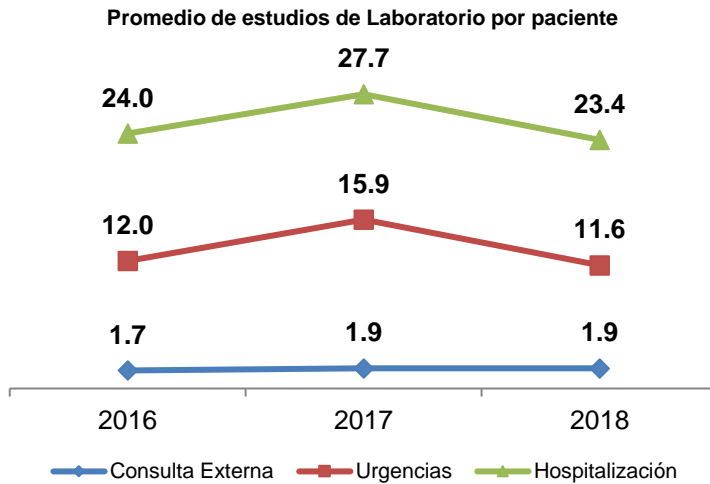
En la gráfica se muestra la productividad total de servicio de Medicina Nuclear, presentando el número de tratamientos con dosis bajas de yodo radioactivo para pacientes con hipertiroidismo, los gammagramas y otros perfiles.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, el número total de estudios realizados fue de 1,948 (1,877

Gammagramas, 68 tratamientos con yodo y 3 a otros estudios), lo que representa

un incremento del 2.6%, en relación al mismo periodo 2017, en el que se registraron 1,899 estudios realizados. Este resultado se debió al aumento de pacientes con necesidad de protocolizar el funcionamiento de la glándula tiroides.

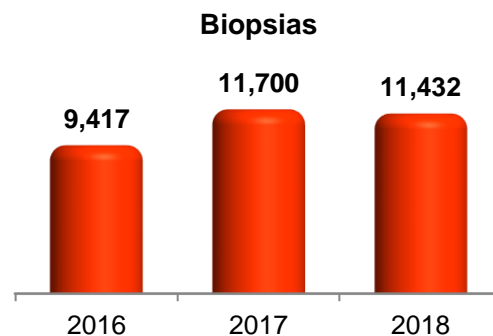
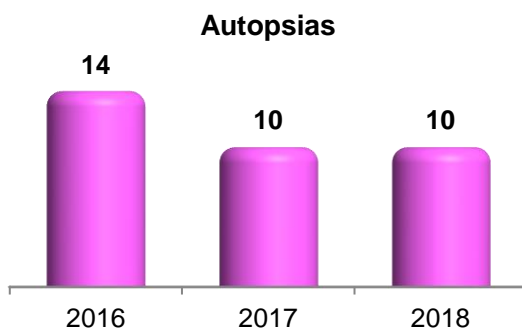
Promedio de estudios de laboratorio de Análisis Clínico.



Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, el promedio de estudios de laboratorio realizados a pacientes hospitalizados y de los servicios de urgencias disminuyó a 4.3 estudios por paciente, en relación a lo registrado en el mismo periodo de 2017 que fue de 27.7 y de 15.9, respectivamente. En cuanto al promedio de estudios en consulta externa, se registró el 1.9 de estudios realizados en ambos periodos comparativos.

Estos resultados se debieron a que el Laboratorio Central mantuvo una estrecha supervisión de los estudios solicitados por servicios médicos e identificación de analitos.

Estudios realizados en Anatomía Patológica.



Las gráficas muestran el número de autopsias, estudios citológicos y biopsias realizados comparativamente entre los periodos entre 2016 al 2018.



Durante el periodo enero a diciembre de 2018, el total de estudios citológicos y biopsias, realizados fue de 11,432, mostrando una disminución del 2.3% con respecto al mismo periodo de 2017, en el que se registraron 11,700 estudios. Este resultado se debió a que el Servicio de Anatomía patológica priorizó la realización de estudios en aquellas biopsias con sospecha de neoplasia maligna y en los estudios de inmunohistoquímica; con el propósito de aprovechar y maximizar los recursos disponibles.

El total de autopsias realizadas durante el periodo de reporte, fue de diez, reflejando el mismo comportamiento con respecto a las realizadas en el mismo periodo de 2017. 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.

Sin embargo, el Servicio de Anatomía patológica en coordinación con las jefaturas de división, continúan promoviendo y sensibilizando a los médicos y familiares para la realización de la autopsia. Adicionalmente, el Servicio de Anatomía patología, participó en Sesiones generales, reforzando la utilidad de la autopsia.

Es importe mencionar que se atienden el 100% de las solicitudes recibidas, siendo los servicios de Oncología, Hematología, Cirugía general y Ginecología los que demandan un mayor número de estudios.

Departamento de Toxicología.

Concepto	2016	2017	2018
Atención en urgencias	300	671	306
Hospitalizaciones	188	326	214
Asesorías telefónicas	1,238	3,002	1,940
Uso de antídotos y antivenenos	251	225	441
Total	1,977	4,224	2,901

En la tabla anterior, se presenta la productividad alcanzada por el Centro de Información y Asistencia Toxicológica del Hospital.

Durante el periodo de reporte, se registraron un total de 2,901 atenciones, a través de los servicios de urgencias adultos y pediatría (306 pacientes intoxicados, 214 hospitalizaciones, 1,940 asesorías telefónicas y 441 antivenenos). Mostrando una disminución del 31.3% con relación a las 4,224 atenciones otorgadas en 2017.



Estos resultados fueron consecuencia de una disminución en el número de solicitudes de atenciones por parte de la Ciudad de México y Estado de México.

Es importante mencionar que en la intoxicación por medicamentos y otros productos, destacan los intentos suicidas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, además en los accidentes por animales de ponzoña; el más importante es el accidente ofídico.

Además, se recibieron 33 traslados aéreos por el grupo relámpago, provenientes del Estado de México.

Convenios.

Durante el periodo de reporte 2018, el Hospital cuenta con los siguientes convenios en la atención médica

- Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI y Programa CAUSES
- Convenio con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial del Estado de México (CUSAEM).
- Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA.
- Convenio de colaboración para llevar a cabo acciones médico quirúrgico con el Gobierno del Estado de Chiapas.

**Programa de Salud Pública.
Aplicación de Biológicos.**

Biológico	2016	2017	2018
BCG	1,094	968	1,212
Hepatitis B	1,386	2,267	1,066
Influenza estacional	1,955	2,987	1,118
Antineumococo	444	515	373
Pentavalente	738	523	561
Rotavirus	384	307	415
Doble viral	0	20	10
Triple viral	165	141	130
Toxoide tetánico	412	411	361
DPT	151	14	13
Tdpa	0	123	81
Total	6,729	8,276	5,340



Durante el periodo de reporte de 2018, en el servicio de Medicina Preventiva se aplicaron un total de 5,340 dosis de biológicos, mostrando una disminución del 35.5%, con relación a las 8,276 dosis aplicadas en el mismo período de 2017. Este resultado se debe a un menor suministro de vacunas para Hepatitis B e Influenza estacional por parte de la Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero. No obstante, se gestionan con otras instituciones públicas para el suministro de vacunas, y se les orienta a los pacientes para que acudan a otras instituciones.

Clínicas Multidisciplinarias.

Clínicas Multidisciplinarias	2016	2017	2018
Clínica de obesidad	2,043	2,301	3,439
Clínica del adulto mayor	2,594	3,357	3,070
Clínica de enfermedades del tórax	2,419	2,627	-
Clínica del dolor	2,849	2,214	3,310
Clínica de heridas y estomas	-	5,553	5,714
Total	9,905	16,052	15,533

Durante el periodo enero a diciembre de 2018, se otorgaron un total de 15,533 atenciones en las clínicas multidisciplinarias, lo que representa una disminución del 9.7% en relación a las 16,052 registradas en el mismo periodo de 2017.

El servicio de Geriátrica atiende la demanda de pacientes de forma integral dando seguimiento y tratamiento a la población usuaria, mejorando la función de los adultos mayores, debido al enfoque de autocuidado para el paciente y cuidador. Sin embargo se observa una disminución del 8.5% en la atención en la Clínica del Adulto Mayor, como consecuencia de un menor número de gerontólogos durante el segundo semestre de 2018, que colaboran con el grupo multidisciplinario.

La Clínica del Dolor otorgó 3,310 atenciones, observándose un incremento del 49.5% con respecto al mismo periodo de 2017, en el cual se registraron 2,214 atenciones. Esta variación se debió al número de pacientes que demandan atención para el manejo del dolor, principalmente de los servicios de Ortopedia, Cirugía General, Neurocirugía, Medicina interna, Hematología, Ginecología y Pediatría.

En la Clínica de Obesidad, se otorgaron 3,439 atenciones, reflejando un incremento del 49.5%, con respecto a las 2,301 atenciones registradas durante el mismo periodo de 2017, a causa de un mayor número de pacientes que son enviados por servicios médicos del Hospital como Preconsulta, Endocrinología, Cirugía vascular y Cardiología; para su integración a la clínica, los cuales cumplen con el protocolo



para su inclusión. Cabe señalar que la obesidad es considerada como una enfermedad de atención pública nacional.

La Clínica de Heridas y Estomas otorgó un total de 5,714 atenciones, reflejando un incremento del 2.9%, con relación a las 5,553 otorgadas durante el mismo periodo de 2017. Este resultado se debe al mayor número de pacientes ambulatorios y hospitalizados que requieren una atención complementaria en el tratamiento de lesiones por presión, fricción o humedad y lesiones en pacientes con estomas respiratorios, principalmente de los servicios medico quirúrgicos como Neurocirugía, Cirugía General, Angiología, Ortopedia, Neurocirugía, Medicina Interna y Neurología.

La clínica continua reforzando la aplicación del programa “Nueve acciones para la prevención de lesiones por presión” en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Cuidados Coronarios y Neurocirugía, brindando una atención segura y de calidad.

Respecto de la Clínica del Tórax, no reporta productividad, debido a que los servicios de Cirugía de corazón, Cirugía de tórax y Neumología, a partir de 2018 dejaron de brindar atención conjunta. No obstante, se continúa otorgando atención médica a los pacientes con patologías de tórax y la productividad de estos servicios se reporta en la consulta externa.

Informe de Sesiones de Comités Internos.

Los Comités Internos del Hospital, se constituyen como órganos de asesoría para el cuerpo de gobierno permitiendo establecer o mejorar los procesos de atención en los servicios mediante acciones que favorezcan la operación, coadyuvando en la gestión hospitalaria para el cuidado de la salud en la población.

A continuación se menciona el total sesiones por Comité y Subcomité:

Nombre	Número de sesiones
Comité de Morbi - Mortalidad	5
Comité de Auditoría del Expediente Clínico	10
Comité de Morbi-Mortalidad Materna	5
Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales	12
Comité de Farmacia y Terapeutica	4
Comité Interno de Trasplantes, Procuración y Tejidos y Células con fines Terapeuticos	4
Comité de Medicina Transfusional	8
Comité de Bioética	0
Comité de Atención Médica en Caso de Desastres	10
Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbi Mortalidad Perinatal	7



Subcomité Interno de Trasplante Renal	4
Subcomité de Productividad Quirúrgica	5
Subcomité de Trasplante Córnea	12
Subcomité de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	4
Total	65

Logros en la Atención Médica.

Durante el periodo de enero a diciembre 2018, el Hospital presenta los siguientes logros en la atención médica.

- Implementación del programa “Detección de retinopatía por fotografía de fondo de ojo sin midriasis”.
- El servicio de Neurocirugía incorporó el registro Doppler de la carótida interna intracraneal.
- Implementación de las técnicas para el desarrollo de pruebas de biología molecular para el estudio de hepatitis “C”, Perfiles toxicológicos, de alergenos y de tamiz neonatal básico completo.
- Renovación y actualización de la unidad quirúrgica.
- Programa de atención a pacientes geriátricos y familiares.
- Implementación de perfiles toxicológicos en una hora.
- Implementación de biología molecular en hepatitis C para ayudar a pacientes tanto de consulta como de hospitalización para lograr un certero diagnóstico y ejecutar un seguimiento adecuado.
- Implementación del perfil de alergenos por medición de IgE específica de alta sensibilidad totalmente automatizado y resultados en 2 horas que facilita el diagnóstico certero de alergia respiratorias y alimentaria, beneficiando a una gran población del servicio de alergia.
- Fortalecimiento de la cirugía de mínima invasión por la incorporación del Spyglass y laser, que permite el tratamiento de la proctitis posterior a la radiación, además de reducir los días de hospitalización.
- Aplicación y utilización de nuevas técnicas en anestesiología: a) ESAS ETMONT, evaluación y tratamiento de síntomas como son: dolor, disnea, delirium, náusea, vómito, insomnio, apetito, estreñimiento y tristeza; b) intervención psicológica y nutricional; c) evaluación de sobrevida, pap scort y pps; d) manejo de urgencias: hidratación, dolor, náusea y vómito; e) colocación de catéter para paracentesis permanente; f) bloqueos periféricos; g) bloqueo invasivo por TA.
- Registro doppler de la carótida interna intracraneal en pacientes con adenoma de hipófisis para evitar la ruptura de la carótida interna.
- Registro de control del índice de pulsatilidad en malformaciones arteriovenosas en la aplicación de ONIX para evitar la ruptura de la malformación.



- Se realiza cirugía de By-pass cerebral extracraneal-Intracraneal (revascularización cerebral), tromboectomía y resección de saco aneurismático, y posteriormente plastía craneal con supervisión doppler de vasos craneales.

Debilidades en la Atención Médica.

- Alta afluencia de pacientes referidos por otras instituciones de salud con patologías de mayor complejidad que requieren más días estancia.
- Personal médico y paramédico insuficiente para la atención médica en todos los turnos, principalmente en los especiales.
- Incremento de pacientes en condiciones económicas limitadas para cubrir las cuotas mínimas, para la realización de los procedimientos de diagnóstico y/o de tiramiento
- Infraestructura hospitalaria y de consulta externa insuficiente
- Equipo médico próximo a concluir su vida útil, principalmente en los servicios de Fisiología Pulmonar, Medicina Nuclear, Cardiología, Medicina Física y Rehabilitación y Oftalmología.
- Insuficiente mantenimiento preventivo y correctivo para el equipo médico e instalaciones
- Capacitación insuficiente de los procesos administrativos en las áreas médicas.
- Falta de expediente clínico electrónico
- Insuficiente equipo de cómputo en áreas médicas
- Red de datos con ancho de banda insuficiente.

Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección Médica

Se tuvo un cumplimiento del 75.6% en el porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de geriatría, al otorgar en consulta externa un total de 1,179 atenciones médicas. Esta variación en el cumplimiento de indicador podría deberse a un menor apego a la continuidad de atención por factores propios de los familiares a cargo del cuidado del paciente así como de las condiciones físicas de los pacientes para su traslado.

Con relación al cumplimiento del indicador Porcentaje de servicios médicos de consulta externa incorporados al esquema mixto de consulta externa, se determinó que no es factible la implementación de este esquema dada la normatividad vigente debido a que el hospital como Organismo Público Descentralizado, se tributa bajo el rubro de personas morales con fines no lucrativos.



En cuanto al porcentaje de pacientes pediátricos y adultos detectados en población abierta con factores de riesgo para enfermedad renal crónica, no se alcanzó la meta de pacientes atendidos en la campaña de salud renal debido a la falta de suficiencia presupuestal. No obstante, se observó que el 90.1% de los 111 pacientes atendidos fueron detectados con alteración en la función renal.

Con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los pacientes con cáncer de mayor frecuencia (mama y próstata) y abatir los costos de atención mediante la optimización de los recursos; el Servicio de Oncología elaboró el Plan de Mejora 2018-2 "Inicio de tratamiento oncológico antes de 30 días en cáncer de mama y cáncer de próstata" inicialmente, dirigido a población afiliada al Seguro Popular. Durante el periodo de reporte se logró reducir el tiempo de inicio de tratamiento para cáncer de mama y cáncer de próstata de un promedio de 50 a 40 días.

No obstante, este logro posiciona al Hospital en los primeros lugares a nivel nacional de instituciones públicas de salud como referente para el inicio oportuno de tratamiento; el Servicio de Oncología para lograr el objetivo de reducir los tiempos de atención para el inicio de tratamiento no mayor a 30 días se continúa realizando acciones para alcanzar el cumplimiento del indicador

En el indicador Tiempo de espera en consulta externa, se realizó la medición de los tiempos de espera para la atención de consulta en 36 servicios médicos, haciendo un seguimiento de 4,520 pacientes, con una suma total de minutos de 519,076, lo que representó alcanzar un tiempo de espera de 115 minutos de los 105 programados. Este resultado permitirá implementar acciones para reducir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los usuarios.

Se logró mediante un contrato plurianual 2018-2020 el suministro de medicamentos por unidosis a través de una central de mezclas, incorporando además dos nuevos medicamentos oncológicos en el catálogo que oferta la central de mezclas.

Con relación al indicador "Tasa de infección asociada a la atención de la salud", el resultado fue satisfactorio debido a que la tasa bajó a 4.8, con respecto a la 5.1 programada.

El número de medicamentos antimicrobianos autorizados para uso hospitalario en pacientes fue de 725, de un total de 1,790 medicamentos solicitados, alcanzando el 40.5% de cumplimiento con respecto al 45% programado. No obstante no se cumplió con la meta, esta reducción en la utilización de antimicrobianos refleja un uso racional de este grupo de medicamentos.



Se atendieron a 127 pacientes con embarazo de alto riesgo a través de la activación del Código Mater, de un total de 2,163 eventos obstétricos, que representa el 5.9% de cumplimiento; con un tiempo promedio de respuesta por el equipo multidisciplinario de 4 minutos.

Se tuvo un cumplimiento del 100% en el indicador “Porcentaje de servicios médicos que revisaron sus claves en el catálogo del tabulador de cuotas de recuperación”, logrando que 52 servicios a cargo de la Dirección Médica revisaran sus claves en el catálogo del tabulador de cuotas de recuperación para su actualización.

El Hospital, a implementó el programa de Pausas por tu salud, mediante el cual se realizan actividades físicas, registrando 210 activaciones de un total de 180 programadas, que representa un cumplimiento del 116.7%. Con lo anterior se promueve el autocuidado de los servidores públicos



Programa de Trabajo 2018

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

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1			1.1.2 Atención a la Población Geriátrica.	<p>Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de geriatría por consulta externa</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de pacientes atendidos en el servicio de geriatría por consulta externa / V2: Número total de pacientes programados a atender en el servicio de geriatría x 100</p>	$\frac{1,300}{1,560} \times 100 = 83.3\%$	Semestral y anual	N/A	1,179/1,560x100=75.6% La variación en el cumplimiento de indicador podría deberse a un menor apoyo a la continuidad de atención por factores propios de los familiares a cargo del cuidado del paciente así como de las condiciones físicas de los pacientes para su traslado.
2	Expandir el servicio de consulta externa en el turno vespertino bajo un esquema mixto de atención, posterior al análisis de factibilidad que así lo permita.		1.1.3 Esquema Mixto de Atención en Consulta Externa.	<p>Porcentaje de servicios médicos de consulta externa incorporados al esquema mixto de consulta externa</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de servicios médicos de consulta externa incorporados al esquema mixto de consulta externa / V2: Número total de servicios médicos de consulta externa x 100</p>	$\frac{1}{42} \times 100 = 2.4\%$	Anual	N/A	0/42x100=0.0%
3	Identificar oportunamente en población abierta a pacientes con factores de riesgo para enfermedad renal crónica.		1.1.5 Promoción de la Salud Renal.	<p>Porcentaje de pacientes pediátricos y adultos detectados en población abierta con factores de riesgo para enfermedad renal crónica</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de pacientes detectados con alteración en la función renal en la campaña de salud renal / V2: Número total de pacientes atendidos en la campaña de salud renal x 100</p>	$\frac{180}{400} \times 100 = 45\%$	Semestral y anual	N/A	100/111x100=90.1% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 90.1% en el porcentaje de pacientes pediátricos y adultos detectados en población abierta con factores de riesgo para enfermedad renal crónica Este resultado se debió a que el servicio de Nefrología en el marco del "Día mundial del riñón" practicó a 111 personas estudios de laboratorio, detectándose en 100 de ellos diversos grados alteración en la filtración glomerular.
4	Brindar atención e iniciar tratamiento oportuno (no mayor a 30 días) a pacientes de primera vez con diagnóstico de cáncer de mama y próstata.	1. Calidad y Seguridad	1.1.6 Integración de la Atención del Paciente Oncológico.	<p>Porcentaje de pacientes con inicio de tratamiento oncológico no mayor a 30 días en pacientes de primera vez con diagnóstico de cáncer de próstata y mama.</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de pacientes con inicio de tratamiento oncológico no mayor a 30 días / V2: Total de pacientes de primera vez con diagnóstico de cáncer de próstata y de mama x 100</p>	$\frac{65}{260} \times 100 = 25\%$	Semestral y anual	N/A	0/234x100=3.4% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 3.4% en el inicio de tratamiento oncológico no mayor a 30 días en pacientes de primera vez con diagnóstico de cáncer de próstata y mama. La variación en el cumplimiento de indicador se debió a que las estrategias internas implementadas por el servicio de Oncología y con los servicios de Patología e Imagenología, para el inicio de tratamiento antes de 30 días, impactaron hasta el último trimestre 2018.
5	Reducir los tiempos de espera de los pacientes para la atención en consulta externa.		1.1.7 Diminución del Tiempo de Espera en la Atención Consulta Externa.	<p>Tiempo de espera en consulta externa</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2</p> <p>V1: Suma del tiempo de espera (en minutos) de la hora registrada en el carnet hasta el ingreso a consulta / V2: Total de pacientes a los cuales se les midió el tiempo de espera</p>	$\frac{390,000}{3,700} = 105'$	Semestral	N/A	519,076/4,520x100=115' El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un resultado de 115' en el tiempo para atención en Consulta Externa. Este resultado permitirá implementar acciones para reducir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los usuarios.
6	Incrementar la oferta de medicamentos, a través de la oferta de mezclas, para garantizar el suministro de medicamentos, oncológicos, antineoplásicos y nutrición parenteral.		1.1.10 Mayor oferta de medicamentos al centro de mezclas.	<p>Tasa de variación de medicamentos a incrementar en el contrato plurianual 2018-2020 del centro de mezclas respecto al contrato 2015-2017</p> <p>Fórmula: Variable 1 - Variable 2 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de medicamentos incluidos en el contrato plurianual 2018-2020 de central de mezclas / V2: Número total de medicamentos incluidos en el contrato plurianual 2015-2017 de central de mezclas x 100</p>	$\frac{90}{88} \times 100 = 2.3\%$	Anual	N/A	89/88x100=101.1% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 101.1%, en la tasa de variación de medicamentos a incrementar en el contrato plurianual 2018-2020 del centro de mezclas respecto al contrato 2015-2017. La variación en el cumplimiento de indicador se debió a la incorporación de dos nuevos medicamentos oncológicos en el catálogo que oferta la central de mezclas; sin embargo, oncológicos se excluyó un medicamento debido a que se encuentra fuera de mercado.



7	Continuar con la aplicación de las actividades de vigilancia epidemiológica activa para la disminución de casos de infecciones asociadas a la atención de la salud.		1.1.11 Disminución de los incidentes Infecciosos Asociados a la Atención de la salud (IAAS).	Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 1000 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	$\frac{525}{103,500} \times 1000 = 5.1$	Trimestral, semestral y anual	N/A	515/106,323x1000=4.8 El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 4.8 en la tasa de infección asociada a la atención de la salud La variación en el cumplimiento de indicador se debió al reforzamiento de las actividades de vigilancia epidemiológica activa, de prevención y difusión de la información generada, así como la supervisión permanente del apego a las buenas prácticas en el control de infecciones para mejorar la seguridad del paciente.
8	Coadyuvar en la disminución de la resistencia bacteriana mediante la supervisión en el control de infecciones y el uso racional de antimicrobianos.	1. Calidad y Seguridad	1.1.12 Uso racional de antimicrobianos.	Porcentaje de medicamentos antimicrobianos autorizados para uso hospitalario en pacientes Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de medicamentos antimicrobianos autorizados para uso hospitalario en pacientes / V2: Número total de medicamentos antimicrobianos solicitados para uso hospitalario en pacientes x 100	$\frac{855}{1,900} \times 100 = 45\%$	Semestral y anual	N/A	725/1,790x100=40.5% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 40.5% en el porcentaje de medicamentos antimicrobianos autorizados para uso hospitalario en pacientes. Este resultado se debe al uso racional de este grupo de medicamentos.
9	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.		1.1.17 Optimizar la atención al embarazo de alto riesgo.	Porcentaje de pacientes atendidas a través del código mater Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de pacientes atendidas a través del código mater / V2: Total de eventos obstétricos x 100	$\frac{86}{2,300} \times 100 = 5.9\%$	Semestral	N/A	127/2,163x100=5.8% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 5.9%, de pacientes atendidas a través del código mater. Durante el periodo de reporte se atendieron un total de 127 códigos mater, con un tiempo promedio de respuesta por el equipo multidisciplinario de cuatro minutos
10	Vigilar la participación de los 52 servicios médicos en el proceso de actualización del tabulador de cuotas de recuperación.	3. Administración Eficiente	3.1.3 Actualización de tabulador de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias.	Porcentaje de servicios médicos que revisaron sus claves en el catálogo del tabulador de cuotas de recuperación para su actualización Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de servicios médicos que revisaron sus claves para su actualización en el catálogo del tabulador de cuotas de recuperación / V2: Número total de servicios médicos programados para revisar sus claves para su actualización en el catálogo del tabulador de cuotas de recuperación x 100	$\frac{52}{52} \times 100 = 100\%$	Semestral y anual	N/A	52/52x100=50% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 11.5% de servicios médicos que revisaron sus claves en el catálogo del tabulador de cuotas de recuperación para su actualización La variación en el cumplimiento de indicador se debió a que los servicios médicos aún no concluyen de proceso de revisión del catálogo de cuotas de recuperación.
11	Implementar el programa de cuidado a la salud de los trabajadores del Hospital, mediante la estrategia de "pausas por tu salud".	4. Desarrollo Organizacional y Cima Laboral	4.1.1 Cuida tu salud con kioskos y pausas por la salud.	Porcentaje de pausas para tu salud realizadas en beneficio de los trabajadores del Hospital Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de pausas por tu salud realizadas / V2: Número total de pausas por tu salud programadas a realizar x 100 (Pausa: Breve interrupción de una acción).	$\frac{150}{180} \times 100 = 83.3\%$	Semestral y anual	N/A	210/180x100=116.7% El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 116.7% de pausas para tu salud realizadas en beneficio de los trabajadores del Hospital Este resultado se debió a que el servicio de Medicina del Deporte otorgó 210 pausas activas.

Cierre del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
Estrategia 1.1: Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad en las entidades coordinadas a la población que lo demande	1.1.1. Prestar atención médica hospitalaria especializada a la población en los INS, HFR y HRAE acorde a las capacidades disponibles.	El Hospital Juárez de México continúa prestando atención médica a la población que la demanda, en los 52 servicios hospitalarios con los que cuenta.
	1.1.2. Promover la implementación del expediente clínico electrónico apegado a las normas para contar con registros médicos de calidad.	Durante el 2018 no fue posible implementar el expediente clínico electrónico, debido a que el Hospital no cuenta con la infraestructura y recursos necesarios.
	1.1.3. Incorporar la calidad de la atención a la cultura institucional en las entidades coordinadas.	Con el propósito de fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente en el Hospital, se realizaron las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: se impartieron un total de ocho cursos, de los cuales cinco estuvieron relacionados con el trato digno al paciente, dos con conceptos básicos de calidad y seguridad del paciente, y uno con el modelo de gestión de calidad en salud, capacitando a 512 personas. • Evaluación de la calidad: se acreditó la cédula de Hepatitis crónica tipo C y se inscribieron en la plataforma de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las cédulas de Implante coclear, Trasplante de médula ósea, Neonatos con insuficiencia respiratoria y prematuridad, Cáncer de colon y recto, y Tumor Ovárico Germinal y epitelial. Además, respecto al proceso de Certificación hospitalaria se tiene un cumplimiento del 90% en la fase documental, lo que permite contar con procesos fundamentados en las mejores prácticas clínicas y bajo estándares de calidad establecidos por el Consejo de Salubridad General.
	1.1.4. Mantener la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, infecciones nosocomiales, egresos por mejoría, entre otros indicadores de calidad.	Respecto a la vigilancia, registro y seguimiento de eventos adversos, se fortaleció el observatorio del evento adverso, ubicado en la intranet del Hospital, a fin de alimentar el sistema de notificación y registro de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. <p>Se capacitó a un total de 61 profesionales, en el tema de notificación y registro de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Se dio cumplimiento a la indicación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, respecto a la incorporación del Hospital, al Sistema de Registro de Eventos Adversos.</p> <p>El Equipo Multidisciplinario para el Análisis del Evento Adverso, sesionó en 19 ocasiones, analizando eventos centinelas y generando acciones de mejora</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	<p>1.1.5. Detectar y dar atención oportuna a receptores de violencia, violencia familiar o de género, trata de personas, entre otros.</p> <p>1.1.6. Favorecer el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.</p> <p>1.1.7. Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes</p> <p>1.1.8. Contar con comités hospitalarios correspondientes para promover la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.</p>	<p>en aspectos relacionados con neumonías asociadas a ventilación mecánica, infección por <i>clostridium difficile</i>, infección incisional profunda y eventos relacionados con el equipo médico.</p> <p>Asimismo, se realizó el análisis de patrones y tendencias generando planes de mejora en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.</p> <p>El Hospital cuenta con la Unidad de Salud Mental que atiende a pacientes que sufren violencia de género.</p> <p>El 25 de cada mes, se conmemora el “Día Naranja”, para promover la no violencia contra las mujeres. Además, a través de la campaña “Acoso Acusa” se promovió la denuncia en caso de recibir acoso sexual.</p> <p>Se cuenta con dos contratos plurianuales, denominados “Servicio Integral para el Suministro y Dispensación en dosis de medida de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral 2018-2020” y “Servicio Integral de Farmacia Hospitalaria Subrogada para el abasto, administración y dispensación de medicamentos con distribución de unidosis, para el Hospital Juárez de México 2018-2020”.</p> <p>Además, el Hospital participó en la compra consolidada de medicamentos, coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).</p> <p>Al periodo de reporte, el porcentaje de abasto fue del 98%.</p> <p>Al periodo de reporte se realizaron 1,340,745 estudios de laboratorio, 82,338 radiología e imagen, 1,880 estudios de medicina nuclear y 11,432 estudios de patología.</p> <p>Además, el servicio de Medicina Física y Rehabilitación otorgó 168,433 sesiones de rehabilitación, de las cuales 134,093 fueron de terapia física, 24,751 ocupacional y 9,589 de lenguaje, beneficiando a 23,129 pacientes.</p> <p>El Hospital cuenta con 35 comités técnicos hospitalarios, siendo 24 comités, cinco subcomités y seis comisiones, los cuales sesionaron en 101 ocasiones generando acciones de mejora, principalmente las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró el programa de Trasplante renal cruzado, el procedimiento de entrega-recepción del carro rojo y la modalidad de autodonación en las áreas quirúrgicas.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
		<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la fase documental del proceso de certificación hospitalaria. • Modificación de las Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital Juárez de México. • Implementación de la respuesta rápida de casos de dilema ético en la atención médica.
	<p>1.1.9. Incluir a los profesionales de la salud acordes con necesidades actuales de operación de los servicios de salud.</p>	<p>La Institución cuenta con 331 médicos especialistas, de los cuales 210 son clínicos y 121 cirujanos.</p>
	<p>1.1.10. Impulsar la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes.</p>	<p>Se realizaron las siguientes actividades para impulsar la donación altruista y voluntaria de sangre y de órganos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Comité de medicina transfusional, elaboró un programa para la sensibilización de donación altruista de sangre. • A los donadores de sangre se les sensibiliza sobre la importancia de donación de sangre altruista. • En el marco del Día mundial del donante de sangre, se informó y se sensibilizó a médicos, estudiantes, pacientes, familiares y público en general sobre la importancia de la donación altruista de sangre. • Los jefes de servicio de Banco de Sangre y de Trasplantes otorgaron entrevistas de radio y televisión, en donde se promovió la donación altruista de sangre, y de órganos y tejidos. • Personal del servicio de Banco de Sangre participó con instituciones externas como: Centro estatal de la transfusión sanguínea del estado de Hidalgo y la Academia Mexicana de Medicina de Primer Contacto, A.C. • Mediante 22 pláticas de información la Coordinación de donación de órganos y tejido, sensibilizó a la donación voluntaria a 1,050 a familiares de pacientes hospitalizados, principalmente en las áreas de neurocirugía, neurología y unidades de medicina crítica. Lo que permitió la donación de cuatro corneas. Asimismo, se logró que 30 familiares aceptaran y firmaran la "Tarjeta de Donación de órganos y Tejidos voluntaria". <p>Además, se llevaron a cabo 13 trasplantes de riñón y 14 de córnea.</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
Estrategia 1.2: Brindar atención ambulatoria a la población en las entidades coordinadas	1.2.1. Atender a la población que lo demande, principalmente a grupos vulnerables evitando el rechazo.	Se proporciona atención médico quirúrgica a la población que lo requiera en apego a la política de “cero rechazo”, 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 brindó 218,365 consultas, distribuidas en las 42 especialidades de consulta externa con las que cuenta, siendo 12,969 atenciones de preconsulta, 53,693 de primera vez y 151,703 subsecuentes.
	1.2.3. Privilegiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y corta estancia.	Se ofertaron 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 Hospital 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 Unidad de salud mental atiende a pacientes que sufren violencia intrafamiliar, de género y trata de personas.
	1.2.6. Impulsar la satisfacción de los usuarios y pacientes con la atención recibida	A fin de impulsar la satisfacción de los pacientes, familiares, visitantes y trabajadores, se generaron las siguientes acciones. <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con un Módulo del Sistema Unificado de Gestión (SUG), facilitando la comunicación efectiva en los usuarios, la sociedad y la Institución. • Se dieron cinco cursos de capacitación en trato digno. • Se establecieron dos módulos de informes. • Se dio solución al 89.3% de las quejas recibidas en el Modulo del SUG, de las cuales en el 97% de los casos se notificó al usuario la resolución de ésta.
	1.2.7. Vigilar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.	Al periodo de reporte, se realizaron 82,338 estudios de radiología e imagen y 1,340,745 estudios de laboratorio.
	1.2.8. Fortalecer el enfoque preventivo en la atención acorde a la vocación institucional.	La Institución brinda atención médico quirúrgica de acuerdo al tipo de padecimiento del paciente, vigilando su evolución y aplicando medidas de salud preventivas.
	1.2.9. Favorecer la atención integral, considerando la salud mental y el apoyo psiquiátrico de enlace.	La Unidad de salud mental y el Psiquiatra del Hospital brindan atención integral a los pacientes y familiares que sufren algún tipo de violencia.
Estrategia 1.3: Operar los servicios de urgencias y atención médica continua	1.3.1. Atender en los servicios de urgencias a todos los usuarios que lo soliciten de acuerdo a los procesos institucionales.	Se otorgaron 42,679 consultas en los tres servicios de urgencias, priorizando la atención de las urgencias reales con base en la clasificación de triage.
	1.3.2. Brindar atención en el servicio de admisión continua a los pacientes trasladados o que acudan con referencia.	No se cuenta con el servicio de Admisión Continua, sin embargo, se reciben pacientes referidos de otras instituciones.
	1.3.3. 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 triage en los tres servicios de urgencias, lo que permite identificar las urgencias reales y priorizar su atención, otorgándose un total de 42,679 consultas.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	<p>1.3.4. Promover la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios en los servicios de urgencias y admisión continua.</p>	<p>Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción en áreas ambulatorias, se cuenta con el indicador "Porcentaje de usuario con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos" y al cierre del 2018 se tuvo un cumplimiento del 93.8%.</p>
	<p>1.3.5. Favorecer que la atención urgencias y admisión continua se vincule con la vocación institucional.</p>	<p>La Institución aplica el modelo de triage en los tres servicios de urgencias, lo que permite identificar las urgencias reales y priorizar su atención, otorgándose un total de 42,679 consultas.</p>
	<p>1.3.6. Otorgar atención a las emergencias obstétricas vigilando el bienestar de la madre y el producto.</p>	<p>Se atendieron a 127 pacientes a través del código mater, con un tiempo promedio de respuesta del equipo multidisciplinario de 4 minutos.</p>
	<p>1.3.7. Fomentar la disminución de procedimientos quirúrgicos en la atención obstétrica.</p>	<p>Se otorgaron un total de 2,163 atenciones obstétricas, de las cuales 937 fueron cesáreas, mismas que se sometieron estrictamente a una segunda opinión y el 37% cumplieron con criterios absolutos y 63% con criterios relativos.</p>
<p>Estrategia 1.4: Aplicar modelos innovadores para la atención médica de alta especialidad y la generación de recursos</p>	<p>1.4.1. Definir mecanismos que permitan la generación y uso de recursos a las entidades coordinadas, con apego normativo.</p>	<p>Con el propósito de captar un mayor ingreso mediante recursos propios, se celebraron cuatro convenios para la prestación de servicios médicos, siendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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), Seguro Médico Siglo XXI y Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo 135 intervenciones que se atienden en el Hospital, por los que se obtuvieron ingresos por un importe de 154,292 miles de pesos, beneficiando a 4,024 pacientes. • Convenio de prestación de servicios médicos y quirúrgicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM), obteniendo ingresos por un importe de \$1,259 miles de pesos, beneficiando a 26 pacientes. • Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA, obteniendo ingresos por un importe de \$360 miles de pesos, beneficiando a cuatro pacientes. • Convenio de prestación de servicios médico-quirúrgicos Fideicomiso del Estado de Chiapas, obteniendo ingresos por un importe de \$5 miles de pesos, beneficiando a dos pacientes.
	<p>1.4.1. Participar en proyectos nacionales o regionales para la atención médica.</p>	<p>El Hospital participó 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.</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
	1.4.2. Propiciar la participación de la sociedad civil y los sectores privado y social en el financiamiento de la atención.	Durante el 2018, la Institución contó con 21 grupos de apoyo a pacientes.
	1.4.3. Favorecer la innovación organizacional para mejorar el otorgamiento de los servicios médicos.	
	1.4.4. Fomentar la integración y funcionamiento de los patronatos, y voluntariado enfocados al apoyo de la atención médica.	Se cuenta con un Patronato y 21 grupos con vocación de apoyo a los pacientes y familiares, así como a la Institución.
	1.4.5. Promover la donación altruista de sangre y órganos, y su uso y aprovechamiento de acuerdo a la normatividad vigente.	<p>Se realizaron las siguientes actividades para impulsar la donación altruista y voluntaria de sangre y de órganos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Comité de medicina transfusional, elaboró un programa para la sensibilización de donación altruista de sangre. • A los donadores de sangre se les sensibiliza sobre la importancia de donación de sangre altruista. • En el marco del Día mundial del donante de sangre, se informó y se sensibilizó a médicos, estudiantes, pacientes, familiares y público en general sobre la importancia de la donación altruista de sangre. • Los jefes de servicio de Banco de Sangre y de Trasplantes otorgaron entrevistas de radio y televisión, en donde se promovió la donación altruista de sangre, y de órganos y tejidos. • Personal del servicio de Banco de Sangre participó con instituciones externas como: Centro estatal de la transfusión sanguínea del estado de Hidalgo y la Academia Mexicana de Medicina de Primer Contacto, A.C. • Mediante 22 pláticas informativas la Coordinación de donación de órganos y tejido, sensibilizó a la donación voluntaria a 1,050 a familiares de pacientes hospitalizados, principalmente en las áreas de neurocirugía, neurología y unidades de medicina crítica. Lo que permitió la donación de cuatro córneas. Asimismo, se logró que 30 familiares aceptaran y firmaran la "Tarjeta de Donación de órganos y Tejidos voluntaria". <p>Además, se llevaron a cabo 13 trasplantes de riñón y 14 de córnea.</p>
Estrategia 1.5: Impulsar la creación y desarrollo de áreas especializadas para atender a grupos	1. 5.1 Atender casos de alto riesgo materno-infantil, enfermedades crónicas, malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad, entre otras.	<p>Se atendieron a 127 pacientes a través del código mater, con un tiempo promedio de respuesta del equipo multidisciplinario de 4 minutos.</p> <p>Por otra parte, con la finalidad de reducir los riesgos durante la gestación, el Hospital forma parte del proyecto "Módulos de alto riesgo reproductivo", que consiste en abastecer de métodos anticonceptivos a las mujeres consideradas con alto riesgo de desarrollar complicaciones durante o después del embarazo.</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
específicos de pacientes	1.5.2 Dar atención a la población de adultos mayores a fin de mejorar su calidad de vida.	La Clínica del adulto mayor brindó atención a 3,070 pacientes con perfil geriátrico.
	1.5.3 Orientar la atención a las diferentes etapas de la vida considerando las capacidades resolutivas de las unidades médicas	La Institución cuenta con los servicios de Geriatria, Alergia, Bariatria, Reumatología, Ortopedia y Salud Mental, los cuales brindan adecuada atención a los pacientes en sus diferentes etapas de vida.
	1.5.4 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 Psiquiatra del Hospital, brindan atención integral a los pacientes y familiares que sufren algún tipo de violencia.
	1.5.5 Atender padecimientos que requieran de alta especialidad prioritariamente a pacientes con obesidad, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, entre otros.	El Hospital atiende a pacientes con padecimientos complejos como: diabetes tipo 2, síndrome metabólico, patologías cardíacas que requieren de tratamiento quirúrgico, diferentes tipos de cáncer e insuficiencia renal. Además, se atendieron a 127 pacientes a través del código mater, con un tiempo promedio de respuesta del equipo multidisciplinario de 4 minutos.
	1.5.6 Favorecer los procesos de rehabilitación de los pacientes que lo requieran, limitando la discapacidad y promoviendo la reinserción social.	El servicio de Medicina Física y Rehabilitación otorgó 168,433 sesiones de rehabilitación, de las cuales 134,093 fueron de terapia física, 24,751 ocupacional y 9,589 de lenguaje, beneficiando a 23,129 pacientes.
	1.5.7 Realizar prevención, diagnóstico oportuno y atención médica para cáncer de mama, cérvico-uterino, próstata y otros en niños y adolescentes.	El servicio de Oncología brindó atención médica quirúrgica, diagnóstica y de tratamiento a 407 pacientes en los programas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, siendo las siguientes: Cáncer de mama 124, Cáncer infantil 39, Cáncer de próstata 64, Cáncer cérvico uterino 114 y Linfoma no hodgkin 66. Además, el equipo de psicología oncológica, brinda pláticas informativas a pacientes y familiares en el área de consulta externa, relacionadas con educación, cuidado y prevención en el tratamiento de los pacientes con cáncer, con la finalidad de evitar complicaciones que causan morbi-mortalidad.
	1.5.8 Propiciar la creación de áreas de atención psiquiátrica y de salud mental en la atención de pacientes.	La Unidad de salud mental y el Psiquiatra del Hospital brindan atención integral a los pacientes y familiares que sufren algún tipo de violencia.
Estrategia 1.6: Coordinar el desarrollo de las actividades de atención médica de alta especialidad en las	1.6.1 Impulsar esquemas de descentralización de los servicios de atención médica	
	1.6.2 Coordinar sectorialmente a las entidades para contar con la información homogénea y pertinente para la toma de decisiones.	
	1.6.3 Realizar reuniones de grupos directivos vinculados con la atención médica a fin de promover una cultura corporativa.	
	1.6.4 Coordinar acciones conjuntas para compartir experiencias y mejores prácticas entre las entidades coordinadas.	
	1.6.5 Coordinar la planeación, seguimiento y evaluación del desempeño institucional en atención médica.	



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
entidades coordinadas	<p>1.6.6 Favorecer el cumplimiento de normas y mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.</p>	<p>Se validó el 100% de los Manuales de Organización Específicos de la estructura funcional 2018 y el 42% de los Manuales de Procedimientos.</p> <p>Con la finalidad de evaluar el cumplimiento de la normatividad para el funcionamiento de los establecimientos de atención médica y servicios, se continuó con el proceso de acreditación por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, logrando la acreditación de la cédula de Hepatitis crónica tipo C.</p> <p>Además, se tiene el 90% de cumplimiento de la fase documental del proceso de certificación hospitalaria.</p> <p>Respecto a mejorar la seguridad de los pacientes, familiares, visitantes y trabajadores del Hospital, se efectuaron seis simulacros, en los cuales se puso a prueba la capacidad de reacción de las autoridades, brigadistas, trabajadores y visitantes.</p>
	<p>1.6.7 Coordinar la generación e implementación de modelos de gestión hospitalaria.</p>	<p>Con el propósito de dar cumplimiento a los requerimientos para la Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General, se inició la implementación del Modelo de seguridad del paciente, para generar un marco referencial único para el diseño y rediseño de procesos bajo un enfoque centrado en el paciente.</p>
	<p>1.6.8 Propiciar la participación en los comités de las redes de servicios a las que pertenezcan.</p>	<p>El Hospital cuenta con 35 comités técnicos hospitalarios, siendo 24 comités, cinco subcomités y seis comisiones, los cuales sesionaron en 101 ocasiones generando acciones de mejora, principalmente las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró el programa de trasplante renal cruzado, el procedimiento de entrega-recepción del carro rojo y la modalidad de autodonación en las áreas quirúrgicas. • Seguimiento a la fase documental del proceso de certificación hospitalaria. • Modificación de las Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital Juárez de México. • Implementación de la respuesta rápida de casos de dilema ético en la atención médica.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica		
Estrategia 1.7: Vigilar el cumplimiento y promover la mejora del marco normativo	1.7.1 Profundizar las acciones del comité de bioética hospitalaria.	
	1.7.2 Mantener vigilancia para garantizar el respeto a los valores, cultura y bioseguridad de los pacientes y usuarios.	
	1.7.3 Favorecer el desarrollo, actualización y apego a las guías de práctica clínica y protocolos de atención.	<p>Con la finalidad de promover el apego a Guías de Práctica Clínica y buenas prácticas, se realizó un análisis de la estadística hospitalaria obtenida durante 2017, relacionada con la morbi-mortalidad de los pacientes que ingresaron a hospitalización y urgencias. De los resultados obtenidos, se identificaron los 17 padecimientos más frecuentes y se determinó difundir 38 guías de práctica clínica, para que el personal médico cuente con procesos estandarizados de atención.</p> <p>Las guías fueron remitidas a los jefes de las divisiones de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina, Cirugía y Medicina Crítica para su difusión entre los servicios a su cargo.</p>
	1.7.4 Apoyar la identificación de mecanismos innovadores para la generación y utilización de los recursos.	<p>Se capacitó a 18 servidores públicos del Hospital mediante el "Taller para la actualización del tabulador de cuotas de recuperación" y a través de asesorías personalizadas, de los siguientes servicios: Cirugía General, Oncología, Urología, Patología, Oftalmología, Cardiología, Ortopedia, Endoscopia, Banco de Sangre, Cirugía Plástica, Dermatología, Hemodinamia, Cirugía Vasculat, Rayos X, Terapia Intensiva Pediátrica, Endocrinología, Unidad de Salud Mental y Otorrinolaringología.</p> <p>Se obtuvieron ingresos por un importe de 155,916 miles de pesos por casos médicos atendidos de Seguro Popular, CAUSES y convenios por la prestación de servicios médicos con el CUSAEM, Fundación INBURSA y estado de Chiapas.</p>
	1.7.5 Favorecer el reclutamiento de recursos humanos especializados egresados de las entidades coordinadas.	Se da prioridad en el proceso de reclutamiento, selección y contratación a los médicos y personal de enfermería egresados de la Institución.
	1.7.6 Promover la actualización del marco legal y normativo de las entidades coordinadas en beneficio de su organización y administración.	
	1.7.7 Promover el establecimiento de sistemas de promoción profesional específicos en las entidades coordinadas.	
	1.7.8 Impulsar las acciones de transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas en las entidades coordinadas.	Con el propósito de impulsar las acciones de transparencia y acceso a la información, se publicaron en el portal institucional seis temas de

Estrategia	Líneas de Acción	Avances o problemática relevante ^{2/}																												
Objetivo 1.- Otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica																														
		<p>información útil, relacionadas con Tabulador de cuotas de recuperación, Programa de Seguro Popular, Cita para donación de sangre, Cita para elaboración de estudio socioeconómico, Solicitudes de información e Información básica para familiares de pacientes de Urgencias.</p> <p>Como parte de las acciones permanentes de rendición de cuentas a la sociedad, se actualizó trimestralmente la información publicada en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia.</p> <p>Además, se capacitó a 266 personas en temas de transparencia.</p>																												
	<p>1.7.9 Diseñar y mejorar indicadores, dar seguimiento al desempeño institucional en apoyo de los órganos colegiados y de gobierno.</p>	<p>Durante el 2018, el Hospital Juárez de México comprometió un total de 37 indicadores para resultados en tres programas presupuestales, reportándolos en tiempo y forma a la CCINSHAE.</p> <table border="1" data-bbox="1150 699 1906 1044"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Programa Presupuestal</th> <th colspan="3">Periodo de reporte</th> <th rowspan="2">Total de Indicadores</th> </tr> <tr> <th>Trimestral</th> <th>Semestral</th> <th>Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E023 "Atención a la salud"</td> <td>13</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>21</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>37</td> </tr> </tbody> </table>	Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total de Indicadores	Trimestral	Semestral	Anual	E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	8	0	7	15	E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	3	8	E023 "Atención a la salud"	13	0	1	14	Total	21	5	11	37
Programa Presupuestal	Periodo de reporte			Total de Indicadores																										
	Trimestral	Semestral	Anual																											
E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	8	0	7	15																										
E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	0	5	3	8																										
E023 "Atención a la salud"	13	0	1	14																										
Total	21	5	11	37																										
	<p>1.7.10 Promover el establecimiento y revisión de las cuotas de recuperación y tarifas basadas en costos.</p>	<p>Se capacitó a 18 servidores públicos del Hospital mediante el "Taller para la actualización del tabulador de cuotas de recuperación" y a través de asesorías personalizadas, de los siguientes servicios: Cirugía General, Oncología, Urología, Patología, Oftalmología, Cardiología, Ortopedia, Endoscopia, Banco de Sangre, Cirugía Plástica, Dermatología, Hemodinamia, Cirugía Vasculat, Rayos X, Terapia Intensiva Pediátrica, Endocrinología, Unidad de Salud Mental y Otorrinolaringología.</p> <p>Al periodo de reporte, se actualizaron 1,484 claves de cobro del tabulador de cuotas de recuperación.</p>																												

Resultados Objetivo 1:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	87.4	90.1	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</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 3.1%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 87.4%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 48.5% en el número total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional respecto a la meta programada que fue de 620 expedientes. Asimismo, el incremento del 53.1% en el número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 fue debido a que se mantiene el apego a la normatividad establecida respecto a la integración del expediente clínico. Estos resultados fueron a causa de implementar la estrategia de una mayor participación del personal médico y de enfermería en la revisión del expediente clínico, permitiendo tener una mayor certidumbre en la calidad de la atención médica que reciben los pacientes que son atendidos en la Institución.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	94.0	92.2	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</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 inferior en un 1.9% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada del 94%.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que Hospital contó con la infraestructura necesaria para brindar atención médico quirúrgica especializada con</p>



			<p>calidad, seguridad, oportunidad y de forma integral, lo cual permitió que el 92.2% de los pacientes egresados fueran por mejoría.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
Tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia	5.1	4.8	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</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 5.9% en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria), con relación a la meta programada de 5.1.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debieron al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la aplicación de los paquetes de medidas preventivas. Durante 2018 se implementaron estrategias para la prevención y control de las Neumonías Asociadas a Ventilación (NAV), consistentes en: estandarización de la limpieza, desinfección y esterilización de las hojas de microscopio; estandarización de la limpieza y desinfección de los ventiladores mecánicos; capacitación al personal sobre las medidas preventivas para NAV y, reestructuración de los paquetes de medidas preventivas.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
Estrategia 2.1: 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.	
	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 la Cita telefónica de primera vez, programación de cita en línea para la realización del estudio socioeconómico y donación de sangre.
	2.1.3 Impulsar la aplicación de criterios de clasificación socioeconómica homogéneos con las diversas instituciones.	El servicio de Trabajo Social aplicó un total de 17,699 estudios socioeconómicos, de acuerdo a 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.	No fue posible implementar el expediente clínico electrónico, debido a que el Hospital no cuenta con la infraestructura y recursos necesarios.
	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.	Con el propósito de garantizar condiciones fundamentales de capacidad para llevar a cabo procesos de atención, calidad y seguridad de los pacientes, se logró la acreditación de la Cédula de Hepatitis crónica tipo C. Además, para acrecentar la cartera de servicios, se inscribieron en la plataforma de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las cédulas de Implante coclear, Trasplante de médula ósea, Neonatos con insuficiencia respiratoria y prematurez, Cáncer de colon y recto, y Tumor ovárico germinal y epitelial. Respecto a la certificación hospitalaria se logró el 90% de la fase documental, lo que permite contar con procesos fundamentados en las mejores prácticas clínicas y bajo estándares de calidad establecidos por el Consejo de Salubridad General.
Estrategia 2.2: 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 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) la cartera de servicios con los que cuenta el Hospital, para incorporarlos en el proyecto de la comisión de referencia-contrareferencia.
	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 la Institución.
	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.	No se cuenta con recursos económicos para desarrollar programas de capacitación.
	2.2.4 Informar a la población sobre la cartera de servicios de alta especialidad que prestan las EC para su uso adecuado.	A través del portal institucional y de la CCINSHAE, se da a conocer la cartera de servicios con las que cuenta el Hospital.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
	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.	
	2.2.6 Promover el uso de tecnologías de la información para la atención y orientación de usuarios y pacientes.	En el portal institucional y en los servicios médicos del Hospital, se promueve la Cita telefónica de primera vez, programación de cita en línea para la realización del estudio socioeconómico y donación de sangre.
Estrategia 2.3: Integrar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia de pacientes	2.3.1 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 se requiera referir pacientes.
	2.3.2 Capacitar al personal responsable del proceso para la atención al usuario, con asertividad y compromiso de servicio.	
	2.3.3 Apoyar la puesta en marcha un sistema de coordinación hospitalaria para la referencia concertada de pacientes.	El Hospital mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, para solicitar apoyo en los casos donde se requiera referir pacientes.
	2.3.4 Actualizar la regionalización en función de las redes de servicio y necesidades.	Durante el 2018, se abrieron un total de 33,661 expediente clínicos, de los cuales 3,221 corresponden pacientes referidos.
	2.3.5 Integrar y mantener actualizados los directorios de responsables de la referencia y contrarreferencia.	El Hospital mantiene comunicación con la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, para solicitar apoyo en los casos donde se requiera referir pacientes.
	2.3.6 Hacer más eficiente el uso de las herramientas informáticas disponibles y participar en su evaluación y actualización.	
	2.3.7 Actualizar el marco normativo que facilite la generalización de instrumentos consensuados.	
Estrategia 2.4: Favorecer los mecanismos que beneficien a la población social o económicamente vulnerable	2.4.1 Favorecer que los mecanismos de financiamiento de la atención se apliquen de manera eficiente y transparente.	El presupuesto federal autorizado al Hospital se ejerció al cien por ciento sin generar subejercicios, dando prioridad a las áreas sustantivas y utilizando los medios electrónicos autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
	2.4.2 Fomentar la atención oportuna de los pacientes de grupos vulnerables en las instituciones de acuerdo a las necesidades.	Se proporciona atención médico quirúrgica a la población que lo requiera en apego a la política de "cero rechazo", dando prioridad a grupos vulnerables.
	2.4.3 Contar sistemas de información expeditos para el reporte y reembolso de casos atendidos entre las instituciones.	
	2.4.4 Aplicar los instrumentos legales y normativos para el manejo de los recursos destinados a la atención médica especializada.	Los recursos autorizados al Hospital, se ejercen de acuerdo a la normatividad aplicable como: el Presupuesto de Egresos de la Federación



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
		2018, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, Lineamientos para proyectos de inversión y programas de inversión.
	2.4.5 Favorecer la atención de la población indígena con respeto a su cultura y valores.	Se atendieron a 103 pacientes de diversos pueblos indígenas, de las siguientes lenguas: Náhuatl 38, Otomí 16, Totonaca 14, Mazateco 10, Mixteco 7, Zapoteco 5, Chinanteco 2, Mazahua 3, Mixe 2, Tzeltal 1, Mige 1, Amuzgo 1, Triqui 1, Maya 1 y Huasteco 1.
	2.4.6 Prestar apoyo para la atención de población migrante, de acuerdo a la normatividad aplicable.	Se proporciona atención médico quirúrgica a la población que lo requiera en apego a la política de "cero rechazo", dando prioridad a grupos vulnerables.
	2.4.7 Promover la aportación de recursos destinados a la atención de grupos vulnerables de los sectores social y privado.	Se cuenta con un Patronato y 21 grupos con vocación de apoyo a los pacientes y familiares, así como a la Institución.
	2.4.8 Desarrollar los sistemas de costeo que apoyen la revisión de los tabuladores para la prestación de los servicios.	Se está a la búsqueda de un sistema que cumpla con las normas técnicas emitidas por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). No obstante, se actualizaron 1,484 claves de cobro del tabulador de cuotas de recuperación.
	2.4.9 Propiciar la disminución de gasto de bolsillo principalmente en población vulnerable.	El tabulador de cuotas de recuperación cuenta con seis niveles económicos para la población, los cuales se asignan de acuerdo al estudio socioeconómico que realiza el servicio de Trabajo Social, por lo que al periodo de reporte se llevaron a cabo 17,699 estudios. Además, con la finalidad disminuir el gasto de bolsillo de los pacientes, se implementó la aplicación del nivel socioeconómico número tres.
Estrategia 2.5: Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud de alta especialidad mediante la portabilidad y convergencia	2.5.1 Contribuir a la conformación del Padrón General de Salud que permita la portabilidad de la información médica entre las instituciones.	No fue posible implementar el expediente clínico electrónico, debido a que el Hospital no cuenta con la infraestructura y recursos necesarios.
	2.5.2 Promover la interoperatividad del expediente clínico cumpliendo la normatividad aplicable.	No fue posible implementar el expediente clínico electrónico, debido a que el Hospital no cuenta con la infraestructura y recursos necesarios.
	2.5.3 Contribuir al avance de las herramientas que permitan la convergencia de la información en salud.	La Institución tiene implementado el Sistema de Gestión de Pacientes en las áreas de Archivo, Admisión, Urgencias y Cajas.
	2.5.4 Desarrollar lineamientos consensuados para la atención de usuarios entre las instituciones públicas de salud y las entidades coordinadas.	
	2.5.5 Impulsar la uniformidad de los sistemas de información médica entre las entidades coordinadas.	No fue posible implementar el expediente clínico electrónico, debido a que el Hospital no cuenta con la infraestructura y recursos necesarios.
Estrategia 2.6: Identificar oportunidades	2.6.1 Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras para la atención médica.	Se cuenta con los siguientes convenios para la prestación de servicios médicos:

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 2.- Reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.		
de vinculación con otros actores nacionales e internacionales para la atención médica		<ul style="list-style-type: none"> • 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), Seguro Médico Siglo XXI y Convenio de colaboración para la implementación de la estrategia del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), siendo 135 intervenciones que se atienden en el Hospital, por los que se obtuvieron ingresos por un importe de 154,292 miles de pesos, beneficiando a 4,024 pacientes. • Convenio de prestación de servicios médicos y quirúrgicos con el Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial (CUSAEM), obteniendo ingresos por un importe de 1,259 miles de pesos, beneficiando a 26 pacientes. • Convenio de colaboración para la realización de actividades relacionadas con el trasplante de órganos a favor de personas de escasos recursos con Fundación INBURSA, obteniendo ingresos por un importe de \$360 miles de pesos, beneficiando a cuatro pacientes. • Convenio de prestación de servicios médico-quirúrgicos Fideicomiso del Estado de Chiapas, obteniendo ingresos por un importe de \$5 miles de pesos, beneficiando a dos pacientes.
	2.6.2 Coordinar esfuerzos de colaboración con las unidades médicas de 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 que requiera referir pacientes.
	2.6.3 Valorar las oportunidades de participar en proyectos para brindar servicios de atención médica a usuarios privados y extranjeros.	
Estrategia 2.7: Promover el intercambio de experiencias de los profesionales de la salud	2.7.1 Promover la difusión de buenas prácticas y guías en cuidado enfermero.	
	2.7.2 Fomentar la capacitación de personal de enfermería en unidades de menor capacidad resolutive de la red de servicios.	No se cuenta con recursos económicos para desarrollar programas de capacitación.
	2.7.3 Coordinar las reuniones de directivos de enfermería y trabajo social, para la mejorar la atención a los pacientes y usuarios.	
	2.7.4 Propiciar la difusión del modelo de clasificación socioeconómica	El servicio de Trabajo Social aplicó un total de 17,699 estudios socioeconómicos, de acuerdo a los criterios de clasificación socioeconómica unificados por la CCINSHAE.

Resultados Objetivo 2:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4. *	98.9	99.7	<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 superior en un 0.8% en el porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4, con respecto a la meta anual programada de 98.9%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la disminución del 4.8% en los pacientes con estudios socioeconómicos realizados y del 4.1% en el número de pacientes identificados en el periodo con clasificación socioeconómica inferior a 4. Estos resultados se debieron al cierre de quirófanos durante octubre y noviembre de 2018, impactando en la cantidad de estudios realizados.</p>
Porcentaje de pacientes referidos atendidos en consulta externa y hospitalización. *	3.6	9.6	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</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 superior en un 166.7% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con respecto a la meta programada de 3.6%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se recibieron 2,021 pacientes más para atención de consulta externa especializada y continuar con su tratamiento médico, referidos por instituciones públicas de salud que no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad y que no están acreditadas ante el Seguro Popular.</p> <p>Las unidades médicas que refirieron pacientes fueron: Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", Unidad Médica Quirúrgica Juárez Centro, Hospital General Ticomán, Hospital General la Villa, Hospital General Atizapán de Zaragoza "Dr. Salvador González Herrejón", Hospital General "Dr. Rubén Leñero", Centro de Salud "Dr. Rafael Ramírez Suárez", Hospital General "las Américas" y el DIF de Ecatepec.</p>



			<p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Saturación de las especialidades médicas que incrementan los tiempos de espera para consultas subsecuentes.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Para el ejercicio 2019 dentro de los elementos para la programación de la meta en el indicador, se consideró el incremento de pacientes referidos por las instituciones públicas de salud.</p>
Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.	85.0	261.9	<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 periodo de reporte, tuvo un cumplimiento superior en un 208.1% 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 85%.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la captación de ingresos propios por un monto de 261,890 miles de pesos, con respecto a los 100,000 miles de pesos programados, a causa de recibir pagos por casos médicos atendidos de 2017.</p> <p>El captar un mayor número de ingresos propios 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 ^{2/}
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.		
Estrategia 3.1: Fomentar el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica	3.1.1 Fomentar el uso adecuado de los equipos y la correcta indicación de estudios y procedimientos.	A través del proyecto "Gestión de la Tecnología Biomédica", se realizó la capacitación en el uso de equipo y tecnología biomédica de 228 trabajadores de las áreas de Quirófanos centrales; Unidad toco quirúrgica; Unidad de cuidados intensivos adultos, pediátricos, coronarios, neonatales; Oncología (consulta externa y hospitalización); Urgencias adultos y pediatría; CEYE; Imagenología; Oftalmología; Hemodinamia; Unidad Maxilofacial y Gastroenterología y 37 personas del Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica sobre el uso de equipo médico como: máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas, monitores de signos vitales, mesas quirúrgicas y lámparas quirúrgicas.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.		
	<p>3.1.2 Impulsar la adquisición de los materiales y reactivos para la operación del equipamiento que permita, ofrecer atención médica oportuna y de calidad.</p>	<p>Con el propósito de garantizar el abasto oportuno de materiales y reactivos, y obtener mejores condiciones de precio y calidad, se realizaron dos contrataciones plurianuales, relacionadas con la adquisición de materiales y reactivos.</p>
	<p>3.1.3 Favorecer los mecanismos para agilizar el proceso de atención en los gabinetes.</p>	<p>Durante el periodo de reporte, se realizaron un total de 82,338 estudios de gabinete.</p>
	<p>3.1.4 Operar la infraestructura vigilando el cumplimiento de la bioseguridad tanto para los pacientes como para el personal y el medio ambiente.</p>	<p>En apego a la NOM-001-Sede-2012 se llevaron a cabo mantenimiento en las subestaciones eléctricas, medidores de energía eléctrica y gabinetes.</p>
	<p>3.1.5 Promover la vigilancia de alertas por efectos secundarios y la identificación de eventos adversos.</p>	<p>Se realizaron actividades para la identificación y notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, siendo las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de 61 servidores públicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. • Se realizó una sesión general, como medio de difusión para personal médico, paramédico y administrativo. • El Equipo Multidisciplinario para el Análisis del Evento Adverso, sesionó en 19 ocasiones, analizando eventos centinelas y generando acciones de mejora en aspectos relacionados con neumonías asociadas a ventilación mecánica, infección por clostridium difficile, infección incisional profunda y eventos relacionados con el equipo médico.
	<p>3.1.6 Establecer los programas de mantenimiento preventivo y correctivo.</p>	<p>Se realizaron más de 500 mantenimientos preventivos y correctivos, a los siguientes equipos: máquinas de anestesia, monitores de signos vitales, esterilizadores de vapor, microscopios quirúrgicos, equipos de oftalmología, desfibriladores, instrumental quirúrgico, equipos de ultrasonido y tomografía marca Philips y General Electric, mesas quirúrgicas, unidad de cobalto, braquiterapia, equipos de endoscopia marcas Pentax y Olympus, cunas de calor radiante e incubadoras.</p>
<p>Estrategia 3.2: Planear actualización de equipos médicos</p>	<p>3.2.1 Contar con programas que evalúen la infraestructura y equipamiento para ofrecer servicios de calidad a la población.</p>	<p>Se elaboraron los programas de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento 2018, efectuando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura: mantenimiento a las unidades manejadoras de aire y mini-splits; identificación de circuitos de emergencia en los servicios de Tococirugía, Urgencias Gineco, Unidad Coronaria y Terapia Intensiva; cambio de luminarias por ahorradoras de energía;



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.		
		<p>trabajos de limpieza y cambio de capacitador del Tomógrafo General Electric.</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamiento: Se desarrolló el proyecto "Gestión de la Tecnología Biomédica," en el cual se contempló la revisión periódica del equipo y tecnología biomédica del Hospital en los servicios de: Quirófanos centrales; Unidad toco quirúrgica; Unidad de cuidados intensivos adultos, pediátricos, coronarios y neonatales; Oncología (consulta externa y hospitalización); Urgencias adultos y pediatría; CEYE; Imagenología; Oftalmología; Hemodinamia; Unidad Maxilofacial y Gastroenterología.
	<p>3.2.2 Planear la sustitución y actualización del equipamiento acorde a las necesidades de servicios y la disponibilidad de recursos.</p>	<p>El Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica participó en la revisión de especificaciones en los proyectos de inversión, conforme al equipo y tecnología biomédica que requiere la Institución.</p> <p>Además, se contó con 11 proyectos de inversión registrados en cartera de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), para la sustitución y/o adquisición de equipo médico.</p>
	<p>3.2.3 Promover la identificación de fuentes alternas o complementarias de financiamiento para la adquisición del equipamiento de las unidades.</p>	<p>Con el propósito contar con fuentes alternas de financiamiento, se celebraron convenios para la prestación de servicios médicos.</p> <p>Asimismo, se concluyeron tres programas de inversión con financiamiento de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública por un importe de más de 100,000 miles de pesos, siendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de adquisición de equipo médico para la unidad de quirófanos del Hospital Juárez de México. Equipamiento para el servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México. Programa de sustitución de equipo médico para el servicio de Radiodiagnóstico e Imagen del Hospital Juárez de México.
	<p>3.2.4 Basar la incorporación de equipamiento en evidencia científica, costo beneficio y acorde a las necesidades de salud.</p>	<p>Los 11 proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la SHCP para la renovación y/o sustitución de equipamiento, contaron con las</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.		
	3.2.5 Fomentar la capacitación del personal para que se faciliten las transiciones tecnológicas.	evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio. Se capacitaron a 228 personas de diversas áreas del Hospital sobre el uso de equipo médico como: máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas, monitores de signos vitales, mesas quirúrgicas y lámparas quirúrgicas.
Estrategia 3.3: Renovar los recursos tecnológicos para la atención médica especializada atendiendo a las condiciones económicas y presupuestales	3.3.1 Incorporar personal profesional en ingeniería biomédica y técnico para la adecuada operación del equipo e instalaciones.	Se celebró un convenio de colaboración entre el Hospital y la Unidad Profesional Interdisciplinaria de Biotecnología (UPIBI) del Instituto Politécnico Nacional, para la integración de alumnos de los últimos niveles de la carrera de Ingeniería Biomédica para la revisión, instalación y gestión del equipo y tecnología biomédica, participando al periodo de reporte 16 pasantes.
	3.3.2 Capacitar al personal de ingeniería biomédica y técnico para el uso adecuado del equipamiento médico.	Se capacitó a 37 personas del Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, sobre el uso adecuado del equipamiento biomédico y tecnología biomédica, como máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas, monitores de signos vitales, mesas quirúrgicas y lámparas quirúrgicas.
	3.3.3 Fortalecer el equipamiento de alta tecnología en las unidades coordinadas para el intercambio de servicios con las redes.	
	3.3.4 Propiciar la incorporación de equipamiento y otras tecnologías basadas en evaluaciones integrales.	Los 11 proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la SHCP para la renovación y/o sustitución de equipamiento, contaron con las evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio.
	3.3.5 Participar en proyectos institucionales de planeación de infraestructura de servicios.	
Estrategia 3.4: Favorecer el avance del conocimiento y la profesionalización en las áreas vinculadas con el equipamiento médico	3.4.1 Apoyar la formación de recursos profesionales y técnicos en el manejo del equipo de gabinetes de diagnóstico y terapéuticos.	
	3.4.2 Contribuir al desarrollo de evaluación de resultados de investigación que favorezca el avance tecnológico en salud.	
	3.4.3 Participar en evaluaciones de tecnologías favoreciendo la incorporación de las más costo-efectivas	
	3.4.4 Incentivar el desarrollo y la divulgación de los avances tecnológicos en las unidades coordinadas.	
	3.4.5 Mejorar la utilización de la infraestructura y equipamiento, propiciando la aplicación de procedimientos y alternativas terapéuticas costo-efectivas	Los 11 proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la SHCP para la renovación y/o sustitución de equipamiento, contaron con las

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.		
	<p>3.4.6 Apoyar la capacitación y desarrollo del personal de las áreas vinculadas con la operación y mantenimiento del equipamiento médico.</p>	<p>evaluaciones socioeconómicas conforme a los Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis de costo-beneficio.</p> <p>Se capacitaron a 228 personas de diversas áreas y 37 personas del Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica sobre el uso de equipo médico como: máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas, monitores de signos vitales, mesas quirúrgicas y lámparas quirúrgicas.</p>
<p>Estrategia 3.5: Actualizar la infraestructura de tecnología de la información</p>	<p>3.5.1 Establecer un programa integral para la renovación la infraestructura de equipamiento informático.</p>	<p>El Hospital cuenta con el contrato de servicio de renovación integral de infraestructura de tecnologías de la información 2017-2020, cuyo objetivo es la actualización tecnológica del equipo activo de red, equipo de procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y de videoconferencia.</p>
	<p>3.5.2 Vigilar la intercomunicación interna y externa de las aplicaciones informáticas en las unidades de acuerdo al marco normativo.</p>	<p>Se supervisaron los sistemas de monitoreo de red implementados, con el propósito de asegurar la correcta intercomunicación entre los dispositivos y aplicaciones informáticas.</p>
	<p>3.5.3 Mantener estándares óptimos de seguridad y confiabilidad en la operación de las redes en las entidades coordinadas.</p>	<p>Se actualizaron las políticas de seguridad de acceso a la red de datos institucional, de acuerdo con las disposiciones de la normatividad vigente y a las funciones en los nuevos equipos de seguridad perimetral.</p>
	<p>3.5.4 Promover la ampliación gradual del equipamiento de cómputo y la actualización de las soluciones informáticas.</p>	<p>Se realizó el análisis de las necesidades informáticas de cada servicio, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para la incorporación de más y mejores soluciones informáticas. Además, se implementaron herramientas tecnológicas de código abierto.</p>
	<p>3.5.5 Favorecer sistemas informáticos homogéneos para integrar, procesar e intercambiar información entre las entidades y con las redes de servicios</p>	<p>Se dio seguimiento al anexo técnico emitido por la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, el cual tiene como propósito desarrollar las interfaces de interoperabilidad entre los sistemas de ambas entidades a fin de obtener de manera sistematizada la CURP de los pacientes en los sistemas informáticos institucionales.</p>
	<p>3.5.6 Incorporar sistemas que propicien la eficiencia en los procesos, registros, informes y controles de la operación institucional.</p> <p>3.5.7 Establecer mecanismos e instrumentos para la seguridad y resguardo de los archivos electrónicos institucionales.</p>	<p>La Institución tiene implementado el Sistema de Gestión de Pacientes en las áreas de Archivo, Admisión, Urgencias y Cajas.</p> <p>Se les proporcionó a los diferentes servicios del Hospital, acceso seguro y controlado al sistema de almacenamiento en red, con la finalidad alojar de forma segura su información y datos.</p>
<p>Estrategia 3.6: Fortalecer la atención médica y de enseñanza con el uso de</p>	<p>3.6.1 Establecer un programa integral para la incorporación de la telemedicina para la prestación de servicios en la red.</p> <p>3.6.2 Capacitar al personal médico y paramédico en el uso de equipos de telemedicina.</p>	<p>Se instaló una sala de videoconferencia en la biblioteca del Hospital, la cual podría ser utilizada para realizar sesiones de telemedicina, siempre y cuando se tenga el equipo necesario.</p> <p>No se realizó capacitación del personal médico y paramédico para el uso de equipo de telemedicina, debido a que no se tiene el equipo necesario para su implementación.</p>

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 3.- Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades medicas coordinadas.		
tecnologías de la comunicación	3.6.3 Promover la asesoría y análisis de casos entre las instituciones a través de sistemas basados en tecnologías de comunicación.	Se acudió a dos reuniones convocadas por la Dirección General de Tecnologías de la Información de la CCINSHAE, para llevar a cabo, conjuntamente con los hospitales e institutos, Sesiones de trabajo para el desarrollo de contratos consolidados que permitan un mejor acceso a los recursos materiales y tecnológicos necesarios por cada uno de integrantes del contrato.
	3.6.4 Favorecer la enseñanza y la asesoría académica a través de tecnologías de la comunicación.	Se proporcionó acceso a la red inalámbrica del Hospital a los dispositivos móviles de la comunidad hospitalaria, para que mediante el uso de soluciones tecnológicas de comunicación, se promueva la enseñanza y asesoría.

Resultados Objetivo 3:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas.	100	100	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al periodo de reporte, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas. La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a la renovación de 20 equipos, de los cuales 14 fueron mesas de cirugía, tres equipos de rayos x móviles y tres máquinas de anestesia. El contar con equipo renovado permite brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.
Porcentaje de incremento de sesiones por teleconferencia.	83.3	0	CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: Durante el ejercicio 2018, no se recibieron solicitudes para realizar sesiones por teleconferencia.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
Estrategia 4.1: Favorecer la congruencia entre la oferta y la demanda de especialistas particularmente los altamente especializados.	4.1.1 Gestionar la asignación de las becas para la formación de especialistas en las entidades de alta especialidad.	La Dirección General de Calidad y Educación en Salud no asignó becas para el Hospital.
	4.1.2 Favorecer la congruencia entre las necesidades de atención de alta especialidad y los programas de formación y educación continua.	Se realizaron un total de 70 cursos de educación continua, de los cuales 56 estuvieron relacionados con las necesidades de atención de alta especialidad.
	4.1.3 Vincular los principales problemas de salud en adultos y niños con la formación de recursos humanos especializados.	Los programas operáticos de las residencias médicas de especialización están enfocados en enfermedades de la niñez, embarazadas y adultos mayores.
	4.1.4 Priorizar las especialidades vinculadas con los problemas nacionales de salud de acuerdo a la vocación institucional.	Los cursos y programas operativos de especialización se enfocan a la atención de los principales problemas de la salud, como enfermedades crónico-degenerativas e infecciones que afectan a la población nacional.
	4.1.5 Fomentar la formación de personal de enfermería y paramédico acorde a las necesidades de las redes de servicios.	
	4.1.6 Impulsar el desarrollo de cursos de alta especialidad considerando las necesidades de atención de la población.	Los cursos de alta especialidad del Hospital atienden enfermedades de alto impacto en la población, siendo los siguientes: Cardiología intervencionista, Ecocardiografía, Endoscopia gastrointestinal, Medicina del dolor y cuidados paliativos del adulto, Motilidad gastrointestinal, Oncología quirúrgica de cabeza y cuello, Toxicología aplicada a la clínica y Trasplante renal.
	4.1.7 Mantener la formación de licenciatura y especialización de personal de enfermería	El Hospital cuenta con la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, la cual tuvo 36 egresados durante el 2018.
	4.1.8 Favorecer la profesionalización del personal de salud para mejorar la atención.	Se profesionalizaron 34 trabajadores del Hospital, de los cuales 31 fueron de Enfermería y tres de Trabajo Social.
Estrategia 4.2: Fortalecer la vinculación institucional con el sector educativo, para el desarrollo programas de enseñanza	4.2.1 Participar en el diseño de los planes de estudio de medicina de alta especialidad.	Los profesores titulares de los cursos de especialidad y alta especialidad, participan en los comités académicos que convoca la Facultad de Medicina de la UNAM.
	4.2.2 Promover la actualización de los programas académicos de formación de especialistas para hacerlos acordes a la mejor evidencia disponible.	El área de revisión curricular de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, actualiza los planes curriculares conjuntamente con los profesores de los cursos de especialidad y alta especialidad del Hospital.
	4.2.3 Promover el establecimiento de convenios entre las unidades coordinadas para la formación de personal en medicina y áreas afines.	La Unidad de Enseñanza promueve y realiza convenios con diferentes instituciones educativas y de salud, para el intercambio de residentes que fortalecen su formación.
	4.2.4 Difundir la información sobre la formación en farmacia, física médica, técnicos en imagenología diagnóstica y terapéutica, entre otras.	

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
	4.2.5 Fomentar el desarrollo de programas de posgrado no clínico en las instituciones de alta especialidad.	
	4.2.6 Favorecer el desarrollo de competencias de investigación y docentes en los programas de formación, educación continua y posgrados.	Se impartió el curso de Metodología de la investigación para médicos residentes, contando con una asistencia de 88 profesionales de la salud.
	4.2.7 Promover que las instituciones educativas incorporen el enfoque preventivo en las carreras y especialidades de salud.	Los cursos de especialización y de alta especialidad incluyen en sus programas operativos aspectos preventivos en salud.
	4.2.8 Promover la formación especializada de profesionales de enfermería y paramédico.	
	4.2.9 Impulsar la celebración de convenios con instituciones públicas y privadas nacionales y extranjeras en materia de enseñanza.	La Unidad de Enseñanza cuenta con 15 convenios con diferentes instituciones públicas y privadas en materia de educación en salud.
	4.2.10 Promover el establecimiento de convenios y el cumplimiento normativo en la enseñanza de pregrado, especialidad y posgrado.	Se cuenta con 15 convenios en materia de educación en salud, de los cuales 11 se apegan a la Norma Oficial Mexicana de ciclos clínicos e internado de pregrado y a la Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
Estrategia 4.3: Formar recursos humanos de alta especialidad en las entidades coordinadas	4.3.1 Contar con programas de formación de especialistas con alta calidad y apegados a la normatividad en la materia.	Los 34 cursos de especialidad y alta especialidad se encuentran avalados por la Facultad de Medicina y Facultad de Odontología de la UNAM, y la Escuela Superior de Medicina del IPN, los cuales cumplen con la Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
	4.3.2 Mantener una tasa de retención superior al 80%	Durante el 2018 se contó con una tasa de retención del 99%.
	4.3.3 Actualizar los programas operativos considerando el adecuado cumplimiento de las actividades docentes.	Los profesores titulares de los cursos de especialidad y alta especialidad actualizan su programa operativo de manera anual.
	4.3.4 Favorecer la participación de los residentes en proyectos de investigación institucional.	Con el propósito de estructurar trabajos de tesis o artículos de publicación, se impartió el curso "Metodología de la investigación", dirigido a los médicos residentes del penúltimo año.
	4.3.5 Evaluar la satisfacción de los médicos residentes.	La percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes fue de 8.5
	4.3.6 Apoyar el desarrollo profesional y la participación académicas internas y externas, nacionales e internacionales de los residentes y alumnos.	Personal médico residente del Hospital en colaboración con los profesores de diferentes cursos de posgrado, presentaron 170 trabajos de investigación clínica y exposiciones en diferentes congresos.
	4.3.7 Coordinar el intercambio de experiencias académicas y aportes de los residentes para la mejora de la formación.	Se realizaron 49 sesiones generales, en las cuales asistieron 9,499 médicos residentes, además, acudieron a las sesiones organizadas por cada división del Hospital.
	4.3.8 Coordinar la realización de eventos académico entre los residentes de las EC.	Siete profesionales de la salud asistieron al XI curso de médicos residentes organizado por la CCINSHAE.

Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
	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 contó con mecanismos de seguimiento de egresados.
Estrategia 4.4: 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 de Actividades Académicas, abierto a cualquier personal de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Durante 2018, 4,313 profesionales de la salud concluyeron sus cursos de educación continua, de los cuales 3,338 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.	Se impartieron un total de 70 cursos de educación continua, de los cuales 39 estuvieron directamente relacionados con las competencias y habilidades para la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos complejos.
	4.4.3 Promover la perspectiva de género y no discriminación en los cursos de actualización del personal.	En 2018, el 72.2% de los asistentes a cursos de educación continua fueron mujeres.
	4.4.4 Evaluar la satisfacción de los participantes y asistentes de los cursos de actualización	En los 70 cursos de educación continua se aplicaron encuestas a los profesionales de la salud para conocer la percepción de la calidad de los cursos, obteniendo una calificación promedio de 9.2.
	4.4.5 Promover la permanencia del personal en formación.	Los profesores titulares y adjuntos de los cursos de especialidad y alta especialidad se encargan de verificar la permanencia del personal en formación.
	4.4.6 Facilitar la participación de personal externo en los cursos de educación continua con difusión oportuna de los programas.	Con el propósito de dar a conocer las actividades académicas, sociales y culturales realizadas por el Hospital, se difundió el Programa de Actividades Académicas 2018 de manera impresa en diversas áreas del Hospital y de forma electrónica a través del portal e intranet institucional y redes sociales. Además, cada una de las instancias organizadoras de los cursos difunde sus cursos por sus propios medios.
	4.4.7 Fortalecer las competencias del personal de las unidades médicas coordinadas.	Se impartieron 70 cursos de educación continua y 56 de capacitación administrativa-gerencial y técnico-médica, de los cuales 39 y 21 cursos respectivamente estuvieron dirigidos a fortalecer 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 de Liderazgo gerencial, contando con la participación de 30 servidores públicos.
Estrategia 4.5:	4.5.1 Favorecer que la atención médica incorpore los avances científicos y la mejor evidencia disponible.	



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
Hacer de la investigación la base fundamental de la atención médica y de la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud	4.5.2 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 actualización de guías de práctica clínica y protocolos de atención basados en resultados de investigación.	
Estrategia 4.6: Fortalecer la infraestructura en equipo para la docencia en las instituciones de alta especialidad	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.	
	4.6.3 Fomentar el desarrollo de las bibliotecas con énfasis en las modalidades que incorporan tecnologías de la comunicación.	Con el propósito de que los profesionales de la salud, los investigadores y el personal médico en formación contaran con información de utilidad, se les brindó acceso al Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT).
	4.6.4 Promover la capacitación y actualización del personal de bibliotecas.	Dos servidores públicos asistieron a un curso de capacitación sobre el CONRICyT.
	4.6.5 Mantener e incrementar el acervo bibliográfico e histórico de las instituciones coordinadas.	Durante el periodo de reporte, no se incrementó el acervo bibliográfico de la Institución.
	4.6.6 Apoyar el uso de equipos de cómputo para las actividades académicas de alumnos y residentes de acuerdo con la disponibilidad de recursos.	Se brindó 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.
	4.6.7 Orientar la atención al usuario de las bibliotecas institucionales, principalmente las digitales.	Conjuntamente con la CCINSHAE se efectuaron dos capacitaciones sobre el manejo de los recursos digitales del CONRICyT, una de ellas para personal médico en formación y la otra para profesionales de la salud. Además, el Hospital ofrece acceso a dicho portal desde la red de datos institucional de manera segura y controlada.
	4.6.8 Promover el intercambio ágil de bibliografía científica, educativa y relacionada con la salud.	Debido a las restricciones presupuestales no fue posible avanzar en el proyecto de biblioteca digital.
	4.6.9 Promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el área de manejo de acervos bibliográficos.	Debido a las restricciones presupuestales no fue posible avanzar en el proyecto de biblioteca digital, no obstante, se brinda acceso al portal del CONRICyT.



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 4.- Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.		
Estrategia 4.7: Apoyar la realización de las actividades docentes y académicas	4.7.1 Establecer sistemas innovadores para el financiamiento de las actividades docentes de alta especialidad.	
	4.7.2 Fomentar la colaboración público-privada para las actividades docentes en las instituciones de alta especialidad.	
	4.7.3 Hacer uso óptimo de las áreas de enseñanza.	Con el propósito de hacer un uso óptimo de las instalaciones del Hospital, se calendarizaron las actividades del aula magna y auditorio, tomando en consideración el número de alumnos de ciclos clínicos, internado de pregrado, capacitación en materia administrativa y gerencial, y educación continua.
	4.7.4 Participar como sede de eventos académicos en la red de servicios.	El Hospital fue sede del 1er Congreso de enfermería, contando con la participación de 120 profesionales de diferentes instituciones coordinadas por la CCINSHAE.
	4.7.5 Posicionarse como centros de formación y actualización de recursos humanos de alta calidad.	La Institución cuenta con el curso de especialidad en Oftalmología, reconocido como un posgrado de alta calidad por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM y el CONACyT.
	4.7.6 Realizar acciones de coordinación con directivos de enseñanza de las entidades coordinadas.	
	4.7.7 Apoyar las gestiones vinculadas con asignación de becas, programas de estímulos para alumnos y residentes	
	4.7.8 Favorecer los programas de rotaciones internas y externas para la adecuada formación y actualización de recursos humanos.	
	4.7.9 Coordinar los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las actividades sustantivas de enseñanza.	

Resultados Objetivo 4:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Eficiencia terminal de cursos de especialización	100.0	100.0	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional. CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100% en la eficiencia terminal de médicos especialistas.



			<p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece al cumplimiento de los programas académicos de cada especialidad y a la participación de 140 residentes en el desarrollo de protocolos de investigación, que a través de ellos se incentiva a la titulación y diplomación oportuna.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
Percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes	8.1	8.5	<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 superior del 4.9% en la percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes, con respecto a la meta programada de 8.1.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que los médicos residentes manifestaron una percepción de satisfacción en los rubros de conocimientos, relaciones, asistencia e infraestructura.</p>
Percepción de la calidad de los cursos de educación continua	9.1	9.2	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</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 superior 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>Este resultado se debió a que los profesionales de la salud que participan en los cursos de educación continua, manifestaron que el contenido de los cursos fue satisfactorio, por considerarlos de utilidad para mejorar su práctica profesional. Además, la organización, instalaciones y herramientas didácticas fueron evaluadas con un promedio de 9 de calificación.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>



Estrategia	Líneas de Acción	Avances relevantes o destacables ^{2/}
Objetivo 5.- Impulsar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.		
Estrategia 5.1: Desarrollar el programa de reconocimiento del ejercicio docente.	5.1.1 Elaborar la propuesta del sistema docente de las instituciones formadoras de recursos humanos especializados en salud.	
	5.1.2 Proponer un sistema de incentivos al personal con actividades docentes en las instituciones de salud de alta especialidad.	
	5.1.3 Favorecer el desarrollo institucional que fomente el desempeño y el reconocimiento de las actividades docentes.	
	5.1.4 Desarrollar los criterios de ingreso y permanencia de docentes de alta especialidad, promoviendo la actualización continua del personal.	

Resultados Objetivo 5:

Indicador	Meta 2018		Explicación a las variaciones
	Programado	Alcanzado	
Presentación de propuesta de Programa de Reconocimiento del Ejercicio Docente en Entidades de Alta Especialidad.			

Cierre del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018 Informe de Resultados Relevantes

La misión del Hospital Juárez de México, es 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.

Con lo cual, se contribuyó al cumplimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018, realizando lo siguiente durante 2018:

Con respecto al objetivo de otorgar atención médica con calidad a la población que lo demande considerando la mejor evidencia científica.

- Se otorgaron un total de 261,044 consultas, de las cuales 12,969 fueron preconsultas, 53,693 consultas de primera vez, 151,703 subsecuentes y 42,679 consultas de urgencias.
- Se tuvo un abasto del 98% de medicamentos y material de curación, garantizando la atención médica de los pacientes del Hospital.
- Se brindó atención a 3,070 pacientes con perfil geriátrico.
- El servicio de Medicina Física y Rehabilitación otorgó atención a 23,129 pacientes, brindándoles un total de 168,433 sesiones de rehabilitación, de las cuales 134,093 fueron de terapia física, 24,751 ocupacional y 9,589 de lenguaje.
- El servicio de Oncología brindó atención médico quirúrgica, diagnóstica y de tratamiento a 407 pacientes beneficiados en el programa del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
- Con la finalidad facilitar la atención de pacientes, se promovió a través del portal institucional la cita telefónica de consulta primera vez, cita para la realización del estudio socioeconómico y donación de sangre.
- Se abrieron un total de 33,661 expediente clínicos, de los cuales 3,221 corresponden pacientes referidos.
- Se brindó atención a 103 pacientes de diversos pueblos indígenas.
- Se realizaron 1,340,745 estudios de laboratorio, 82,338 radiología e imagen, 1,880 estudios de medicina nuclear y 11,432 estudios de patología, favoreciendo con ello el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes.
- Se atendieron a 127 pacientes a través del código mater, con un tiempo promedio de respuesta del equipo multidisciplinario de 4 minutos.



- Se otorgaron un total de 2,163 atenciones obstétricas, de las cuales 937 fueron cesáreas.
- Se celebraron cuatro convenios para la prestación de servicios médicos, con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Cuerpo de Guardias de Seguridad Industrial Bancaria y Comercial, Fundación INBURSA y estado de Chiapas, para la obtención de ingresos.
- Se efectuaron seis simulacros, en los cuales se puso a prueba la capacidad de reacción de las autoridades, brigadistas, trabajadores y visitantes.
- Con el propósito de impulsar las acciones de transparencia y acceso a la información, se publicaron en el portal institucional seis temas de información útil, relacionadas con tabulador de cuotas de recuperación, programa de Seguro Popular, cita donación de sangre, cita para elaboración de estudio socioeconómico, solicitudes de información e información básica para familiares de pacientes de Urgencias.

Referente al objetivo relacionado con reforzar la vinculación entre las instituciones de salud dentro de las redes de servicios.

- Se acreditó la cédula de Hepatitis crónica tipo C y se inscribieron en la plataforma de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las cédulas de Implante coclear, Trasplante de medula osea, Neonatos con insuficiencia respiratoria y prematuridad, Cáncer de colon y recto, y Tumor Ovárico Germinal y epitelial.
- Se tiene implementado el Sistema de Gestión de Pacientes en las áreas de Admisión hospitalaria, Archivo clínico, Urgencias y Cajas.

Respeto al objetivo referente a impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas coordinadas.

- Se capacitó a un total de 265 trabajadores en el uso de equipo médico (máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas, monitores de signos vitales, mesas quirúrgicas y lámparas quirúrgicas).
- Se realizaron 500 mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos médicos (máquinas de anestesia, monitores de signos vitales, esterilizadores de vapor, microscopios quirúrgicos, equipos de oftalmología, desfibriladores, instrumental quirúrgico, equipos de ultrasonido y tomografía marca Philips y General Electric, mesas quirúrgicas, unidad de cobalto, braquiterapia, equipos de endoscopía marcas Pentax y Olympus, cunas de calor radiante e incubadoras).
- Se registraron 11 proyectos en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la sustitución y/o adquisición de equipo



médico, los cuales contaron con las evaluaciones socioeconómicas conforme a la normatividad vigente.

- Se cuenta con el contrato de servicio de renovación integral de infraestructura de tecnologías de la información 2017-2020, cuyo objetivo es la actualización tecnológica del equipo activo de red, equipo de procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y de videoconferencia.

En cuanto al objetivo relacionado con promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales en salud.

- Se impartieron un total de 70 cursos de educación continua y 56 de capacitación técnico-médica y administrativa-gerencial, contando con la participación de 4,313 y 1,574 personas respectivamente.
- Se promovió la perspectiva de género y no discriminación, por lo que el 72.2% de los asistentes a cursos de educación continua fueron mujeres.
- Los 34 cursos de especialidad y alta especialidad se encuentran avalados por la Facultad de Medicina y Facultad de Odontología de la UNAM, y la Escuela Superior de Medicina del IPN, los cuales cumplen con la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
- Egresaron 36 personas de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.
- Se profesionalizaron 34 trabajadores del Hospital, de los cuales 31 fueron de enfermería y tres de trabajo social.
- Se impartió el curso de Metodología de la investigación para médicos residentes, contando con una asistencia de 88 profesionales de la salud.
- Se contó con 15 convenios con diferentes instituciones públicas y privadas en materia de educación en salud.
- En lo referente a la participación académica interna y externa, personal médico residente del Hospital en colaboración con los profesores de diferentes cursos de posgrado, presentaron 170 trabajos de investigación clínica y exposiciones en diferentes congresos.
- En cuanto a la actualización de competencias y habilidades gerenciales, se impartió el curso de Liderazgo, contando con la participación de 30 servidores públicos.



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD 2013-2018									
METAS 2013-2018 1/									
Institución		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO							
Resultados Objetivo 1: Otorgar atención medicacon calidad a la poblacion que lo demande considerando la mejor evidencia científica.									
DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
INDICADOR		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	77.6	81.9	80.0	82.3	85.0	85.4	82.1	82.8
VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	388	307	320	431	425	397	414	429
VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	500	375	400	524	500	465	504	518
DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES			
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada				
INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados.	90.0	91.7	87.4	90.1	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.			
VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	450	510	542	830	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 3.1%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 87.4%.			
VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	500	556	620	921	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 48.5% en el número total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional respecto a la meta programada que fue de 620 expedientes. Asimismo, el incremento del 53.1% en el número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 fue debido a que se mantiene el apego a la normatividad establecida respecto a la integración del expediente clínico. Estos resultados fueron a causa de implementar la estrategia de una mayor participación del personal médico y de enfermería en la revisión del expediente clínico, permitiendo tener una mayor certidumbre en la calidad de la atención médica que reciben los pacientes que son atendidos en la Institución.			
1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.									
DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
INDICADOR		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	93.0	95.0	94.0	95.5	94.0	92.8	94.4	92.4
VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	16,800	17,266	16,430	17,016	16,785	17,095	17,000	18,154
VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	18,063	18,180	17,480	17,825	17,850	18,426	18,000	19,646



DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación	94.0	92.9	94.0	92.2	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.
VARIABLE 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	17,390	17,574	17,390	17,011	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 inferior en un 1.9% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada del 94%.
VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios x 100	18,500	18,917	18,500	18,453	La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que Hospital contó con la infraestructura necesaria para brindar atención médica quirúrgica especializada con calidad, seguridad, oportunidad y de forma integral, lo cual permitió que el 92.2% de los pacientes egresados fueran por mejoría.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia	6.5	5.5	5.7	6.7	6.5	7.2	7.1	5.5
VARIABLE 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	660	556	540	671	660	741	720	611
VARIABLE 2	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	101,932	101,932	94,392	100,884	101,940	103,502	102,000	111,252

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia	6.7	4.5	5.1	4.8	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.
VARIABLE 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	690	539	525	515	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 5.9% en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria), con relación a la meta programada de 5.1.
VARIABLE 2	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	103,000	120,118	103,500	106,323	Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debieron al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la aplicación de los paquetes de medidas preventivas. Durante 2018 se implementaron estrategias para la prevención y control de las Neumonías Asociadas a Ventilación (NAV), consistentes en: estandarización de la limpieza, desinfección y esterilización de las hojas de microscopio; estandarización de la limpieza y desinfección de los ventiladores mecánicos; capacitación al personal sobre las medidas preventivas para NAV y, reestructuración de los paquetes de medidas preventivas.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.



Resultados Objetivo 2: Reforzar la vinculación entre las instituci

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4. *	No disponible	No disponible	98.4	99.3	98.9	98.7	98.9	99.2
VARIABLE 1	Numero de Pacientes identificados en el periodo con clasificacion socioeconomica inferior a 4	No disponible	No disponible	17,577	16,853	17,836	16,114	18,200	17,342
VARIABLE 2	Pacientes con estudios socioeconomicos realizados en el periodo	No disponible	No disponible	17,860	16,974	18,032	16,326	18,400	17,483

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4. *	98.9	99.3	98.9	99.7	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 0.8% en el porcentaje de pacientes con clasificación socioeconómica menor a 4, con respecto a la meta anual programada de 98.9%.
VARIABLE 1	Numero de Pacientes identificados en el periodo con clasificación socioeconómica inferior a 4	18,300	17,473	18,400	17,638	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la disminución del 4.8% en los pacientes con estudios socioeconómicos realizados y del 4.1% en el número de pacientes identificados en el periodo con clasificación socioeconómica inferior a 4. Estos resultados se debieron al cierre de quirófanos durante octubre y noviembre de 2018, impactando en la cantidad de estudios realizados.
VARIABLE 2	Pacientes con estudios socioeconómicos realizados en el periodo	18,500	17,596	18,600	17,699	

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	25.6	12.2	12.3	4.4
VARIABLE 1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	8,100	4,018	4,320	1,426
VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación x 100	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	31,680	33,026	35,000	32,120



DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud	1.8	6.3	3.6	9.6	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional. CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior en un 166.7% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con respecto a la meta programada de 3.6%.
VARIABLE 1	Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	600	2,130	1,200	3,221	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se recibieron 2,021 pacientes más para atención de consulta externa especializada y continuar con su tratamiento médico, referidos por instituciones públicas de salud que no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad y que no están acreditadas ante el Seguro Popular.
VARIABLE 2	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación x 100	33,000	33,960	33,330	33,661	Las unidades médicas que refirieron pacientes fueron: Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", Unidad Médica Quirúrgica Juárez Centro, Hospital General Ticomán, Hospital General la Villa, Hospital General Atizapán de Zaragoza "Dr. Salvador González Herrejón", Hospital General "Dr. Rubén Leñero", Centro de Salud "Dr. Rafael Ramírez Suárez", Hospital General "las Américas" y el DIF de Ecatepec.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.	55.1	54.1	100.0	57.6	100.0	239.0	94.4	118.0
VARIABLE 1	Total de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios	113,688	111,571	85,000	121,429	85,000	203,245	85,000	106,903
VARIABLE 2	Total de ingresos captados en el periodo x 100	206,313	206,313	85,000	210,886	85,000	85,000	90,000	90,000

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica, incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios.	89.5	96.0	85.0	261.9	El indicador al periodo de reporte, tuvo un cumplimiento superior en un 208.1% 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 85%.
VARIABLE 1	Total de ingresos propios obtenidos por convenios de atención médica incluido el Seguro Popular e intercambio de servicios	85,000	179,169	85,000	261,890	La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, se debió a la captación de ingresos propios por un monto de 261,890 miles de pesos, con respecto a los 100,000 miles de pesos programados, a causa de recibir pagos por casos médicos atendidos de 2017.
VARIABLE 2	Total de ingresos captados en el periodo x 100	95,000	186,634	100,000	100,000	El captar un mayor número de ingresos propios permite la adquisición de bienes y servicios, y renovación de equipos para brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.



Resultados Objetivo 3: Impulsar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades coordinadas

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Alcanzada	Programada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas	0	0	100.0	98.6	100.0	108.9	100.0	100.0
VARIABLE 1	Equipos efectivamente renovados	0	0	2	139	56	61	60	60
VARIABLE 2	Equipos programados a renovar x 100	0	0	2	141	56	56	60	60

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas	100.0	100.0	100.0	100.0	El indicador al periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 100% en el porcentaje del cumplimiento del programa de renovación de equipos para las actividades sustantivas.
VARIABLE 1	Equipos efectivamente renovados	70	70	20	20	La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a la renovación de 20 equipos, de los cuales 14 fueron mesas de cirugía, tres equipos de rayos x móviles y tres máquinas de anestesia.
VARIABLE 2	Equipos programados a renovar x 100	70	70	20	20	El contar con equipo renovado permite brindar una mejor atención a los pacientes y usuarios del Hospital.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Alcanzada	Programada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Porcentaje de incremento de sesiones de teleconferencia	100.0	0	100.0	0	83.3	86.4	83.3	35.3
VARIABLE 1	Total de sesiones de teleconferencia en el año t	36	0	51	0	25	51	25	18
VARIABLE 2	Total de sesiones de teleconferencia en el año previo (t-1) x100	36	0	51	0	30	59	30	51

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Porcentaje de incremento de sesiones de teleconferencia	83.3	0	83.3	0	Durante el ejercicio 2018, no se recibieron solicitudes para realizar sesiones por teleconferencia.
VARIABLE 1	Total de sesiones de teleconferencia en el año t	25	0	25	0	
VARIABLE 2	Total de sesiones de teleconferencia en el año previo (t-1) x100	30	18	30	0	

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.



Resultados Objetivo 4: Promover la formación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS								
		2013		2014		2015		2016		
		Alcanzada	Programada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Eficiencia terminal de médicos especialistas	100.0	100.0	100.0	100.0	99.1	100.0	100.0	100.0	
VARIABLE 1	Número de médicos que obtienen constancia de conclusión de estudios de especialidad, subespecialidad y alta especialidad emitida por la DGCES	111	116	116	130	116	133	133	136	
VARIABLE 2	Total de médicos inscritos en la misma cohorte x 100	111	116	116	130	117	133	133	136	
DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES				
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada					
INDICADOR	Eficiencia terminal de médicos especialistas	100.0	100.0	100.0	100.0	<p>Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.</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 del 100% en la eficiencia terminal de médicos especialistas.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece al cumplimiento de los programas académicos de cada especialidad y a la participación de 140 residentes en el desarrollo de protocolos de investigación, que a través de ellos se incentiva a la titulación y diplomación oportuna.</p>				
VARIABLE 1	Número de médicos que obtienen constancia de conclusión de estudios de especialidad, subespecialidad y alta especialidad emitida por la DGCES	140	143	140	140					
VARIABLE 2	Total de médicos inscritos en la misma cohorte x 100	140	143	140	140					
1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.										
DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS								
		2013		2014		2015		2016		
		Alcanzada	Programada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes	8.0	8.3	8.0	8.0	8.0	8.2	8.1	No disponible	
VARIABLE 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los médicos en formación que terminan sus créditos de especialidad médica encuestados respecto a la calidad percibida de su formación	888	962	928	1,038	928	1,085	1,050	No disponible	
VARIABLE 2	Total de médicos encuestados de la misma cohorte generacional que termina sus créditos de especialidad x 100	111	116	116	130	116	133	130	No disponible	



DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes	8.1	7.8	8.1	8.5	El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior del 4.9% en la percepción de la calidad de los cursos de formación de residentes, con respecto a la meta programada de 8.1.
VARIABLE 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los médicos en formación que terminan sus créditos de especialidad médica encuestados respecto a la calidad percibida de su formación	1,050	1,020	1,050	3,277	Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que los médicos residentes manifestaron una percepción de satisfacción en los rubros de conocimientos, relaciones, asistencia e infraestructura.
VARIABLE 2	Total de médicos encuestados de la misma cohorte generacional que termina sus créditos de especialidad x 100	130	130	130	384	

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.

DESCRIPCION DE INDICADOR		AÑOS							
		2013		2014		2015		2016	
		Alcanzada	Programada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada
INDICADOR	Percepción sobre la calidad de la educación continua	7.9	8.5	8.8	9.0	9.3	9.1	9.4	9.1
VARIABLE 1	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	26,000	24,687	49,315	40,252	57,500	49,432	58,001	44,195
VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados x 100	3,300	2,903	5,604	4,464	6,150	5,452	6,200	4,858

DESCRIPCION DE INDICADOR		2017		2018		EXPLICACION A LAS VARIACIONES
		Programada	Alcanzada	Programada	Alcanzada	
INDICADOR	Percepción sobre la calidad de la educación continua	9.1	9.1	9.1	9.2	Meta actualizada conforme a registro de la MIR ante la SHCP para reflejar la operación institucional.
VARIABLE 1	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	40,083	44,590	38,339	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 1.1% en la percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua, con respecto a la meta programada de 9.1%.
VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados x 100	5,890	4,383	4,900	4,174	Este resultado se debió a que los profesionales de la salud que participan en los cursos de educación continua, manifestaron que el contenido de los cursos fue satisfactorio, por considerarlos de utilidad para mejorar su práctica profesional. Además, la organización, instalaciones y herramientas didácticas fueron evaluadas con un promedio de 9 de calificación.

1/ Registrar las metas programadas y alcanzadas 2013-2018 en forma consistente con la documentación previa emitida emitida por las instituciones que operan el programa.



Indicadores de Marco Lógico, Cumplimiento de Metas Institucionales 2018. Indicadores de Desempeño Estratégicos y Complementarios 2018 del Programa Presupuestal E023 "Atención a la salud".



Informe de enero - diciembre 2018

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

INDICADORES		META ANUAL	META ACUMULADA		VARIACION META PROGRAMADA		EXPLICACIÓN A LAS VARIACIONES
NIVEL MML	DEFINICIÓN		PROGRAMADA	REALIZADA	%	SEMÁFORO	
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E023 "ATENCIÓN A LA SALUD"							
FIN (1)	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	3.6	3.6	9.6	166.7	ROJO	<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 166.7% en el porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional, con respecto a la meta programada de 3.6%, 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 que se recibieron 2,021 pacientes más para atención de consulta externa especializada y continuar con su tratamiento médico, referidos por instituciones públicas de salud que no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad y que no están acreditadas ante el Seguro Popular.</p> <p>Las unidades médicas que refirieron pacientes fueron: Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", Hospital General de Cuautitlán "Grat. José Vicente Villada", Unidad Médica Quirúrgica Juárez Centro, Hospital General Ticomán, Hospital General la Villa, Hospital General Atizapán de Zaragoza "Dr. Salvador González Herrejón", Hospital General "Dr. Rubén Lebrero", Centro de Salud "Dr. Rafael Ramírez Suárez", Hospital General "las Américas" y el DIF de Ecatepec.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Saturación de las especialidades médicas que incrementan los tiempos de espera para consultas subsecuentes.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Para el ejercicio 2019 dentro de los elementos para la programación de la meta en el indicador, se consideró el incremento de pacientes referidos por las instituciones públicas de salud.</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	1,200	1,200	3,221			
	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación X 100	33,330	33,330	33,661			
PROPOSITO (2)	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	94.0	94.0	92.2	1.9	VERDE	<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 1.9% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada del 94%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que Hospital cortó con la infraestructura necesaria para brindar atención médica quirúrgica especializada con calidad, seguridad, oportunidad y de forma integral, lo cual permitió que el 92.2% de los pacientes egresados fueran por mejoría.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	17,390	17,390	17,011			
	Total de egresos hospitalarios x 100	18,500	18,500	18,453			



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: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	88.5	88.5	93.8	6.0	AMARILLO	<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 6% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos, con respecto a la meta programada del 88.5%, 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 a que 33 usuarios más manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos con respecto a los 530 programados.</p> <p>Por otra parte, los 37 usuarios que refirieron no estar satisfechos con la calidad de la atención médica ambulatoria fueron a causa de los tiempos de espera prolongados para su atención y falta de amabilidad del personal.</p> <p>Las 600 encuestas se aplicaron en los siguientes servicios: Oncología (97), Urgencias Adultos (68), Oftalmología (42), Ortopedia (37), Urología (37), Radiología (36), Cardiología (28), Cirugía General (26), Ginecología (21), Gastroenterología (19), Dermatología (19), Endocrinología (19), Inmunología (19), Hematología (15), Psiquiatría (14), Medicina Interna (13), Reumatología (13), Inhaloterapia (12), Nefrología (11), Neumología (11), Neurología (11), Biología de la Reproducción Humana (11), Cirugía Vasculat (6), Geriatria (6), Endoscopia (4), Otorrinolaringología (3), Cirugía Maxilofacial (1), Clínica de Obesidad (1).</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	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	530	530	563			
	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100	599	599	600			
COMPONENTE (4)	<p>Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<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 del 100% en el porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se brindaron un total de 168,433 sesiones de rehabilitación a 23,129 pacientes; con relación a las 151,200 sesiones programadas. A causa de que los servicios de Ortopedia, Neurología, Neurocirugía y Reumatología derivaron más pacientes para atención de terapia rehabilitatoria. Además, el servicio de Oncología envió a pacientes con diagnóstico de linfedema para tratamiento terapéutico.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Al realizar más sesiones de rehabilitación podría ocasionar un diferimiento mayor en el otorgamiento de las terapias y disminuir la vida útil de los equipos.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	151,200	151,200	168,433			
	Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100	151,200	151,200	168,433			
COMPONENTE (5)	<p>Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	60.0	60.0	61.0	1.7	VERDE	<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 1.7% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 60%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se incrementó en 28.2%, el total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados en los servicios de Alergia, Endoscopia, Ginecología, Hematología, Neurofisiología e Imagenología. De los cuales 27,383 fueron considerados como procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad. Estos resultados se debieron a que los pacientes requirieron de un mayor número de estudios como consecuencia de presentar patologías de mayor complejidad.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, se podría incrementar la presión en el gasto por el mantenimiento de los equipos y la adquisición de insumos para atender la demanda de pacientes.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	21,000	21,000	27,383			
	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados x 100	35,000	35,000	44,866			



COMPONENTE (6)	<p>Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<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 del 100% en el porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, 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 46.2% en el total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados, de los cuales el 100% fueron considerados de alta especialidad. Este resultado obedece al apoyo otorgado a instituciones públicas de salud, por considerarse al Hospital como una institución de alta especialidad y de referencia nacional en endoscopia terapéutica y diagnóstica; principalmente al Hospital General de México, Hospitales de la Ciudad de México, Hospital General de Tlalnepanitla, Hospital General Cuautitlán, Hospital General Tultitlan, Hospital General de Ceylán y el Hospital General de Tlaxcala.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado, no obstante, se podría incrementar la presión en el gasto por el mantenimiento de los equipos y la adquisición de insumos para atender la demanda de pacientes.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	719	719	1,051			
	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100	719	719	1,051			
COMPONENTE (7)	<p>Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)</p> <p>FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	99.2	99.2	93.5	5.7	AMARILLO	<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 5.7% en la eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias), con relación a la meta programada de 99.2%, 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 a la disminución del 5.8% en el número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias). El resultado de este indicador se vio afectado en su programación debido a que en noviembre de 2018 fueron remodelados los quirófanos centrales del Hospital, impactando el otorgamiento de consulta externa principalmente en las especialidades quirúrgicas.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</p> <p>Retraso en la atención de pacientes, primordialmente aquellos con patologías quirúrgicas que requieren manejo oportuno.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</p> <p>Considerar todos los factores que influyen en la programación de la meta.</p>
	Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	277,000	277,000	261,044			
	Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias) x 100	279,250	279,250	279,250			
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: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 100$</p>	88.5	88.5	96.3	8.8	AMARILLO	<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 superior en un 8.8% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos, con respecto a la meta programada del 88.5%, 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 a que 48 usuarios más manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos con respecto a los 530 programados.</p> <p>Por otra parte, los 22 usuarios que refirieron no estar satisfechos con la calidad de la atención médica hospitalaria fueron a causa de los tiempos de espera prolongados para su atención y falta de amabilidad del personal.</p> <p>Las 600 encuestas se aplicaron en los siguientes servicios: Cirugía General (78), Oncología (73), Medicina Interna (59), Ortopedia (42), Obstetricia (42), Neurocirugía (35), Ginecología (33), Neurología (28), Hematología (26), Cardiología (23), Gastroenterología (21), Urología (21), Geriatria (16), Neumología (16), Pediatría (14), Toxicología (10), Otorrinolaringología (10), Nefrología (10), Infectología (10), Cirugía Vasculár (10), Oftalmología (5), Reumatología (5), Cirugía Maxilofacial (5), Cirugía Plástica (5), Cirugía de Tórax (3).</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN:</p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:</p> <p>El comportamiento del indicador fue adecuado.</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	530	530	578			
	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100	599	599	600			



COMPONENTE (9)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.4	87.4	90.1	3.1	VERDE	<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 3.1%, en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con relación a la meta programada de 87.4%, 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 48.5% en el número total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional respecto a la meta programada que fue de 620 expedientes. Asimismo, el incremento del 53.1% en el número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 fue debido a que se mantiene el apego a la normatividad establecida respecto a la integración del expediente clínico. Estos resultados fueron a causa de implementar la estrategia de una mayor participación del personal médico y de enfermería en la revisión del expediente clínico, permitiendo tener una mayor certidumbre en la calidad de la atención médica que reciben los pacientes que son atendidos en la Institución.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	542	542	830			
	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100	620	620	921			
COMPONENTE (10)	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	100.0	0.0	VERDE	<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 del 100% en el porcentaje de auditorías clínicas realizadas, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a que se concluyeron los siguientes tópicos: 1) Prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en el servicio de Medicina Interna, 2) Seguimiento de la evaluación del dolor en el servicio de Urgencias, y 3) Evaluación de los criterios para la adecuada toma de muestras: biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación, en el servicio de Cirugía General.</p> <p>Respecto a los resultados, de los tópicos de auditoría clínica se establecieron las siguientes acciones permanentes: <ul style="list-style-type: none"> Se estandarizaron procesos de limpieza y desinfección (ventiladores, circuitos y hojas de laringoscopia) mediante la elaboración de fichas técnicas específicas que sean referencia para el personal operativo. Capacitación continua sobre la realización de notas médicas en apego a la normatividad vigente (NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico), además de identificar la necesidad de promover el abordaje integral y multidisciplinario de los pacientes como un área de oportunidad para mejorar la atención. </p> <p>Los resultados de estas tres auditorías se dieron a conocer a las áreas de Terapia Intensiva Adultos, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Jefatura de Enfermería y Urgencias Adultos, con la finalidad establecer procesos de mejora.</p> <p>Además, se logró concluir el tópico de Traslado interno de pacientes en estado crítico entre servicios, el cual permitió el apego estricto a las acciones descritas en el procedimiento de traslado de paciente en estado crítico previniendo así la ocurrencia de eventos adversos relacionados con una mala gestión para el traslado.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de auditorías clínicas realizadas	3	3	3			
	Número de auditorías clínicas programadas x 100	3	3	3			
COMPONENTE (11)	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.7	87.7	87.5	0.2	VERDE	<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 inferior en un 0.2% en el porcentaje de ocupación hospitalaria, con relación a la meta programada de 87.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento de color verde.</p> <p>La variación del cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 0.7% en el número de días paciente, con relación a la meta programada de 123,930; este resultado obedece a la complejidad de las enfermedades que presentaron los pacientes. Con respecto al número de días cama la meta fue estimada con 387 camas censables, sin embargo, durante el 2018 por necesidades de los servicios fueron reestructuradas las camas incrementándose cuatro de ellas, por lo que los días cama reportados fueron con 391 camas censables.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento de indicador fue adecuado, no obstante, mantener una ocupación hospitalaria por arriba del 80% limita la capacidad de respuesta de los servicios médicos en situaciones de contingencia.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Continuar vigilando las estancias prolongadas y reforzar el procedimiento de alta y pre alta.</p>
	Número de días paciente durante el período	123,930	123,930	124,776			
	Número de días cama durante el periodo x 100	141,269	141,269	142,656			



COMPONENTE (12)	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	5.7	5.7	5.8	1.8	VERDE	<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 1.8% en el promedio de días estancia, con relación a la meta programada de 5.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde.</p> <p>La causa por la cual se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedece a la atención oportuna que se les brinda a los pacientes para lograr una mejoría en su salud.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de días estancia	105,060	105,060	106,323			
	Total de egresos hospitalarios x 100	18,500	18,500	18,453			
ACTIVIDAD (13)	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	75.0	75.0	70.8	5.6	AMARILLO	<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 5.6% en la proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas, con relación a la meta programada 75%, 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 6.2% en el número de preconsultas otorgadas y del 12.4% en el número de consultas de primera vez. Estos resultados se debieron a que los pacientes demandaron un mayor número de atenciones del servicio de preconsulta y en algunos casos cuando hay duda en el diagnóstico, se cita al paciente nuevamente a preconsulta para revisar los resultados de los estudios, antes de derivarlo a consulta de primera vez de especialidad.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: Incremento en el diferimiento para la atención de pacientes en consulta de primera vez de especialidad.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: Continuar con la estrategia de enviar a unidades de segundo nivel de atención a los pacientes que no requieren de servicio médicos de alta especialidad.</p>
	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	8,652	8,652	9,186			
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100	11,536	11,536	12,969			
ACTIVIDAD (14)	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	5.1	5.1	4.8	5.9	AMARILLO	<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 5.9% en la tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria), con relación a la meta programada de 5.1, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo.</p> <p>Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debieron al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la aplicación de los paquetes de medidas preventivas. Durante 2018 se implementaron estrategias para la prevención y control de las Neumonías Asociadas a Ventilación (NAV), consistentes en: estandarización de la limpieza, desinfección y esterilización de las hojas de microscopio; estandarización de la limpieza y desinfección de los ventiladores mecánicos; capacitación al personal sobre las medidas preventivas para NAV y, reestructuración de los paquetes de medidas preventivas.</p> <p>RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p> <p>ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS: El comportamiento del indicador fue adecuado.</p>
	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	525	525	515			
	Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000	103,500	103,500	106,323			

Diagnóstico respecto de las metas o indicadores no cumplidos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, 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”	8	5	1	14

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestra **el indicador que no alcanzó la meta programada ubicándose en semáforo rojo** y describe el análisis de las causas de la variación del resultado, registrando un cumplimiento superior; asimismo, se muestran las acciones que se implementarán para mejorar su resultado.

Cabe señalar, que la numeración del indicador 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 la ficha técnica del indicador.

No. de ind.	Indicador	Meta Programada	Meta Alcanzada	Variación (%)	Cumplimiento	Análisis de las causas de la variación en el resultado obtenido en el indicador, respecto a su programación original	Acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas
1	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional	3.6	9.6	166.7	Superior	El incremento de 2,021 pacientes referidos se debió a que las instituciones a las que se les brindó apoyo no cuentan con la capacidad para resolver patologías de alta complejidad y por no estar acreditadas ante el Seguro Popular.	Se considerará este incremento para la programación de metas del ejercicio 2019.



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			
	2017			2018			2017		2018	
	Autorizado	Modificado	Ejercido	Autorizado	Modificado	Ejercido	Captados	Ejercidos	Captados	Ejercidos
1000	930,495	947,794	947,794	970,253	995,029	995,029	0	0	0	0
2000	142,714	112,506	112,506	204,151	165,016	165,016	73,632	73,632	94,658	94,658
3000	159,257	206,296	206,296	149,721	328,569	328,569	118,286	118,286	163,270	163,270
4000	0	0	0	0	0	0	300	300	0	0
5000	0	0	0	0	0	0	4,259	4,259	57,114	57,114
6000	0	50,000	50,000	0	0	0	0	0	11,753	11,753
7000	163	63	63	153	0	0	0	0	0	0
Total	1,232,629	1,316,659	1,316,659	1,324,278	1,488,614	1,488,614	196,477	196,477	326,795	326,795

Como se puede observar en la tabla anterior, el presupuesto federal autorizado al Hospital se ejerció en un 100%, sin que se generaran subejercicios. Además, se pagaron oportunamente los compromisos adquiridos.

Para el caso de la captación de recursos propios, se ejercieron de igual manera en su totalidad, integrados principalmente por los ingresos captados por la atención de casos médicos por Seguro Popular, los cuales sirvieron para hacer frente a las obligaciones de pago al cierre del ejercicio.

Comportamiento presupuestal.

Se contempló un presupuesto modificado por un monto de 1,815,466 miles de pesos, integrado por los recursos federales e ingresos propios, ejerciéndose en un 100% para la operación del Hospital.

Capítulo 1000 "Servicios Personales".

Los recursos fiscales modificados ascendieron a 995,029 miles de pesos, ejerciéndose al 100% respecto al presupuesto modificado.



Capítulo 2000 “Materiales y Suministros”.

Para este capítulo los recursos modificados ascendieron a un importe de 259,674 miles de pesos, ejerciéndose al 100% respecto al presupuesto modificado.

Capítulo 3000 “Servicios Generales”.

Los recursos modificados ascendieron a 491,839 miles de pesos, ejerciéndose al 100% respecto al presupuesto modificado.

Capítulo 5000 “Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles”

Los recursos modificados ascendieron a 57,114 miles de pesos, ejerciéndose al 100% respecto al presupuesto modificado.

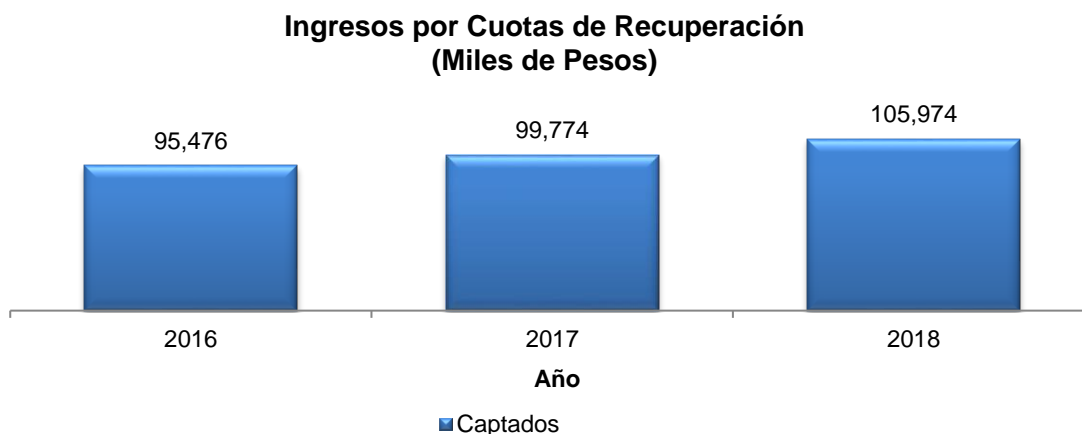
Capítulo 6000 “Obra Pública”.

Los recursos modificados ascendieron a 11,753 miles de pesos, ejerciéndose al 100%.

Ingresos propios.

La captación de recursos de ingresos propios fue de 326,795 miles de pesos, mostrando un incremento del 66.3% con relación a los 196,477 miles de pesos registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió principalmente por pagos pendientes de los casos médicos atendidos de pacientes adheridos a los programas del Seguro Popular, actualización, aplicación del tabulador de cuotas de recuperación y apoyos recibidos para gasto de inversión por parte del Seguro Popular.

Ingresos por Cuotas de Recuperación

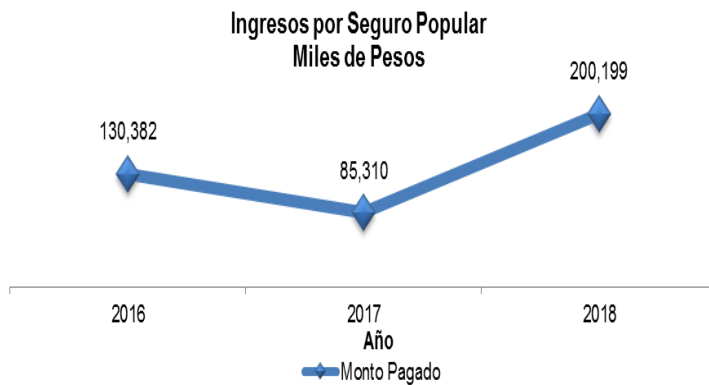




Ingresos	2017	2018	Incremento
Captados	99,774	105,974	6.2%
Ejercidos	99,774	105,974	
Cumplimiento	100%	100%	

Como se observa en el gráfico anterior, los ingresos por cuotas de recuperación ascendieron a 105,974 miles de pesos. Se observa un incremento del 6.2% con respecto a los 99,774 miles de pesos registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a la revisión y actualización de las claves de cobro del Tabulador de Cuotas de Recuperación.

Ingresos por Seguro Popular



Durante el periodo de reporte, los ingresos captados por Seguro Popular fueron por 200,199 miles de pesos, mostrando un incremento del 134.7% con relación a los 85,310 miles de pesos registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a que se registró un incremento en los casos atendidos por CAUSES, el

pago de casos médicos atendidos de 2017 y por 45,907 miles de pesos recibidos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, destinados para la adquisición de un Sistema de Terapia de Radiación con Rayos X, para el área de Oncología en el Hospital.

En la siguiente tabla, se muestra la integración de los recursos captados durante el periodo de enero a diciembre de 2018.

Ejercicio	Gastos Catastróficos (miles de pesos)	Seguro Médico Siglo XXI (miles de pesos)	CAUSES	Total
2017	57,241	1,439	46,893	105,573
2018	30,979	2,906	14,834	48,719
Total	88,220	4,344	61,727	154,292
Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud				45,907
Total				200,199

Es importante mencionar, que al periodo de reporte, se tienen pagos pendientes de 2018 por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por un monto de 52,808 miles de pesos, por casos médicos atendidos:

Programa	Monto pendiente de pago 2018 (miles de pesos)
Gastos Catastróficos	31,438
Seguro Médico Siglo XXI	1,925
CAUSES	19,445
Total	52,808

Otros Ingresos Propios



Los otros ingresos propios captados fueron por 20,622 miles de pesos, mostrando un incremento en un 81% con relación a los 11,393 miles de pesos registrados en el mismo periodo de 2017. Este resultado se debió a la captación de recursos derivado del pago de la aseguradora por la indemnización de los daños ocurridos en el Hospital en el sismo de septiembre de 2017.

La captación de estos recursos, se realizó a través de los siguientes conceptos:

Concepto	Monto (miles de pesos)
Recuperación por siniestros (derivado del sismo de septiembre de 2017).	12,310
Prestación de servicios médicos por convenio con otras instituciones públicas y privadas.	1,624
Arrendamiento de espacios no hospitalarios.	3,766
Otros ingresos (sanciones a proveedores, venta de desechos, intereses bancarios, entre otros).	2,922
Total	20,622

Estados Financieros comparativos.

La información financiera que se presenta, informa cifras definitivas.



Indicadores Financieros.

Al cierre de 2018, el Estado de Situación Financiera del Hospital muestra un índice de liquidez de \$0.57 (cincuenta y siete centavos) por cada peso de adeudo y una solvencia inmediata de \$0.95 (noventa y cinco centavos).

Balance General.

 HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018 Y 2017 (Cifras en Pesos) 					
ACTIVO	31 DE DICIEMBRE 2018	31 DE DICIEMBRE 2017	PASIVO	31 DE DICIEMBRE 2018	31 DE DICIEMBRE 2017
Activo Circulante			Pasivo Circulante		
Efectivo y Equivalentes	7.470.838	9.028.110	Cuentas por Pagar a Corto Plazo	97.019.417	160.056.457
Derechos a Recibir Efectivo o Equivalentes	63.680.558	10.354.210	Documentos por Pagar a Corto Plazo	0	0
Derechos a Recibir Bienes o Servicios	47.175.277	48.700.000	Porción a Corto Plazo de la Deuda Pública a Largo Plazo	0	0
Inventarios	5	5.146.724	Títulos y Valores a Corto Plazo	0	0
Almacenes	31.609.421	16.523.457	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
			Otros Pasivos a Corto Plazo	27.160.018	2.563.749
Total de Activos Circulantes	149.325.859	89.142.261	Total de Pasivos Circulantes	124.179.435	162.620.206
Activo No Circulante			Pasivo No Circulante		
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	1.425.107.235	1.326.563.765	Deuda Pública a Largo Plazo	0	0
Bienes Muebles	505.291.891	423.230.715	Pasivos Diferidos a Largo Plazo	0	0
Activos Intangibles			Fondos y Bienes de Terceros en Garantía y/o en Administración a Largo Plazo	573.960	0
Depreciación, Deterioro y Amortización Acumulada de Bienes	-573.504.169	-560.466.985	Provisiones a Largo Plazo	0	0
Activos Diferidos	0	0	Total de Pasivos No Circulantes	573.960	0
Estimación por Pérdida o Deterioro de Activos no Circulantes	0	0			
Otros Activos no Circulantes	0	0	Total del Pasivo	124.753.395	162.620.206
Total de Activos No Circulantes	1.356.894.957	1.189.327.495	HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO		
Total del Activo	1.506.220.816	1.278.469.756	Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido	894.508.724	648.071.269
			Aportaciones	730.690.608	607.564.183
			Donaciones de Capital	163.818.116	40.507.086
			Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0
			Hacienda Pública/Patrimonio Generado	486.958.697	467.778.281
			Resultados del Ejercicio (Ahorro/ Desahorro)	73.170.887	-157.404.853
			Resultados de Ejercicios Anteriores	-438.406.075	-226.741.735
			Revalúos	844.695.148	845.102.147
			Reservas	0	0
			Rectificaciones de Resultados de Ejercicios Anteriores	7.498.737	6.822.722
			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
			Total Hacienda Pública/Patrimonio	1.381.467.421	1.115.849.550
			Total del Pasivo y Hacienda Pública/Patrimonio	1.506.220.816	1.278.469.756



Al periodo que se informa, las cuentas de disponibilidad inmediata en caja, bancos y valores presentan un saldo de 71,152 miles de pesos, recursos que se utilizarán principalmente para cubrir las obligaciones devengadas por proveedores de bienes y servicios.

Las principales variaciones del análisis del ejercicio 2018 comparado con el ejercicio de 2017, se comentan a continuación:

La disponibilidad inmediata presenta un incremento de 51,770 miles de pesos derivados principalmente por los 45,907 miles de pesos obtenidos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, para la adquisición del Sistema de Terapia de Radiación con Rayos X para el área de Oncología del Hospital.

Almacenes presenta un saldo de 30,999 miles de pesos y un incremento neto de 15,086 miles de pesos, derivado principalmente por la compra de medicamento.

El total de pasivo circulante, presenta un saldo de 124,179 miles de pesos integrado por 32,627 miles de pesos de proveedores de bienes, 64,392 miles de pesos de acreedores de bienes y servicios, y 27,160 miles de pesos de otros pasivos; que en comparación con el mismo periodo de 2017, presenta una disminución de las obligaciones de pago por 38,441 miles de pesos, al haber registrado un saldo de 162,620 miles de pesos, derivado principalmente por el pago oportuno de las obligaciones devengados por proveedores y acreedores de bienes y servicios.

El patrimonio presenta un incremento al periodo que se informa derivado del resultado del ejercicio y las donaciones recibidas de bienes muebles.

Por otra parte, las principales variaciones respecto al mismo periodo del ejercicio anterior, en el Estado de Situación Financiera, se describen a continuación:

En el rubro de activo circulante:

- Cuentas por Cobrar: presenta un saldo de 45,745 miles de pesos que corresponden a casos atendidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud Seguro Popular, así como a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud de los Estados de la República (REPSS) y serán depositados en el transcurso de 2019, además se tiene un importe por 16,105 miles de pesos que corresponden a una cuenta por liquidar certificada tramitada en diciembre de 2018 y quedó pendiente la ministración de los recursos a la cuenta bancaria del Hospital, dicho importe será utilizado para el pago del sexto bimestre del SAR y terceros institucionales.



- Bienes o Servicios a Recibir: se encuentra el anticipo del 30% que se otorgó a la empresa Cyber Robotic Solutions, S.A. de C.V., para el acondicionamiento de la construcción del Bunker y áreas complementarias para la adquisición y puesta en marcha del Sistema de Terapia y Radiación con Rayos "X".
- Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles: el incremento que se presenta por 82,061 miles de pesos, se debe a los donativos recibidos por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, entre otros. Además, se consideraron 134,704 miles de pesos que corresponde a la revaluación que tuvieron los activos fijos del Hospital en 2018.
- En el rubro de Bienes Inmuebles presenta un incremento por 99,843 miles de pesos, integrado principalmente por la adquisición de seis elevadores y dos montacargas, por 9,939 miles de pesos, considerados para el ejercicio 2018 y 4,259 miles de pesos para el 2017 y por la remodelación del estacionamiento del Hospital por 61,753 miles de pesos.

En el rubro de activo no circulante, la variación se debió a la aplicación de la depreciación del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018.

En el rubro del pasivo, las principales variaciones son:

- Cuentas por pagar a corto plazo: la disminución de 63,037 miles de pesos de las cuentas de proveedores y acreedores diversos, se debe a que los recursos propios captados se utilizaron para el pago de los compromisos contraídos por el Hospital.
- Cuentas por pagar a largo plazo: se encuentra registrados los protocolos de investigación que ha aportado el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, así como aquellos que al cierre aportó la industria farmacéutica.



Estado de Actividades.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO		ESTADO DE ACTIVIDADES	
DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018 Y 2017		(Cifras en Pesos)	
		31 DE DICIEMBRE 2018	31 DE DICIEMBRE 2017
INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS			
Ingresos de la Gestión:			
Impuestos		105.973.700	99.773.646
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		105.973.700	99.773.646
Ingresos no Comprendidos en las Fracciones de la Ley de Ingresos Causados en Ejercicios Fiscales Anteriores Pendientes de Liquidación o Pago		0	0
Participaciones, Aportaciones, Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		1.486.783.859	1.316.658.796
Participaciones y Aportaciones			
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		1.486.783.859	1.316.658.796
Otros Ingresos y Beneficios		277.340.265	107.154.241
Ingresos Financieros		941.583	1.313.466
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		276.398.682	105.840.775
Total de Ingresos y Otros Beneficios		1.870.097.824	1.523.586.683
GASTOS Y OTRAS PÉRDIDAS			
Gastos de Funcionamiento			
Servicios Personales		1.010.021.417	957.256.153
Materiales y Suministros		240.177.731	229.054.878
Servicios Generales		451.152.132	415.782.022
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas		227.914	300.000
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		227.914	300.000
Transferencias a la Seguridad Social		0	0
Donativos		0	0
Transferencias al Exterior		0	0
Participaciones y Aportaciones		0	0
Participaciones		0	0
Aportaciones		0	0
Convenios		0	0
Intereses, Comisiones y Otros Gastos de la Deuda Pública		0	0
Intereses de la Deuda Pública		0	0
Comisiones de la Deuda Pública		0	0
Gastos de la Deuda Pública		0	0
Costo por Coberturas		0	0
Apoyos Financieros		0	0
Otros Gastos y Pérdidas Extraordinarias		26.480.806	78.598.483
Estimaciones, Depreciaciones, Deterioros, Obsolescencia y Amortizaciones		26.132.869	78.326.659
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		347.937	271.824
Inversión Pública		68.866.937	0
Inversión Pública no Capitalizable		68.866.937	0
Total de Gastos y Otras Pérdidas		1.796.926.937	1.680.991.536
Resultados del Ejercicio (Ahorro/Desahorro)		73.170.887	-157.404.853



El resultado al cierre del ejercicio 2018, alcanzó un efecto positivo de 73,171 miles de pesos, principalmente por los ingresos de casos médicos atendidos del Seguro Popular (Gastos Catastróficos y CAUSES) pendientes de pago del ejercicio anterior y los recursos del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud destinados a la adquisición de un Sistema de Terapia de Radiación de Rayos X para el área de Oncología del Hospital.



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 EN EL EJERCICIO FISCAL 2018



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 (%)
1	LICITACIONES PUBLICAS NACIONALES REALIZADAS POR EL HJM.	13	320,901,048.74	19	157,451,906.74	478,352,955.48	62.74
	LICITACIONES PUBLICAS NACIONALES EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	1	4,411,934.67	42	6,637,035.02	11,048,969.69	1.45
1	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL	14	325,312,983.41	61	164,088,941.76	489,401,925.17	64.19
	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	1	52,347.24	2	34,812.54	87,159.78	0.01
2	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS REALIZADAS POR EL HJM	4	62,452,863.82	41	20,006,790.80	82,459,654.62	10.82
	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES ABIERTAS EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADAS POR EL IMSS)	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
3	LICITACIONES PUBLICAS INTERNACIONALES ABIERTAS REALIZADAS POR EL HJM.	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
2 y 3	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL.	5	62,505,211.06	43	20,041,603.34	82,546,814.40	10.83
1, 2 y 3	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA (NACIONAL E INTERNACIONAL)	19	387,818,194.47	104	184,130,545.10	571,948,739.57	75.01
4	CONTRATACIONES CON OTRAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES ART. 1º DE LA LEY Y 4º DEL REGLAMENTO	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
5	CONTRATACIONES DICTAMINADAS PROCEDENTES POR EL COMITÉ (FRACCIONES I,III,VIII,IX, SEGUNDO PARRAFO, X,XIII,XV,XV,XVII,XVIII Y XIX DEL ART. 41 DE LA LAASSP)	23	76,294,487.43	29	43,025,172.19	119,319,659.62	15.65
	ACUERDO AC-12/SE-3/2017 DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS - EN COMPRA CONSOLIDADA (COORDINADA POR EL IMSS).	12	3,533,957.83	27	3,676,633.23	7,210,591.06	0.95
5	TOTAL DE CONTRATACIONES DICTAMINADAS PROCEDENTES DEL COMITÉ (FRACCIONES I,III,VIII,IX, SEGUNDO PARRAFO, X,XIII,XIV,XV,XVI,XVII,XVIII Y XIX DEL ART. 41 DE LA LAASSP).	35	79,828,445.26	56	46,701,805.42	126,530,250.68	16.60
6	CONTRATACIONES DICTAMINADAS POR FACULTAD DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
7	CONTRATACIONES CORRESPONDIENTES A LOS CASOS DE LAS FRACCIONES II,IV,V,VI,VII,IX PRIMER PARRAFO, XI,XII, Y XX DEL ARTICULO 41 DE LA LEY.	1	8,567,932.58	5	1,364,476.20	9,932,408.78	1.30
4, 5, 6 y 7	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR EXCEPCIÓN DE LICITACIÓN.	36	88,396,377.84	61	48,066,281.62	136,462,659.46	17.90
SUBTOTALES PROCEDIMIENTOS DE LICITACIÓN PÚBLICA Y EXCEPCIONES.		55	476,214,572,32	165	232,196,826,72	708,411,399,04	92,91
8	INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS (ARTICULO 42 Y 43 DE LA LAASSP)	4	5,229,079.27	3	611,665.57	5,840,744.84	0.77
9	ADJUDICACIONES DIRECTAS (ARTICULO 42 DE LA LAASSP)	509	39,821,602.66	29	1,201,902.36	41,023,505.03	5.38
10	ADJUDICACIONES DIRECTAS POR MONTO REALIZADAS POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS (ARTICULO 42 QUINTO PARRAFO Y 43 ANTEPENULTIMO DE LA LAASSP)	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
10	ADJUDICACIONES DIRECTAS POR MONTO REALIZADAS POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS (ARTICULO 42 SEGUNDO PARRAFO DE LA LAASSP)	22	7,177,013.90	1	-5,020.00	7,171,993.90	0.94
SUBTOTALES EXCEPCIONES DE LICITACIÓN (ARTÍCULO 42 DE LA LAASSP).		535	52,227,695,83	33	1,808,547,93	54,036,243,77	7,09
GRAN TOTAL		590	528,442,268,15	198	234,005,374,66	762,447,642,81	100,00



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

En materia de obra pública, el Hospital elaboró el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las Mismas y el Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité Revisor de Convocatorias de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las Mismas (SUBRECOPS); como parte de los documentos normativos de las atribuciones y funciones en materia de obra pública y servicios relacionados con las mismas; los cuales servirán para la adecuada toma de decisiones relativas en esta materia.

Cadenas Productivas.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, 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 526 proveedores registrados en este programa, 178 proveedores con cuentas por pagar registradas, 5,792 documentos registrados con un monto total de 446,839 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 por unidad programado 2018	Consumo por unidad realizado 2018	Variación por unidad
Energía eléctrica	KWS	4,746,891	4,324,528	-9%
Fotocopiado	COPIA	1,500,000	1,378,456	-8%
Agua potable	M ³	137,176	129,648	-5%
Telefonía local y larga distancia	PESOS	500,000	478,537	-4%
Gasolina	LITRO	12,500	8,432	-33%

Como resultado de la implementación y seguimiento a las acciones para reducir los consumos de energía eléctrica, agua potable, fotocopiado, telefonía y gasolina, durante el ejercicio 2018 se obtuvieron los siguientes resultados de disminución en todos los conceptos, como se muestra a continuación:

Energía Eléctrica. Se reporta una disminución en un 9% con relación a la meta programada, derivado de las siguientes acciones realizadas:

- Se concluyeron los trabajos de remodelación, reforzamiento y rehabilitación del estacionamiento, el cual cuenta con luminarias SMD led de 36 watts y sensores de ocupación para techo, generando iluminación durante 15 segundos posterior a la detección de movimiento, en la azotea, se colocaron



luminarias led autosustentables (panel solar) omitiendo la instalación eléctrica e incluye sensor de movimiento para aumentar la intensidad luminosa al detectar algún objeto.

- Se supervisa el apagado de luces durante la mañana y tarde en pasillos y salas de espera.
- Limpieza a la bahía de media tensión de las tres subestaciones eléctricas y difusores.
- Instalación de cable calibre 10 AWG y 12 AWG
- Mantenimiento mayor a las unidades manejadoras de aire y a los equipos mini-Split.
- Se realizaron trabajos para la identificación de circuitos (sistema normal y de emergencia).
- A través de carteles, se concientiza al personal del Hospital en el uso correcto de las instalaciones eléctricas.
- Se cambiaron luminarias ahorradoras por modelo T-6 de 28 y 14 watts y alumbrado exterior.
- Ajuste en terminales de tableros para evitar fugas de energía.
- Se sustituyeron seis tableros de aislamiento y se realizó el cambio de conductor en el área de quirófanos.
- Se sustituyeron lámparas fluorescentes por luminarias con tecnología led.

Fotocopiado. Se reporta una disminución del 8% respecto a la meta programada, este resultado se debió a la implementación de las siguientes acciones:

- Restricción de fotocopiado de libros
- Copiado por el anverso de cada hoja
- Implementación de bitácoras para el registro y análisis de la información por servicio.
- Se promueve el uso del correo electrónico para el envío, recepción y seguimiento de oficios.

Agua Potable. Se reporta una disminución del 5% respecto a la meta programada debido a las siguientes acciones realizadas:

- Instalación sanitaria exclusiva para agua pluvial en el estacionamiento.
- Reparación de fugas en sanitarios, líneas de vapor, líneas de agua caliente y agua fría.
- Supervisión de 24 horas en la casa de máquinas hidráulica a la cisterna del Hospital.
- Instalación de refacciones de mejor calidad en cambio de mezcladoras y válvulas.



Telefonía local y de larga distancia. Se reporta una disminución del 4% con relación a la meta programada. Este resultado obedece a las siguientes acciones:

- Monitoreo y restricción de las líneas telefónicas. Las extensiones telefónicas que se dan de alta sólo pueden realizar llamadas de manera interna y en caso de requerir llamadas locales, a celular y/o larga distancia, éstas son autorizadas por el Director del área respectiva. Se cuenta con un sistema de tarificación telefónica, a través del cual se vigila el comportamiento del servicio.
- Se encuentra en proceso la migración del sistema de telefonía tradicional a la nueva infraestructura de telefonía IP, lo que permitirá fortalecer las acciones para el uso del servicio de voz de manera responsable.

Gasolina. Se reporta una disminución del 33% con relación a la meta anual programada. Este resultado se debió a las siguientes acciones de control:

- Bitácoras para el registro de salidas por vehículos.
- Agenda de recorridos elaboradas con mínimo tres días de anticipación.
- Elaboración de rutas de traslado diarias para compartir vehículos.
- Controles de gastos en la utilización de los vales de gasolina.
- Traslado de personal sólo se realizan para diligencias oficiales.

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

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se realizaron actividades citadas en el archivo que se anexa.

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 en el Sistema PGCM de la SHCP del "Reporte al 4º trimestre de 2018, de los avances en Resultados de Indicadores y Compromisos pactados en bases de Colaboración del Programa de Gobierno Cercano y Moderno."
- Respecto al avance en las metas comprometidas conforme a los Indicadores del PGCM, se anexa el reporte.



Control Interno Institucional.

En cumplimiento a lo establecido en el “Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010, mismo que tuvo la última reforma el 5 de septiembre de 2018, numeral 18, fracción I, los avances al cierre del ejercicio de 2018 del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), se muestran a continuación:

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

Total de Acciones de Mejora comprometidas	Concluidas	En Proceso	% de Cumplimiento
65	64	1	98.5%

No. A.M	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado
1	Actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital.	100
2	Realizar el seguimiento semestral de los avances de los Programas Anuales de Trabajo por los Directores de área y enviarlos al enlace de control interno, los cuales deberán considerar el cumplimiento de las estrategias y líneas de acción (Proyectos comprometidos en el Programa Institucional 2015-2020. Además, cada dirección de área será la responsable de contar y resguardar la evidencia documental correspondiente.	77
3	Actualizar y Difundir 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.	100
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.	100
6	Realizar difusión de los resultados obtenidos de la encuesta correspondiente a 2017.	100
7	Elaborar y dar seguimiento al Programa de Trabajo, derivado de los resultados de la encuesta de clima y cultura organizacional 2017	100
8	Realizar la encuesta de clima y cultura organizacional 2018.	100
9	Actualizar y difundir en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, el Procedimiento de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente.	100
10	Actualizar y difundir el Manual de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Investigación y Enseñanza.	100



11	Actualizar y difundir el Manual de Organización Específico y de Procedimientos de la División de Investigación.	100
12	Concluir la revisión de 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.	100
13	Actualizar el Manual de Organización Específico y de Procedimientos del Departamento de Relaciones Laborales.	100
14	Sugerir a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos la inclusión del Procedimiento de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente en su Manual de Procedimientos.	100
15	Actualizar y difundir el Manual de Organización Específico y el Manual de Procedimientos de las Unidades de Investigación.	100
16	Actualizar los formatos de supervisión de acuerdo a las necesidades de las áreas.	100
17	Mediante circular u otro mecanismo, informar al personal del Hospital, sobre los tiempos de entrega de las solicitudes, documentación y justificantes de incidencias laborales.	100
18	Realizar una visita diagnóstica para identificar cómo se lleva a cabo la notificación de los eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.	100
19	Sugerir acciones de mejora a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, derivado de la visita diagnóstica.	100
20	Difundir la herramienta de la Matriz de Riesgos y/o Problemas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, para que aporte los riesgos relacionados con eventos adversos.	100
21	Colocar los relojes biométricos por parte del prestador del servicio subrogado, para el registro de la asistencia en apego a lo estipulado en el contrato.	100
22	Girar oficio recordatorio a los Directores, Subdirectores y Jefes de Departamento, sobre los tiempos de entrega-recepción de la documentación y solicitudes de incidencias.	100
23	Realizar una reunión con las áreas involucradas en el proceso de reporte de eventos adversos, para evaluar la unificación del sistema de notificación de eventos adversos y el acceso al Observatorio.	100
24	Elaborar un instructivo para el uso de la Herramienta de Matriz de Riesgos y/o Problemas y difundirla en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.	100
25	Contar con el soporte documental que generan las deductivas por incumplimientos de la empresa contratada.	100
26	Actualizar y difundir el Rol de actividades del personal de Control de Asistencia.	100
27	Establecer los criterios para la selección de los residentes por parte de los profesores titulares de curso.	100
28	Elaborar una política en el Procedimiento de notificación de eventos adversos sobre el anonimato del reporte.	100
29	Capacitar al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos sobre el tema relacionado al anonimato de la notificación de los eventos adversos.	100
30	Capacitar al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en el uso del Observatorio de eventos adversos.	100



31	Validar de manera aleatoria las incidencias recibidas y que fueron aplicadas entre el Departamento de Nómina y el área de Control de Asistencia.	100
32	Implementar formato de seguimiento a solicitudes realizadas por los servicios.	100
33	Emitir recomendaciones a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos derivado de los Informes Trimestrales.	100
34	Difundir anualmente las acciones esenciales y modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General.	100
35	Realizar un análisis FODA respecto a la prestación del servicio de limpieza otorgado por la empresa subrogada.	100
36	Realizar un análisis FODA del área de Control de Asistencia.	100
37	Elaborar un análisis FODA del Departamento de Posgrado para contar con una herramienta que permita identificar las debilidades de registro de médicos residentes.	100
38	Implementación de la Matriz de Riesgos y/o Problemas de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos focalizada a la frecuencia de eventos adversos	100
39	Realizar un análisis del FODA por cada Unidad de Investigación.	100
40	Elaborar un Plan de Trabajo derivado de las debilidades detectadas en el FODA y dar seguimiento a las actividades comprometidas.	100
41	Informar a través de Circular al personal del Hospital, sobre el correcto llenado de los formatos para disminuir el porcentaje de error en la captura.	100
42	Realizar una visita de seguimiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos para monitoreo.	100
43	Actualizar y difundir las Políticas y Lineamientos para el Desarrollo de la Investigación Científica.	100
44	Actualizar los Manuales de Integración y Funcionamiento de los Comités.	100
45	Impartir una capacitación al personal del área de Control de Asistencia que cuente con acceso al Sistema BASASistema.	100
46	Llevar a cabo reuniones de trabajo con el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, para fomentar el reporte voluntario de eventos adversos.	100
47	Elaborar un catálogo de eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.	100
48	Actualizar el Listado del personal con acceso al Sistema y establecer tiempos de alta y baja de usuarios.	100
49	Elaborar una política sobre el uso del Sistema de información para residentes (SIR) y actualizar la clave de acceso al sistema.	100
50	Elaborar una política para el uso de la clave de acceso al Observatorio de eventos adversos.	100
51	Dar seguimiento a la implementación del Sistema de Gestión de Pacientes.	100
52	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.	100
53	Realizar reuniones mensuales con los supervisores adscritos al Departamento con la finalidad de dar seguimientos al proceso de supervisión.	100



54	Informar, a través de circular, al personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos sobre los tiempos de recepción de la documentación.	100
55	Revisar las políticas del Procedimiento de Notificación de Eventos Relacionado con la Seguridad del Paciente relacionadas con el reporte de información.	100
56	Realizar capacitación respecto al Procedimiento de supervisión con el personal responsable de esta actividad.	100
57	Remitir el informe trimestral a la División de Medicina Critica para su seguimiento.	100
58	Reforzar entre el personal adscrito a Control de Asistencia, el proceso de entrega-recepción de documentación sobre incidencias.	100
59	Actualizar y difundir el Procedimiento para la atención de quejas y sugerencias de las y los usuarios del Hospital.	100
60	Capacitar al personal que atenderá a los usuarios, para asegurar que conozcan los trámites y servicios que brinda el Hospital.	100
61	Realizar revisiones por los Directores de área y Jefes de División del soporte documental de información reportada en la Matriz de Indicadores de Desempeño y asegurar que los responsables de cada indicador conozcan las fichas técnicas y cuenten con los mecanismos de control.	100
62	Realizar supervisiones aleatorias dentro de los servicios por parte del Jefe del Departamento de Servicios Generales, verificando las actividades realizadas por los supervisores.	100
63	Reforzar el proceso de supervisión respecto a la aceptación de médicos residentes de nuevo ingreso.	100
64	Realizar validación por parte de la Jefa de División a la información reportada en los informes trimestrales.	100
65	Dar seguimiento a los proyectos de inversión generados por la División de Cirugía.	100

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

En relación a la acción de mejora No.2 referente a realizar el seguimiento al Programa Anual de Trabajo por cada Dirección de Área, quedó inconcluso debido a las fechas de reporte que son de manera semestral. No obstante, se realizó oportunamente el reporte y las verificaciones del soporte documental al primer semestre del ejercicio.

- III. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir las debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno.



A continuación se describen las acciones de mejora realizadas para fortalecer el Sistema de Control Interno:

- Se actualizó el Código de Conducta del Hospital en la Primera Sesión Ordinaria de 2018 del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés (CEPCI).
- Se realizó la difusión de los resultados de la Encuesta de Clima y Cultura Organización (ECCO) 2017 y se aplicó la ECCO 2018.
- Se realizó por parte de la División de Calidad una visita diagnóstica para evaluar el conocimiento del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos respecto a la cultura de seguridad del paciente y la notificación del evento adverso, realizando un total de 40 encuestas.
- El Departamento de Servicios Generales, aplicó las deductivas por incumplimiento a la empresa que presta el servicio de limpieza.
- Se realizó una revisión del Rol de actividades del personal adscrito al Área de Control de Asistencia.
- Se actualizaron los Lineamientos para el Desarrollo de la Investigación Científica en el Hospital Juárez de México.
- Se concluyó el desarrollo de los Módulos de Archivo, Admisión, Urgencias y Cajas del Sistema de Gestión de Pacientes (SGP). El sistema se encuentra en funcionamiento.
- Se revisaron y actualizaron las Políticas del Procedimiento para el Análisis del evento Adverso de la División de Calidad.
- Se dio un seguimiento oportuno a los proyectos de inversión registrado en cartera de la SHCP generados por la División de Cirugía.
- Se actualizó el Estatuto Orgánico del Hospital.
- Se actualizó y difundió en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, el Procedimiento de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Se revisaron, actualizaron y validaron los perfiles de puesto del personal de estructura.
- Se actualizaron los formatos de supervisión respecto al servicio de limpieza que se presta al Hospital, tomando en cuenta las necesidades de las diversas áreas.
- Se emitieron sugerencias a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, derivado de la visita diagnóstica realizada para la verificación de la notificación del evento adverso.
- Se colocaron relojes biométricos por parte del prestador del servicio subrogado de limpieza, para el registro de la asistencia del personal a su cargo.



- Se elaboró una política en el procedimiento de notificación de eventos adversos sobre el tema del anonimato en el reporte, además se definió una política para el uso de la clave de acceso al observatorio de eventos adversos.
- Se implementó un formato de seguimiento a las solicitudes de las diversas áreas, respecto al servicio de limpieza.
- Se elaboraron los análisis FODA y se actualizaron los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de los cinco procesos prioritarios del PTCl.
- Se implementaron controles en las áreas involucradas para reportar información en la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR).
- Se elaboró el Programa de Trabajo de Integridad.
- Se elaboró un instructivo y se implementó una Herramienta de Matriz de Riesgos en la Unidad de Cuidados Intensivos y se capacitó al personal adscrito (médicos, enfermería, camilleros, técnico en terapia respiratoria) en los temas de notificación de eventos adversos y acciones esenciales de seguridad del paciente. Además, se elaboró un catálogo de eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela de los cuales se emiten reportes trimestrales.
- Se reforzó el proceso de supervisión al servicio de limpieza realizado en el Hospital.

Informe de Sesiones de Comités Internos.

Durante el ejercicio 2018, los comités y subcomités administrativos sesionaron, de manera regular, generando acuerdos y dando los seguimientos respectivos.

Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).

El Comité sesionó en una ocasión de manera ordinaria y siete de manera extraordinaria, en la cual se trataron los siguientes temas:

- Presentación y en su caso abrogación de algunas políticas internas de operación del Hospital.
- Presentación y en su caso, aprobación para su publicación de la siguiente normatividad sustantiva y administrativa interna: políticas hospitalarias, Lineamientos para el manejo del expediente clínico del Hospital Juárez de México 2018, Lineamientos para la organización y funcionamiento de las residencias médico quirúrgicas de especialidad y alta especialidad del Hospital, y Lineamientos generales para la operación y funcionamiento del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital Juárez de México 2018.
- Presentación, y en su caso, aprobación para su publicación de la siguiente normatividad sustantiva y administrativa interna:
 - Normatividad que resultó con dictamen de No sujeta al acuerdo, por el área Jurídica de la Secretaría de la Función Pública: Manual de Procedimientos del Departamento de Mantenimiento Biomédico,



Unidad Jurídica, Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, Manual de Procedimientos del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, Subdirección de Recursos Financieros y Departamento de Integración Presupuestal.

- Normatividad que resultó con dictamen Favorable, por el Área Jurídica de la Secretaría de la Función Pública: Manual de Procedimientos de la Unidad de Gestión de Calidad y Seguridad Hospitalaria, Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, Unidad de Transparencia, Departamento de Tesorería, Departamento de Contabilidad, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, y Departamento de Almacenes e Inventarios.
- Normatividad para aprobación: Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, y Departamento de Abastecimiento.
- Presentación para su aprobación de los Lineamientos para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso de espacios físicos no hospitalarios en el Hospital Juárez de México y la Adición de una fracción al artículo 2 de los Lineamientos generales para la operación y funcionamiento del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital Juárez de México.

Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

El Comité sesionó en 12 ocasiones, de las cuales tres sesiones fueron ordinarias y nueve sesiones extraordinarias, tratando los siguientes asuntos:

- Presentación del 4º. informe trimestral del ejercicio 2017, de los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y servicios.
- Volumen anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios, y montos máximos de adjudicación 2018.
- Presentación para su revisión del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) 2018.
- 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 2018.
- 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 el "Suministro de fuentes radioactivas de iridio 192, que incluye su trámite de importación y exportación, 2018-2020" y "Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo



de braquiterapia de la marca ELEKTA, modelo Microselectron de 18 canales, 2018-2020”.

- 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:
 - Sustancias químicas y material de laboratorio con equipo en demostración permanente, para el Hospital Juárez de México 2018.
 - Equipos primarios para bomba de infusión de doble canal de la marca Hospira 2018.
- Presentación del 1er. Informe trimestral del ejercicio fiscal 2018, de los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y servicios.
- 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 III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público para el “Arrendamiento de equipos para procedimientos de mínima invasión por laparoscopia en los servicios de cirugía general, oncología, urología, ginecología y equipo con corte de alta velocidad de craneotomía para el servicio de neurocirugía para el Hospital Juárez de México, 2018”.
- Presentación para revisión y, en su caso, aprobación del "Manual de Integración y funcionamiento del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México" y "Manual de Integración y funcionamiento del Subcomité Revisor de Convocatorias (SUBRECO) del Hospital Juárez de México”.
- Presentación para revisión y, en su caso, aprobación de actualización de Políticas, Bases y Lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicio del Hospital Juárez de México.
- Presentación para revisión y, en su caso, aprobación de excepción al procedimiento de licitación pública, para su contratación por adjudicación directa, al amparo del artículo 41 fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público para el mantenimiento preventivo y correctivo de:
 - Equipos de endoscopia marca Olympus para el Hospital Juárez de México.
 - Equipos de radiología e imagen de la marca General Electric y Philips.
 - Sistema RIS-PACS.
- Presentación del Informe trimestral del ejercicio 2018, de los resultados generales de las adquisiciones, arrendamientos y servicios.



- 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 2019.

Comité de Bienes Muebles.

Este Comité sesionó en una ocasión de manera ordinaria y en una ocasión extraordinaria, en la cual se atendieron los siguientes temas:

- Instalación del Comité de Bienes Muebles.
- Presentación del informe anual de conclusión y trámite de los asuntos sometidos al Comité en el ejercicio 2017.
- Presentación, y en su caso, autorización del calendario de reuniones ordinarias del Comité de Bienes Muebles para el ejercicio 2018.
- Presentación de la propuesta de enajenación de los desechos generados por el Hospital para el ejercicio 2018.
- Presentación de la propuesta de baja y destino final de bienes no útiles propiedad del Hospital Juárez de México.

Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía.

Este Comité sesionó en dos ocasiones de manera ordinaria, en la cual se trataron los siguientes temas:

- Presentación de los avances al programa anual de trabajo 2018 referente a inmuebles y entrega de resultados, y flotas vehiculares y avances de resultados.
- Cierre de actividades del Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía 2017.
- Presentación de los avances del programa de fomento al ahorro de energía.

Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.

- I. Resultado alcanzado para cada actividad específica y grado de cumplimiento de las metas vinculadas a cada objetivo contemplado en el PAT 2018.

Objetivo PAT 2018	Meta	Actividad Programada	Actividad realizada	Autoevaluación
Tema I Capacitación y Sensibilización				
1) Sensibilizar mediante pláticas a las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México, en cuanto a los valores y principios del Código de Ética, las Reglas de Integridad y el Código de Conducta	Impartir diez pláticas en materia de ética e integridad a las y los servidores públicos Hospital Juárez de México.	Llevar a cabo pláticas sobre los valores y principios del Código de Ética, las Reglas de Integridad y el Código de Conducta.	Se impartieron 18 sesiones en materia de ética e integridad, en las que se abordaron las actividades y funcionamiento del Comité de Ética, los valores,	Cumplimiento 100%



<p>para que los conozcan y apliquen en el ejercicio de sus funciones, reduciendo o eliminando conductas que contravengan lo previsto en el Código de Conducta y demás preceptos relacionados</p>			<p>principios constitucionales y Reglas de Integridad establecidos en el Código de Ética y Conducta.</p>	
<p>2) Sensibilizar a las y los vocales del CEPCI del Hospital Juárez de México, en integridad, ética y la normatividad inherente.</p>	<p>El total (22) de vocales titulares y vocales suplentes del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, deberá tomar el Curso de Ética Pública, del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos en su modalidad en línea a través del CEVINAI.</p>	<p>Actividad 1 Girar oficio a los servidores públicos que deban cumplir con el Curso de Ética Pública. Actividad 2 Llevar un control de los vocales y recabar sus respectivas constancias como evidencia de haber tomado el curso.</p>	<p>Se giró oficio para que los vocales titulares y suplentes llevaran a cabo el Curso de Ética Pública y se recabaron todas las constancias.</p>	<p>Cumplimiento 100%</p>
<p>3) Refrendar anualmente el compromiso de las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México, de conocer y cumplir las disposiciones del Código de Ética, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad, con la finalidad de que se conviertan en una forma de trabajo y estilo de vida sustentado en valores sociales, institucionales, profesionales y personales.</p>	<p>Que al menos el 70% de las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México, presenten su Declaración de Cumplimiento al Código de Ética, de Conducta y las Reglas de Integridad.</p>	<p>Actividad 1 Presentar al CEPCI el proyecto de Formato actualizado de la Declaración Anual del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México. Actividad 2 Aprobar el Formato de la Declaración Anual del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México, en la</p>	<p>Actividad 1. En la Tercera Sesión Ordinaria se presentó el proyecto del Formato actualizado de la Declaración Anual del Cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México. Actividad 2. En la Tercera Sesión se aprobó el formato de la Declaración Anual del Cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal,</p>	<p>Cumplimiento 100%</p>



		<p>Segunda Sesión Ordinaria.</p> <p>Actividad 3 Emitir circular para que las y los servidores públicos, presenten su Declaración Anual del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 4 Recabar la Declaración Anual del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 5 Notificar al Comité de Ética el número de Declaraciones recibidas al cierre de actividades 2018.</p>	<p>el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 3. Se emitió circular para que las y los servidores públicos, presenten su Declaración Anual del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 4. Se Recabaron 1,725 Declaraciones Anuales 2017 del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 5. Se notificó al Comité de Ética en la última Sesión Ordinaria de 2018, que se recabaron 1,800 Declaraciones Anuales 2017 del cumplimiento al Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, el Código de Conducta y las Reglas de Integridad del</p>	
--	--	---	---	--



			Hospital Juárez de México.	
Tema II Difusión y Divulgación				
1) Realizar acciones de divulgación encaminadas a que las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México, conozcan el contenido de las Reglas de Integridad, el Código de Ética y el Código de Conducta para el ejercicio de sus actividades diarias.	Utilizar el 100% de los medios de difusión con que cuenta el Hospital Juárez de México	<p>Actividades específicas:</p> <p>Actividad 1 Publicar en el Portal Institucional y el Portal de Intranet, el Código de Conducta actualizado del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 2 Ubicar Carteles del Código de Conducta actualizado, en diversas áreas de la Institución. Actividad permanente.</p> <p>Actividad 3 Distribuir trípticos del Código de Conducta actualizado, a las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 4 Emitir circular para que las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México, conozcan el Código de Conducta actualizado.</p> <p>Actividad 5 Publicar en redes sociales (Facebook y Twitter), invitaciones para que conozcan el Código de Conducta actualizado, los días 27 de cada mes.</p>	<p>Actividad 1 Se publicó en el Portal Institucional y el Portal de Intranet, el Código de Conducta actualizado del Hospital Juárez de México.</p> <p>Actividad 2. Se ubicaron carteles del Código de Conducta en diversas áreas del Hospital de forma permanente.</p> <p>Actividad 3. Se distribuyeron trípticos del Código de Conducta</p> <p>Actividad 4 Se emitió circular para que los/las servidores públicos(as) conocieran el Código de Conducta.</p> <p>Actividad 5. Se publicó en las redes sociales (Facebook y Twitter), invitaciones para que conozcan el Código de Conducta actualizado, los días 27 de cada mes.</p>	Cumplimiento 100%
2) Objetivo: Difundir las Bases de Integración, Organización y Funcionamiento del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, el Procedimiento y el	Utilizar el 100% de los portales institucionales con que cuenta el Hospital Juárez de México (portal institucional e intranet), para difundir las Bases de	<p>Actividad 1 Publicar en el Portal institucional y el Portal de Intranet, las Bases de Integración, Organización y Funcionamiento del Comité, el Procedimiento y el</p>	<p>Actividad 1. Se publicó en el Portal institucional y el Portal de Intranet, las Bases de Integración, Organización y Funcionamiento del Comité, el</p>	Cumplimiento 100%



Protocolo para la atención de denuncias ante el Comité, con la finalidad de que las y los servidores públicos del Hospital Juárez de México conozcan la conformación y las funciones del Comité y la forma de atender quejas y denuncias.	Integración, Organización y Funcionamiento del Comité, el Procedimiento y el Protocolo para la atención de denuncias ante el Comité.	Protocolo para la atención de denuncias ante el Comité.	Procedimiento y el Protocolo para la atención de denuncias ante el Comité.	
Tema III: Mejora de Procesos.				
1) Sensibilizar en materia de ética a la o las áreas donde se generó la denuncia.	Impartir una sesión en materia de ética e integridad en el área a la que pertenezcan las partes involucradas y a los jefes inmediatos de los mismos que se impartirá una sesión.	1) Notificar mediante oficio a las partes involucradas 2) Se tomará asistencia y se notificará al Comité que la actividad fue concluida.	1) Derivado de dos denuncias presentadas ante el Comité, se notificó a las áreas, la impartición de sesiones al respecto. 2) Se tomó asistencia y se notificó al Comité la conclusión de los mismos.	Cumplimiento 100%
Tema IV: Denuncias				
1) Desarrollar infografía que oriente a los ciudadanos y servidores públicos sobre la forma en que se deben presentar las denuncias ante el CEPCI y el proceso al que quedarán sujetas hasta su resolución.	Utilizar el 100% de los medios electrónicos para difundir la infografía del procedimiento para presentar una denuncia ante el CEPCI.	Actividad 1. Publicar en el Portal Institucional y en el Portal la Infografía para presentar denuncias ante el CEPCI Actividad 2 Publicar en Redes Sociales la Infografía los días 27 de cada mes.	Actividad 1. Publicar en el Portal Institucional y en el Portal la Infografía para presentar denuncias ante el CEPCI Actividad 2 Publicar en Redes Sociales la Infografía los días 27 de cada mes.	Cumplimiento 100%
2) Difundir entre las/los servidores públicos, el lugar y horarios para la asesoría y atención de denuncias presentadas ante el CEPCI	Emitir Circular Anual.	Actividad 1 Emitir una circular con el lugar y los horarios para que las y los servidores públicos conozcan la infografía para presentar denuncias.	Actividad 1 Emitir una circular con el lugar y los horarios para que las y los servidores públicos conozcan la infografía para presentar denuncias.	Cumplimiento 100%
Tema V: Actividades del CEPCI y colaboración con la UEIPCI				
1) Asegurar la celebración del mínimo	Por lo menos las que se indican en el	Actividad 1 Emitir las convocatorias;	Actividad 1 Se emitieron las	Cumplimiento 100%



<p>anual de sesiones del CEPCI conforme a lo acordado en la Cuarta Sesión Ordinaria 2017.</p>	<p>Acuerdo</p>	<p>preparar la documentación que se presentará y, en su caso, discutirá. Actividad 2 Elaborar el orden del día de cada sesión. Actividad 3 Elaborar las minutas de las sesiones ordinarias y extraordinarias.</p>	<p>convocatorias; preparar la documentación que se presentará y, en su caso, discutirá. Actividad 2 Se elaboraron los órdenes del día de cada sesión. Actividad 3 Se elaboraron las minutas de las sesiones ordinarias y extraordinarias.</p>	
<p>2) Colaborar con la UEIPCI en la atención de solicitudes en la materia.</p>	<p>Que por lo menos el 10% del personal participe en el llenado del Cuestionario en línea desarrollado por la UEIPCI.</p>	<p>Actividad 1 Emitir oficios a las áreas, con la indicación de invitar a todo el personal a participar en el cuestionario en línea desarrollado por la UEIPCI. Actividad 2 Emitir correos electrónicos para invitar a las/los servidores públicos a participación de las y los servidores públicos del Hospital.</p>	<p>Actividad 1 Se emitieron oficios a las áreas, con la indicación de invitar a todo el personal a participar en el cuestionario en línea desarrollado por la UEIPCI. Actividad 2 Se emitieron 2 invitaciones por correo electrónico para invitar a las/los servidores públicos a participación de las y los servidores públicos del Hospital.</p>	<p>Cumplimiento 100%</p>

II. Número de personas servidoras públicas capacitadas en temas relacionados con las reglas de integridad, ética e integridad pública

Se capacitó a 565 servidores públicos, 50 estudiantes de Escuela de Enfermería y 74 médicos internos.

III. Resultados de la evaluación de la percepción de las personas Servidoras Públicas respecto del cumplimiento del Código de Ética y el Código de Conducta.

Participaron 465 servidores públicos en el “Cuestionario de Percepción sobre el cumplimiento del Código de Ética”.



IV. Número de recomendaciones solicitadas a la Unidad con relación a la actualización de posibles conflictos de interés, así como las adoptadas por el Comité con base en el pronunciamiento de la Unidad.

El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del Hospital Juárez de México, no solicitó recomendaciones a la Unidad, con relación a la actualización de posibles conflictos de intereses durante el ejercicio 2018.

V. Sugerencias para modificar procesos y tramos de control en las unidades administrativas o áreas, en las que se detecten conductas contrarias al Código de ética, las Reglas de Integridad y al Código de Conducta.

Se sugirió implementar sesiones en materia de ética e integridad en las áreas donde se presenten denuncias.

Conclusiones

El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Intereses del Hospital, logró el cumplimiento del 100% de los objetivos y metas comprometidas en su Programa Anual de Trabajo.

Capacitación y sensibilización. 20%

Durante el ejercicio 2018, se priorizó la capacitación y sensibilización de las/los servidores públicos de la institución, en temas relacionados con la ética, la integridad y el quehacer cotidiano del Comité. Se trabajó con el tema como uno de los módulos del curso trato digno. Se impartieron sesiones a los estudiantes de enfermería y médicos internos, así como a los administradores de contratos con empresas subrogadas.

Además, todos los servidores públicos con mando medio de nuevo ingreso, tomaron el curso de ética pública que imparte el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en su modalidad en Línea a través del CEVINAI.

I. Difusión y divulgación. 20%

El Comité convirtió ésta actividad en una labor permanente, aprovechando los medios de difusión internos como son los carteles, trípticos y la intranet, además, de medios externos como el portal institucional y la campaña en Redes Sociales (Facebook y Twitter) con publicaciones todos los días 27 de cada mes.

II. Mejora de Procesos. 20%

Se cuenta con la normatividad interna actualizada, necesaria para el buen funcionamiento del Comité, como el Código de Conducta, las Bases de



Integración, Organización y Funcionamiento del Comité, el Procedimiento y el Protocolo para la atención de denuncias. Además, se llevó a cabo un diagnóstico para detectar acciones permanentes para establecer las conductas que en situaciones específicas deberán observar los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, el cual aportó información para la actualización del Código de Conducta.

III. Denuncias. 20%

Con la finalidad de fortalecer el principio institucional de “Cero Tolerancia” a los actos que violenten los valores establecidos en el Código de Ética, el Código de Conducta, las Reglas de Integridad, conductas de discriminación, acoso sexual y hostigamiento sexual, se intenta fomentar la cultura de denuncia, mediante la difusión de la infografía de presentación de denuncias.

IV. Actividades del CEPCI y colaboración con la Unidad de Ética, Integridad Pública y Prevención de Conflictos de Intereses (UEIPPCI). 20%

El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del Hospital Juárez de México, en cumplimiento al artículo 18 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, llevó a cabo cuatro sesiones ordinarias y ocho extraordinarias. No obstante, la labor continúa siendo extensa, de adecuación a los constantes cambios de políticas protectoras de los valores éticos, por lo que se pretende continuar con la función del Comité como un órgano que salvaguarde los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia; oriente y de certeza plena a los servidores públicos del Hospital, sobre el comportamiento ético al que deben sujetarse en su quehacer cotidiano, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

Además, se realizaron las siguientes actividades:

- Se llevaron a cabo 12 sesiones, cuatro ordinarias y ocho extraordinarias.
- Se recibieron tres denuncias, de las cuales una fue desechada por el desistimiento de la parte denunciante, una determinó la vulneración de la regla número 13 respecto del comportamiento digno, por lo que se remitió a la Subdirección de Recursos Humanos y al Órgano Interno de Control para su atención y se emitieron recomendaciones de sensibilización.
- Se aprobó el informe anual de actividades 2017, mismo que se incorporó durante el primer bimestre de 2018 al Sistema de Seguimiento, Evaluación y Coordinación de las Actividades de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de la Función Pública.



- Se aprobó el Programa Anual de Trabajo 2018 del Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- Se aprobaron las Bases de integración, organización y funcionamiento del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- Se aprobaron los indicadores de cumplimiento al Código de Conducta 2018.
- Se aprobaron las actualizaciones al Código de Conducta, el Procedimiento y el Protocolo para la atención de denuncias ante este Comité.
- Se diseñó un cartel y un tríptico con información del Código de Conducta 2018.
- Se emitió circular en la que se difundió la siguiente información: Código de Conducta, Protocolo de atención de denuncias en el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, Bases de Integración, Organización y Funcionamiento del Comité de Ética, Cartel del Código de Conducta 2018, Tríptico del Código de Conducta 2018, Cartel de los Integrantes del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés 2018, Cartel del Procedimiento de denuncias, Cartel de Personas Consejeras del Protocolo de Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual y Asesores del Protocolo de Discriminación.
- Se realizó la difusión en la Intranet hospitalaria, redes sociales (Facebook y Twitter) y material infográfico de la Unidad Especializada en Ética de la Secretaría de la Función Pública, de los siguientes temas en materia de Ética:
 - Código de Conducta.
 - Lineamientos de un(a) servidor(a) público(a) ético(a) e íntegro(a).
 - Valor de respeto.
 - Reglas de integridad (Información Pública).
 - Los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
 - Manual de trabajo talleres para padres y madres (kínder, primaria y secundaria).
 - Blindaje electoral.
 - Valores del Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal.
 - Conflictos de interés.
 - Discriminación.
 - Funciones del Órgano Interno de Control en el CEPCI.
 - Personas asesoras del Protocolo de Discriminación y personas consejeras del Protocolo de Hostigamiento y Acoso Sexual.
 - Invitación para denunciar violaciones a los derechos humanos por parte de servidores públicos ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
 - Acoso Escolar.



- Ejes estratégicos con un servicio de enfoque de servicio y de orientación a resultados y servicios, desarrollo de competencia, liderazgo y servicio.
 - Buenas Prácticas de Gestión Pública.
 - Cero tolerancia al hostigamiento sexual y el acoso sexual.
 - Valores: interés público y respeto a los derechos humanos.
 - Licencia de Paternidad.
 - Protocolo de servicio para atención a la sociedad.
 - Presentación de denuncias.
- La Secretaría de la Función Pública, emitió la evaluación preliminar del cumplimiento 2018 del Comité de Ética, siendo la siguiente.

Elemento evaluados	Puntos
Informe anual de actividades 2017	13
Bases de integración, organización y funcionamiento	10
Programa Anual de Trabajo	15
Indicadores	5
Código de Conducta	15
Procedimiento para la atención de denuncias	10
Protocolo para la atención de denuncias	10
Cuestionario electrónico	En proceso
Gestión del CEPCI	6
Total	84

Otros Aspectos.

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

Al cierre de 2018, se contó con 13 proyectos de inversión registrados en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los cuales se describen a continuación:

Proyectos de inversión concluidos

No.	Nombre de Programa	Importe	Fuente de financiamiento
1	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México.	\$79,274,400.00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
2	Equipamiento para el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México.	\$11,222,980.64	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.



3	Programa de sustitución de los elevadores del Hospital Juárez de México.	\$13,519,906.08	Recursos Propios
4	Programa de Mantenimiento para la rehabilitación del Estacionamiento y Almacén del RPBI del Hospital Juárez de México.	\$50,000,000.00	Recursos federales
5	Programa de Sustitución de Equipo Médico para el Servicio de Radiodiagnóstico e Imagen del Hospital Juárez de México 2018.	\$21,065,600.00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Proyectos de inversión en proceso

No.	Nombre de Programa	Importe	Fuente de financiamiento	Avance físico-financiero	Fecha estimada de conclusión
1	Programa de Adquisición de un Sistema de Terapia de Radiación de Rayos X, para el Área de Oncología del Hospital Juárez de México 2018.	\$157,510,330.25	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.	Se recibió \$47,1175,276.72 pesos equivalentes al 30% del monto total de la obra de acuerdo a lo establecido en el contrato HJMS/085/2018	30 de junio de 2019.

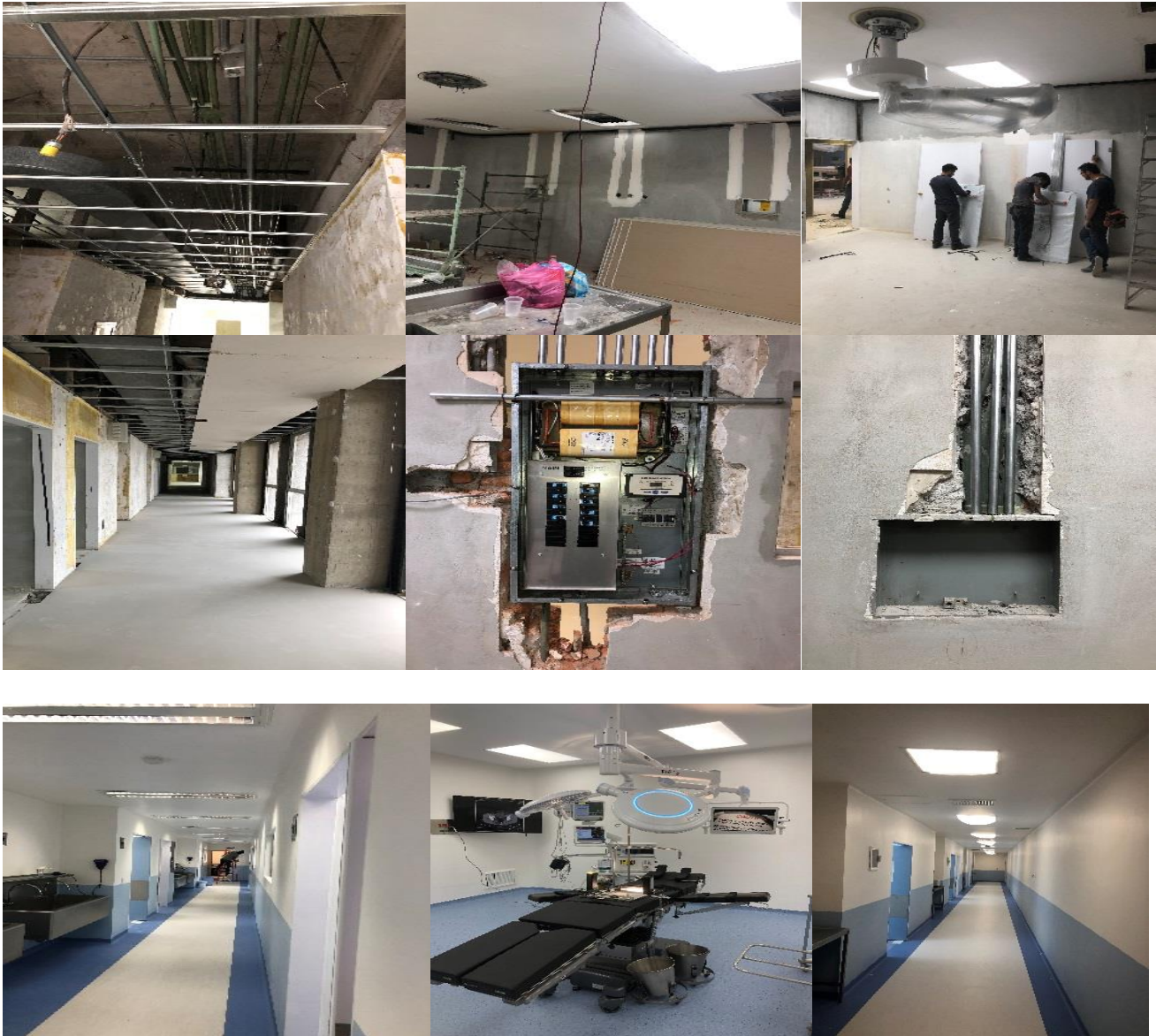
Proyectos de inversión pendientes de obtener recurso:

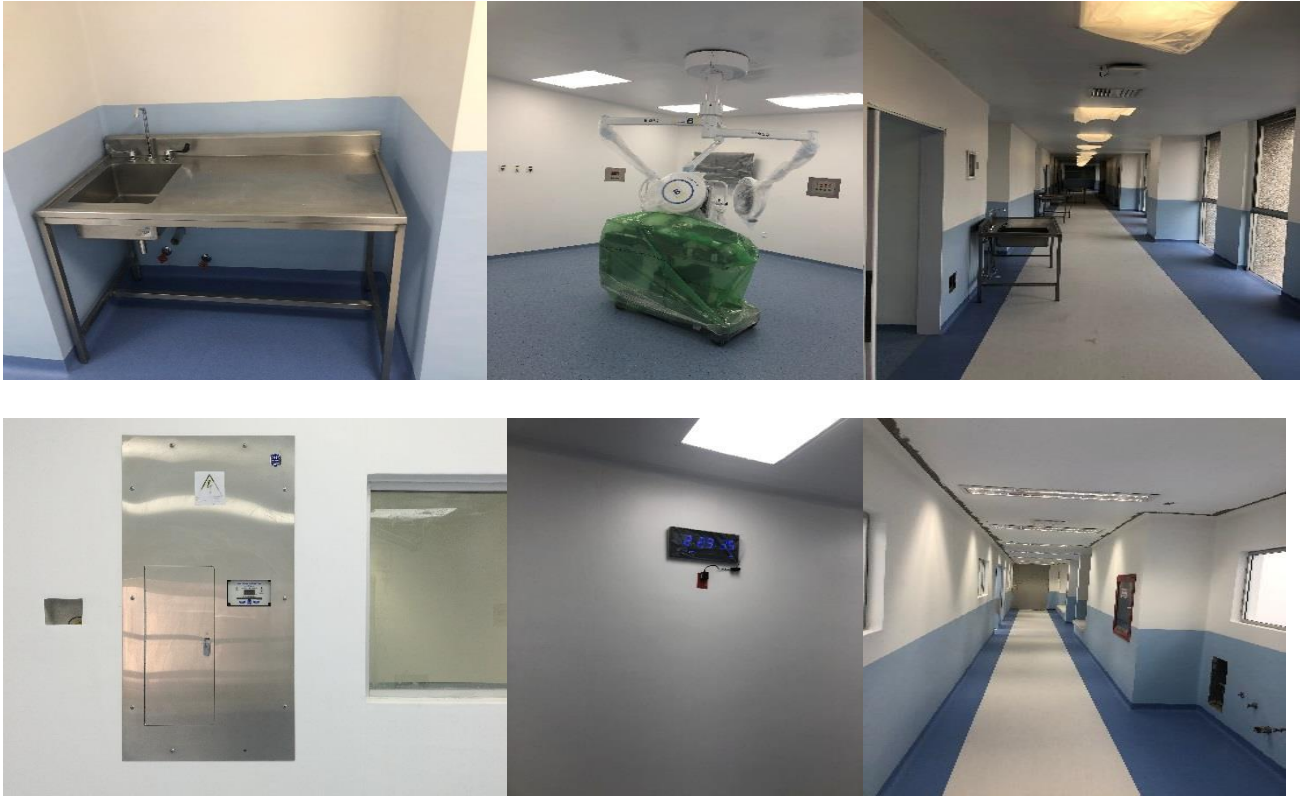
No.	Nombre de Programa	Importe	Fuente de financiamiento
1	Programa de Adquisición de Bomba de Circulación Extracorpórea para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Juárez de México.	\$8,237,311.00	Recursos Propios
2	Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Banco de Leche del Hospital Juárez de México.	\$2,994,894.21	Recursos Federales
3	Equipamiento para el área de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Juárez de México.	\$33,115,680.00	Recursos Propios
4	Equipamiento para el Servicio de Neonatología del Hospital Juárez de México.	\$31,429,040.00	Recursos Propios
5	Sustitución del Tomógrafo de Coherencia Óptica para el Servicio de Oftalmología del Hospital Juárez de México.	\$3,119,240.00	Recursos Propios

6	Programa de sustitución de microscopio neuroquirúrgico para el Servicio de Neurocirugía del Hospital Juárez de México.	\$9,997,576.00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
7	Equipamiento para el Servicio de Medicina del Deporte del Hospital Juárez de México 2018.	\$1,426,336.00	Recursos Propios

Informe de la situación de infraestructura del Hospital

Trabajos de remodelación del área de Quirófanos.





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:

<p>Eléctricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La gran mayoría de los elementos que constituyen la red, han superado el tiempo de vida proyectado por el fabricante. • La adquisición de refacciones es imposible, debido a que la marca que prevalece en las instalaciones es Federal Pacific, la cual no existe en el mercado desde hace más de 15 años, y las piezas tienen que ser reconstruidas. • Los equipos eléctricos que se van sustituyendo se apegan a lo establecido en la NOM-001-Sede-2012, para garantizar que se cumpla con los estándares nacionales y ofrecer una mejor calidad de la energía a los equipos, evitando riesgos innecesarios. • Se elaboró propuesta de los mantenimientos requeridos a las subestaciones y tableros eléctricos del Hospital, para ser incorporada en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios 2019.
<p>Hidro-sanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentan un alto riesgo de ruptura debido a que en su mayoría han cumplido con su tiempo de vida y algunas son de material de PVC. • Se realizan solamente mantenimientos correctivos y no preventivos, derivado de la falta de recursos.



	<ul style="list-style-type: none"> Se elaboró propuesta para el mantenimiento a la tubería de la red sanitaria, red hidráulica y vapor del Hospital por un monto de 4,500 miles de pesos, para ser incorporada en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios 2019. Además, se contemplaron mantenimientos a generadores de agua helada, registros sanitarios e hidrantes.
Gas L.P.	<ul style="list-style-type: none"> Se encuentran en buen estado y funcionando correctamente. Se realizaron trabajos de pintura en los dos tanques de almacenamiento de 5,000 litros cada uno, se rotularon los números de emergencia y se realizó el cambio de válvulas.
Vapor	<ul style="list-style-type: none"> 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. Se realizan solamente mantenimientos correctivos y no preventivos derivado de la falta de recursos. Se tiene la necesidad de que se realice un diagnóstico por personal especializado en la materia para dictaminar la situación real de la instalación de la red de vapor. Las fugas de vapor ocasionan que los plafones se humedezcan y posteriormente se debiliten, por lo que son retirados por el peligro de alguna caída. Se elaboró propuesta para el mantenimiento a las instalaciones de vapor para ser incorporada en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de 2019.
Diesel	<ul style="list-style-type: none"> Se encuentran en condiciones óptimas de operación, debido a 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. y se realizan visitas mensuales para verificar el correcto funcionamiento.

Recursos Humanos

Con la finalidad de cuidar el equilibrio de la fuerza de trabajo y brindar una atención de calidad a los usuarios del Hospital, al cierre de 2018, se contó con una plantilla autorizada de 2,522 plazas distribuidas de la siguiente manera:

Grupo de plazas	enero-diciembre 2018	% que representa el total de plantilla
Mandos medios y superiores	18	0.7
Médica	359	14.2
Investigación	15	0.6
Enfermería	954	37.8
Paramédica	458	18.2
Afín (apoyo médico)	263	10.5
Afín (apoyo administrativo)	227	9.0
Afín (apoyo a servicios)	228	9.0
Total	2,522	100



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 son los siguientes:

Indicador de resultados	Acciones
Reducir el porcentaje de errores u omisiones por incidencias en nómina.	<p>Se aplicaron los descuentos principalmente por faltas, omisiones de entrada y salida, retardo mayor, a causa de que no fueron justificados en tiempo y forma.</p> <p>Se realiza conciliación quincenal entre los Departamentos de Relaciones Laborales y de Nómina, sobre los descuentos aplicados al personal del Hospital por incidencias.</p>
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.	<p>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.</p> <p>Se impartió capacitación al personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos para la recepción de documentación sobre incidencias del personal.</p> <p>Se capacitó al personal del área de Control de Asistencia en el uso del sistema BASAsistema.</p>

Logros de la Dirección de Administración

- Eficiente control de los recursos autorizados, ejerciendo al cien por ciento el presupuesto sin que se generaran sub ejercicios.
- Se incrementó en un 6% la captación de cuotas de recuperación derivado de los trabajos de actualización del Tabulador y en un 56% los ingresos por casos médicos atendidos por Seguro Popular (Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI y CAUSES).
- Gestión para la obtención de los recursos y desarrollo de los proyectos para la rehabilitación del estacionamiento y almacén temporal de RPBI y para la adquisición de seis elevadores y dos montacargas.
- Instalación, puesta en marcha y capacitación de los 74 equipos médicos recibidos en donación por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública: con un valor de más de 100,000 miles de pesos.
- Atención oportuna a las observaciones generadas por las diversas instancias fiscalizadoras, siendo determinadas durante 2018 un total de 36 observaciones, solventándose 27 y quedando un saldo de 9 observaciones por atender.

- Se concluyó el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) con un 98.5% de cumplimiento y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) en un 100%.

Debilidades de la Dirección de Administración

- Recursos presupuestarios insuficientes para realizar mantenimientos preventivos a la infraestructura y equipamiento, así como para la adquisición de equipo médico.
- Plazas de nueva creación insuficientes para las áreas sustantivas.
- Recursos presupuestarios insuficientes para la capacitación del personal.
- Falta de un sistema integral de información.
- Proceso complicado para dar atención a la baja documental en el Archivo General de la Nación.

Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección de Administración

En el indicador porcentaje de avance en la oferta de medicamentos al centro de mezclas se logró un cumplimiento del 100% al contar con una contratación mediante Licitación Pública Nacional del Servicio Integral para el suministro y dispensación en dosis medida de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral, para los ejercicios 2018, 2019 y 2020; con lo cual se pretende garantizar la atención oportuna de los pacientes.

Respecto a los indicadores relacionados a la implementación de la biblioteca digital y telemedicina y a la modernización en infraestructura y tecnología de la biblioteca, la Dirección de Administración continúa a la espera de recibir información de la Unidad de Enseñanza sobre los proyectos de inversión para su posterior registro en cartera de la SHCP.

En el indicador de creación de la Unidad de Inversión por servicio, se cuenta con el área que dará seguimiento a las actividades a realizar para la creación de las Unidades de Inversión por Servicio, siendo el Departamento de Análisis de Costos del Hospital, cuyo jefe de Departamento coordina las acciones relacionadas a las mismas.

Se encuentra en proceso de elaboración el procedimiento que integra las actividades necesarias a realizar por cada área del Hospital responsables de aportar información para el desarrollo de las unidades de inversión por servicio.



El presupuesto autorizado del Hospital por un monto de 1,815,466 miles de pesos, fue ejercido al 100% beneficiando la atención médica, investigación y enseñanza, así como la infraestructura.

Se logró el 99.8% del cumplimiento del porcentaje de avance en la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación al actualizarse 1,484 claves de cobro de las 1,486 claves programadas, resultado que contribuyó al incremento de 6.2% en la captación de ingresos propios por este concepto.

Se dio prioridad al registro del proyecto de adquisición de un Sistema de Terapia de Radiación con Rayos X, para el área de Oncología, en la cartera de la SHCP, por lo que los indicadores relacionados a la construcción del Centro Oncológico CIPO y construcción de la torre nueva de hospitalización no presentan avances, en cumplimiento a la normatividad que señala que, hasta no concluir un proyecto de inversión vigente en cartera de la SHCP relacionado a infraestructura, no podrá registrarse otro en esta materia.

Se cumplió al cien por ciento el indicador porcentaje de avance en la reparación y modernización del estacionamiento del Hospital Juárez de México, concluyendo la obra de acuerdo a lo planeado.

Con respecto al indicador Avance en la adquisición de un sistema de radiación con rayos X para el área de Oncología, se tuvo un cumplimiento del 66% al haber registrado el proyecto en cartera de inversión de la SHCP, obtener el financiamiento por un importe de 157,510,00 miles de pesos por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y llevar a cabo la Licitación Pública Internacional bajo la cobertura de tratados de libre comercio electrónica de carácter plurianual.

En relación al porcentaje de avance de proyectos de inversión concluidos, se alcanzó la meta programada del 42.8% derivado de que se concluyeron tres proyectos de inversión financiados por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, relacionados con la renovación y sustitución de equipo médico, siendo los siguientes proyectos:

- Programa de Adquisición de Equipo Médico para la Unidad de Quirófanos del Hospital Juárez de México, por un importe de 79,274,400 pesos.
- Equipamiento para el Servicio de Endoscopía del Hospital Juárez de México, por un importe de \$11,222,980.64



- Programa de Sustitución de Equipo Médico para el Servicio de Radiodiagnóstico e Imagen del Hospital Juárez de México 2018, por un importe de \$21,065,600.

Derivado de los proyectos anteriores se renovaron los siguientes equipos médicos:

- 25 máquinas de anestesia divididas en nueve equipos de alta especialidad, ocho equipos intermedios, siete equipos básicos y uno para resonancia magnética.
- 14 mesas de cirugía con accesorios conforme a diferentes especialidades como cirugía plástica, maxilofacial, urología, cardiología, ortopedia, neurología, otorrinolaringología, oncología y oftalmología.
- 11 lámparas dobles y tres lámparas con cámara y monitor en un tercer brazo.
- 13 monitores básicos y 2 monitores avanzados para el área de recuperación.
- Un mastógrafo, tres equipos de Rayos X móviles, un arco en C y un ultrasonido Doppler.

En el indicador Porcentaje de profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación, se tuvo un cumplimiento del 68% al haber profesionalizado a un total de 34 servidores públicos del Hospital, de los cuales 31 pertenecen al servicio de enfermería y tres a trabajo social; respecto a los 50 servidores públicos programados. Este resultado permitió que el personal que alcanzó un perfil académico profesional en estas disciplinas, sea remunerado de acuerdo a su competitividad y dar cumplimiento a los objetivos y metas institucionales.

Finalmente, respecto al porcentaje de avance en la implementación de un GRP, el proyecto BABEL se encuentra en la etapa de prueba en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", para su posterior implementación en el Hospital y dar cumplimiento a la normatividad vigente.



Programa de Trabajo 2018

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

No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1		1. Calidad y Seguridad.	1.1.10 Mayor oferta de medicamentos al centro de mezclas.	Porcentaje de avance en la oferta de medicamentos al centro de mezclas. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Contrato modificado / V2: Contrato por modificar x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ Se contó con un contrato plurianual mediante licitación pública nacional, denominado "Servicio Integral para el Suministro y Dispensación en dosis de medida de medicamentos oncológicos, antimicrobianos y nutrición parenteral 2018-2020".
2		2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia.	2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	Porcentaje de avance en la implementación de la biblioteca digital y telemedicina. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{0}{3} \times 100 = 0\%$ Se cuenta únicamente con el proyecto arquitectónico para la remodelación de la biblioteca digital y telemedicina.
3			2.2.6 Modernización en Infraestructura y Tecnología.	Porcentaje de avance en la modernización en infraestructura y tecnología. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Proyecto elaborado / V2: Proyecto programado x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$ La elaboración del proyecto de inversión se realizará durante el ejercicio 2019.
4	1. Administrar y dirigir los recursos humanos, financieros, materiales, y de conservación y mantenimiento, para el logro de las metas y objetivos comprometidos por la Institución, mediante el cumplimiento a la normatividad aplicable.			3.1.1 Creación de Unidades de Inversión por Servicio.	Porcentaje de avance en la creación de Unidades de Inversión por servicio. 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
5	2. Supervisar el ejercicio eficiente de los recursos autorizados al Hospital. 3. Supervisar la eficiente distribución de la plantilla del personal autorizada al Hospital. 4. Vigilar el proceso para llevar a cabo la adquisición de bienes y servicios del Hospital.		3.1.2 Optimización y uso eficiente del presupuesto asignado.	Porcentaje de presupuesto autorizado efectivamente ejercido. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Presupuesto total ejercido / V2: Presupuesto total modificado x 100	$\frac{1,815,466}{1,815,466} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{1,815,409}{1,815,409} \times 100 = 100\%$ El presupuesto autorizado para el Hospital fue por un monto de 1,815,409 miles de pesos, el cual se ejerció al 100%.
6	5. Supervisar los procesos de mantenimiento correctivos y preventivos efectuados a las instalaciones y equipamiento del Hospital.	3. Administración Eficiente	3.1.3 Actualización del tabulador de cuotas de recuperación acorde a las necesidades hospitalarias.	Porcentaje de avance en la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación. 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	$\frac{1,484}{1,484} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{1,484}{1,484} \times 100 = 99.8\%$ Se actualización 1,484 claves de cobro del Tabulador de Cuotas de Recuperación.
7			3.2.1 Construcción de centro oncológico CIPO.	Porcentaje de avance en la construcción del Centro Oncológico CIPO. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de actividades realizadas/ V2: Número de actividades programadas x 100	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Anual	N/A	$\frac{0}{1} \times 100 = 0\%$ No se presentan avances en este indicador, debido a que se dio prioridad al registro del proyecto en cartera de la SHCP, para la adquisición de un Sistema de Terapia de radiación por Rayos X para el área de Oncología. Además, que por normatividad no se puede registrar un nuevo proyecto, hasta no concluir el que se encuentra vigente.
8			3.2.2 Construcción de torre nueva de hospitalización.	Porcentaje de avance en la construcción de torre nueva de hospitalización. 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	$\frac{0}{4} \times 100 = 0\%$ No se presentan avances en este indicador, ya que se dio prioridad al registro del proyecto en cartera de la SHCP, para un Sistema de Terapia de radiación por Rayos X para el área de Oncología. Además, que por normatividad no se puede registrar un nuevo proyecto, hasta no concluir el que se encuentra vigente.



9			325 Reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.	<p>Porcentaje de avance en la reparación y modernización del estacionamiento del HJM.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Variable 1}}{\text{Variable 2} \times 100}$</p> <p>V1: Proyecto ejecutado / V2: Proyecto programado a realizar x 100</p>	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ Se concluyó la ejecución del proyecto de la reparación y modernización del estacionamiento del Hospital.
10	1. Administrar y dirigir los recursos humanos, financieros, materiales, y de conservación y mantenimiento, para el logro de las metas y objetivos comprometidos por la Institución, mediante el cumplimiento a la normatividad aplicable.	3. Administración Eficiente	326 Adquisición de un acelerador lineal.	<p>Porcentaje de avance en la adquisición de un acelerador lineal.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Variable 1}}{\text{Variable 2} \times 100}$</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{2}{3} \times 100 = 66.6\%$ Se registró el proyecto en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se recibió el 30% del importe total de la obra y se realizó la licitación Pública Internacional bajo la cobertura de tratados de libre comercio electrónica de carácter plurianual.
11	2. Supervisar el ejercicio eficiente de los recursos autorizados al Hospital.		327 Ejecución del proyecto para la renovación y sustitución de equipo médico.	<p>Porcentaje de proyectos de inversión concluidos.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Variable 1}}{\text{Variable 2} \times 100}$</p> <p>V1: Número de proyectos de inversión concluidos / V2: Número proyectos de inversión registrados en cartera x 100</p>	$\frac{3}{7} \times 100 = 42.8\%$	Semestral	N / A	$\frac{3}{7} \times 100 = 42.8\%$ Se concluyeron tres proyectos de inversión relacionados con la renovación y sustitución de equipo médico, en los servicios de Quirófanos, Endoscopia y Radiología e Imagen.
12	3. Supervisar la eficiente distribución de la plantilla del personal autorizada al Hospital.							
	4. Vigilar el proceso para llevar a cabo la adquisición de bienes y servicios del Hospital.							
12	5. Supervisar los procesos de mantenimiento correctivos y preventivos efectuados a las instalaciones y equipamiento del Hospital.	4. Desarrollo Organizacional y Clima Laboral	4.15 Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Rehabilitación.	<p>Porcentaje de profesionalización del personal de enfermería, trabajo social y rehabilitación.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Variable 1}}{\text{Variable 2} \times 100}$</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	$\frac{34}{50} \times 100 = 68\%$ Se profesionalizaron 34 servidores públicos del Hospital, de los cuales 31 fueron del área de enfermería y tres de trabajo social.
13		5. Transparencia, Comunicación y Tecnología	5.32 Implementación de un GRP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<p>Porcentaje de avance en la implementación de un GRP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.</p> <p>Fórmula: $\frac{\text{Variable 1}}{\text{Variable 2} \times 100}$</p> <p>V1: Número de actividades realizadas / V2: Número de actividades programadas x 100</p>	$\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{0}{5} \times 100 = 0\%$ No se presenta cumplimiento en el indicador, debido a que el proyecto BABEL se encuentra en la etapa de prueba en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", para su posterior implementación en el HJM.



Sistema de Evaluación del Desempeño (SED)

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EVOLUCION DEL GASTO PROGRAMABLE DE ENERO A DICIEMBRE 2018

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL		ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE		VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO
	ORIGINAL (1)	MODIFICADO (2)	PROGRAMADO (3)	EJERCIDO (4)	ABSOLUTA (5) = (4) - (3)	RELATIVA (6) = (5) / (3)	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	(7) = (4) / (2)
I.- GASTO CORRIENTE	1,578.8	1,746.5	1,746.5	1,746.5	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS PERSONALES	970.3	995.0	995.0	995.0	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	294.1	259.7	259.7	259.7	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS GENERALES	314.3	491.8	491.8	491.8	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
II.- GASTO DE CAPITAL	10.4	68.9	68.9	68.9	0.0	0.0			100.0
INVERSIÓN FÍSICA	10.4	68.9	68.9	68.9	0.0	0.0			100.0
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	10.4	57.1	57.1	57.1	0.0	0.0			100.0
OBRAS PUBLICAS	0.0	11.8	11.8	11.8	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA					0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
III.- OPERACIONES AJENAS NETAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
TERCEROS	0.0	0.0			0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES	0.0	0.0			0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
IV.- TOTAL DEL GASTO	1,589.2	1,815.4	1,815.4	1,815.4	0.0	0.0			100.0

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

Criterios de asignación de color de los semáforos.

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



ANEXO I BIS

CLAVE DE LA ENTIDAD: NAW

NOMBRE DE LA ENTIDAD: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EVOLUCIÓN DEL GASTO PROGRAMABLE (AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018) */

(Millones de pesos con un decimal)

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL			VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO		SEMÁFORO		AVANCE EN %
	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO	ABSOLUTA	RELATIVA	MENOR GASTO	MAYOR GASTO	CONTRA
	(1)	(2)	(3)	(4) = (3) - (2)	(5) = (4) / (2)			MODIFICADO
								(6) = (3) / (2)
I.- GASTO CORRIENTE	1,578.8	1,746.5	1,746.5	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS PERSONALES	970.3	995.0	995.0	0.0	0.0			100.0
MATERIALES Y SUMINISTROS	294.1	259.7	259.7	0.0	0.0			100.0
SERVICIOS GENERALES	314.3	491.8	491.8	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.2	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
II.- GASTO DE CAPITAL	10.4	68.9	68.9	0.0	0.0			100.0
INVERSIÓN FÍSICA	10.4	68.9	68.9	0.0	0.0			100.0
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	10.4	57.1	57.1	0.0	0.0			100.0
OBRAS PUBLICAS	0.0	11.8	11.8	0.0	0.0			100.0
OTRAS EROGACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
INVERSIÓN FINANCIERA				0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
III.- OPERACIONES AJENAS NETAS	0.0	0.0	0.0	0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
TERCEROS		0.0		0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
RECUPERABLES		0.0		0.0	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!
IV.- TOTAL DEL GASTO	1,589.2	1,815.4	1,815.4	0.0	0.0			100.0

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

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

Criterios de asignación de color de los semáforos.

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

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



<p>ANEXO III CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México</p> <p>INDICADORES DE DESEMPEÑO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO</p>									
PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp) Y CLAVE 1/	INDICADOR			UNIDAD DE MEDIDA	META				SEMAFORO
						FRECUENCIA DE MEDICIÓN	DE ENERO A DICIEMBRE 2018		PORCENTAJE DE AVANCE
	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN				PLANEADA	REALIZADA	
Pp CON INDICADORES SELECCIONADOS EN EL PEF									
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Eficiencia terminal de médicos especialistas	Los resultados del indicador reflejan la capacidad de las instituciones para formar médicos especialistas y el compromiso de los mismos a las políticas institucionales.	Porcentaje	Anual		100.0	100.0	100.0%
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		98.1	96.8	98.7%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Calidad	Porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria	Porcentaje de cursos impartidos para médicos en formación de posgrado cuyo promedio de percepción de satisfacción de calidad fue superior a 80 puntos en una escala de 100.	Porcentaje	Anual		100.0	100.0	100.0%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	Porcentaje de cursos de educación continua realizados por la institución respecto a los programados en el periodo.	Porcentaje	Trimestral		97.3	94.6	97.2%
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		76.9	74.9	97.4%
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	9.2	101.1%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de espacios académicos ocupados	Denota la proporción de espacios educativos disponibles en las instituciones que participan en el programa que se han ocupado.	Porcentaje	Anual		94.1	93.0	98.8%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Porcentaje de postulantes aceptados	Este indicador tiene la finalidad de mostrar el resultado del proceso de selección en la asignación de espacios educativos respecto a la disponibilidad de los mismos.	Porcentaje	Anual		40.1	41.7	104.0%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua	El indicador muestra la fortaleza organizacional para la estimación del número de asistentes a los eventos de educación continua lo cual se vincula con el uso eficiente de la infraestructura educativa (aulas, recursos didácticos, etc.) para la impartición de cursos de educación continua con un vínculo estricto con el Programa Anual de Educación Continua.	Porcentaje	Trimestral		91.2	78.2	85.7%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados en materia técnico-médica.	Expresa el cumplimiento de la capacitación a los servidores públicos programados para recibirla con recursos del Programa Presupuestario E010.	Porcentaje	Anual		92.0	96.0	104.3%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos que concluyen acciones de capacitación técnico-médica	Mide el porcentaje de servidores públicos que concluyen acciones de capacitación Técnico-Médica con cargo al Programa Presupuestario E010 e incluidos en el Programa Anual de Capacitación.	Porcentaje	Trimestral		92.0	96.0	104.3%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Calidad	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica	Expresa la satisfacción percibida de los servidores públicos por la realización de los eventos de capacitación contratados en el Programa Anual de Capacitación financiadas por el programa presupuestario E010.	Porcentaje	Trimestral		100.0	100.0	100.0%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Porcentaje de temas identificados en materia técnico-médica que se integran al Programa Anual de Capacitación	Expresa los resultados del proceso de identificación y selección de temas relevantes para la capacitación del personal a partir del proceso de detección de necesidades de capacitación institucional.	Porcentaje	Anual		39.3	40.0	101.8%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficacia	Porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC)	Temas contratados incluidos en el PAC con cargo al Programa Presupuestario E010, que atienden las necesidades de capacitación de los servidores públicos.	Porcentaje	Trimestral		100.0	100.0	100.0%
E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	Eficiencia	Porcentaje de temas identificados en materia administrativa y gerencial que se integran al Programa Anual de Capacitación	Expresa los resultados del proceso de identificación y selección de temas relevantes para la capacitación del personal Administrativo y Gerencial a partir del proceso de detección de necesidades de capacitación institucional.	Porcentaje	Anual		24.4	25.6	104.9%



E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel	Proporción de profesionales de la salud de alto nivel (con nombramiento vigente de investigador en las categorías D-E-F) del Sistema Institucional de Investigadores (SII), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sean miembros vigentes en el SNI y que no tengan nombramiento de investigador del SII.	Porcentaje	Anual	27.3	36.4	133.3%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Calidad	Porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas	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. *Artículo científico institucional: Al artículo científico publicado en revistas de los grupos I-VII (de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores), en el cual se da crédito a la participación de la institución.	Porcentaje	Semestral	30.0	31.1	103.7%	
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. *Artículo científico institucional: Al artículo científico publicado en revistas de los grupos I-VII (de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores), en el cual se da crédito a la participación de la institución.	Promedio	Semestral	2.0	2.3	115.0%	
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	80.0	67.2	84.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Economía	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud en el año actual.	Porcentaje	Anual	1.0	0.2	20.0%	
E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	Economía	Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Porcentaje del presupuesto complementario* al presupuesto federal institucional que obtienen las entidades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para realizar investigación en el año actual. *Corresponde a todos aquellos fondos puestos a disposición por personas, físicas, morales, instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras y recursos propios, para financiar proyectos de investigación, que no forman parte del presupuesto federal institucional. *Excluye capítulo 1000.	Porcentaje	Anual	10.9	6.4	58.7%	
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	93.3	93.3%	
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	0.9	1.5	166.7%	
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 la correcta referencia de los pacientes por parte de la red de servicios de salud para que el otorgamiento efectivo de atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento.	Porcentaje	Trimestral	3.6	9.6	266.7%	
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	92.2	98.1%	
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	88.5	93.8	106.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado	Evalúa el otorgamiento de sesiones de rehabilitación especializadas (son realizadas por personal altamente calificado, organizado en equipos multidisciplinarios, con equipamiento especializado, en pacientes con padecimientos complejos, generalmente de alto costo) proporcionadas para limitar las secuelas o discapacidad y mejorar la calidad de vida.	Porcentaje	Trimestral	100.0	100.0	100.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados	Determina la proporción de procedimientos diagnósticos de alta especialidad (en pacientes o usuarios ambulatorios) que realiza la entidad.	Porcentaje	Trimestral	60.0	61.0	101.7%	
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	100.0	100.0	100.0%	



E023 Atención a la salud	Eficacia	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	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	99.2	93.5	94.3%	
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	88.5	96.3	108.8%	
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	87.4	90.1	103.1%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Evalúa la eficacia en la realización de las auditorías clínicas programadas. La auditoría clínica permite valorar la calidad y pertinencia de los resultados clínicos obtenidos en la atención médica proporcionada a partir del proceso de autoevaluación.	Porcentaje	Anual	100.0	100.0	100.0%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias.	Porcentaje	Trimestral	87.7	87.5	99.8%	
E023 Atención a la salud	Eficiencia	Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados.	Promedio	Trimestral	5.7	5.8	101.8%	
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	70.8	94.4%	
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	5.1	4.8	94.1%	

NO SELECCIONADOS EN EL PEF ^{2/}

								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).

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

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

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

Criterios de asignación de color de los semáforos

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



ANEXO IV

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NAW

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Hospital Juárez de México

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

Programa Presupuestario Seleccionado ^{1/}:

(Millones de Pesos con un decimal)

AI	CLAVE Pp	DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	EJERCIDO 2017	PRESUPUESTO ANUAL 2018 MODIFICADO	DE ENERO A DICIEMBRE 2018		VARIACIÓN		SEMÁFORO	
					PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	ABS.	REL.	MENOR GASTO	MAYOR GASTO

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

INDICADORES DE DESEMPEÑO				UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	PERIODO Y VALOR DE LA LINEA BASE	META			SEMÁFORO
NIVEL DE OBJETIVO	TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN				ENERO - DICIEMBRE 2018		DIFERENCIA ABSOLUTA	
							PLANEADA	REALIZADA		
Propósito	Eficiencia	Eficiencia terminal de médicos especialistas	Los resultados del indicador reflejan la capacidad de las instituciones para formar médicos especialistas y el compromiso de los mismos a las políticas institucionales.	Porcentaje	Anual	diciembre	100	100.0	0.0	
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	98.1	96.8	-1.3	
Componente	Calidad	Porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria	Porcentaje de cursos impartidos para médicos en formación de posgrado cuyo promedio de percepción de satisfacción de calidad fue superior a 80 puntos en una escala de 100.	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0	
Componente	Eficacia	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	Porcentaje de cursos de educación continua realizados por la institución respecto a los programados en el periodo.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	97.3	94.6	-2.7	
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	76.9	74.9	-2.0	
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	9.2	0.1	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de espacios académicos ocupados	Denota la proporción de espacios educativos disponibles en las instituciones que participan en el programa que se han ocupado.	Porcentaje	Anual	diciembre	94.1	93.0	-1.1	
Actividad	Eficiencia	Porcentaje de postulantes aceptados	Este indicador tiene la finalidad de mostrar el resultado del proceso de selección en la asignación de espacios educativos respecto a la disponibilidad de los mismos.	Porcentaje	Anual	diciembre	40.1	41.7	1.6	
Actividad	Eficacia	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua	El indicador muestra la fortaleza organizacional para la estimación del número de asistentes a los eventos de educación continua lo cual se vincula con el uso eficiente de la infraestructura educativa (aulas, recursos didácticos, etc.) para la impartición de cursos de educación continua con un vínculo estricto con el Programa Anual de Educación Continua.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	91.2	78.2	-13.0	



Fin	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos capacitados en materia técnico-médica.	Expresa el cumplimiento de la capacitación a los servidores públicos programados para recibirla con recursos del Programa Presupuestario E010.	Porcentaje	Anual	diciembre	92.0	96.0	4.0	
Propósito	Eficacia	Porcentaje de servidores públicos que concluyen acciones de capacitación técnico-médica	Mide el porcentaje de servidores públicos que concluyen acciones de capacitación Técnico-Médica con cargo al Programa Presupuestario E010 e incluidos en el Programa Anual de Capacitación.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	92.0	96.0	4.0	
Componente	Calidad	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica	Expresa la satisfacción percibida de los servidores públicos por la realización de los eventos de capacitación contratados en el Programa Anual de Capacitación financiadas por el programa presupuestario E010.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	100.0	100.0	0.0	
Actividad	Eficiencia	Porcentaje de temas identificados en materia técnico-médica que se integran al Programa Anual de Capacitación	Expresa los resultados del proceso de identificación y selección de temas relevantes para la capacitación del personal a partir del proceso de detección de necesidades de capacitación institucional.	Porcentaje	Anual	diciembre	39.3	40.0	0.7	
Actividad	Eficacia	Porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC)	Temas contratados incluidos en el PAC con cargo al Programa Presupuestario E010, que atienden las necesidades de capacitación de los servidores públicos.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	100.0	100.0	0.0	
Actividad	Eficiencia	Porcentaje de temas identificados en materia administrativa y gerencial que se integran al Programa Anual de Capacitación	Expresa los resultados del proceso de identificación y selección de temas relevantes para la capacitación del personal Administrativo y Gerencial a partir del proceso de detección de necesidades de capacitación institucional.	Porcentaje	Anual	diciembre	24.4	25.6	1.2	
Fin	Calidad	Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel	Proporción de profesionales de la salud de alto nivel (con nombramiento vigente de investigador en las categorías D-E-F) del Sistema Institucional de Investigadores (SII), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sean miembros vigentes en el SNI y que no tengan nombramiento de investigador del SII.	Porcentaje	Anual	diciembre	27.3	36.4	9.1	
Propósito	Calidad	Porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas	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. *Artículo científico institucional: Al artículo científico publicado en revistas de los grupos I-VII (de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores), en el cual se da crédito a la participación de la institución.	Porcentaje	Semestral	mayo-junio-diciembre	30.0	31.1	1.1	
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. *Artículo científico institucional: Al artículo científico publicado en revistas de los grupos I-VII (de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores), en el cual se da crédito a la participación de la institución.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	2.0	2.3	0.3	



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	80.0	67.2	-12.8
Componente	Economía	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud en el año actual.	Porcentaje	Anual	diciembre	1.0	0.2	-0.8
Componente	Economía	Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud	Porcentaje del presupuesto complementario* al presupuesto federal institucional que obtienen las entidades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para realizar investigación en el año actual.*Corresponde a todos aquellos fondos puestos a disposición por personas, físicas, morales, instituciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras y recursos propios, para financiar proyectos de investigación, que no forman parte del presupuesto federal institucional. *Excluye capítulo 1000.	Porcentaje	Anual	diciembre	10.9	6.4	-4.5
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	93.3	-6.7
Actividad	Eficacia	Promedio de productos por investigador institucional	Promedio de productos de la investigación de los investigadores vigentes del SI, más otros investigadores que sean miembros vigentes en el SNI y que no tengan nombramiento de investigador del SI.	Promedio	Semestral	mayo-junio-diciembre	0.9	1.5	0.6
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 la correcta referencia de los pacientes por parte de la red de servicios de salud para que el otorgamiento efectivo de atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	3.6	9.6	6.0
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	92.2	-1.8
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	88.5	93.8	5.3
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	60.0	61.0	1.0
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	100.0	100.0	0.0



Componente	Eficacia	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta, urgencias)	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	99.2	93.5	-5.7
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	88.5	96.3	7.8
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	87.4	90.1	2.7
Componente	Eficiencia	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas	Evalúa la eficacia en la realización de las auditorías clínicas programadas. La auditoría clínica permite valorar la calidad y pertinencia de los resultados clínicos obtenidos en la atención médica proporcionada a partir del proceso de autoevaluación.	Porcentaje	Anual	diciembre	100.0	100.0	0.0
Componente	Eficiencia	Porcentaje de ocupación hospitalaria	Expresa la eficiencia en el uso de las camas hospitalarias.	Porcentaje	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	87.7	87.5	-0.2
Componente	Eficiencia	Promedio de días estancia	Tiempo promedio que utiliza la entidad para atender a los pacientes hospitalizados.	Promedio	Trimestral	marzo-mayo-junio-septiembre-diciembre	5.7	5.8	0.1
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	70.8	-4.2
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	5.1	4.8	-0.3

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 2018.

1/ Los Pp a seleccionar con su correspondiente MIR, será tomando como base los de mayor peso presupuestal y/o que más contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Institución, y principalmente
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
Criterios de asignación de color de los semáforos del avance financiero del Pp.

Menor Gasto

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

mayor Gasto

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

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

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



Para 2018, el Hospital Juárez de México, comprometió un total de 36 indicadores para resultados en tres Programas Presupuestales:

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, el Hospital informó en tiempo y forma a la CCINSHAE y al Comité de Control y Desempeño Institucional, el desempeño 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 de 37 indicadores que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados y que fueron comprometidos en el Programa Anual de Trabajo 2018 del Director General, obteniendo diversos grados de cumplimiento, de acuerdo a los criterios de semaforización de la Secretaría de la Función Pública, como se muestra en el siguiente cuadro:

Programa Presupuestal	Total indicadores	Desempeño		
		Razonable	Preventivo	Correctivo
E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"	15	10	4	1
E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"	8	4	1	3
E023 "Atención a la salud"	14	9	5	0
Total	37	23	10	4

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

Los diez indicadores que lograron un desempeño razonable fueron:

1. "Eficiencia terminal de médicos especialistas"; "Porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria"; "Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua"; "Porcentaje de postulantes aceptados"; "Porcentaje de servidores públicos capacitados en materia técnico-médica"; "Porcentaje de servidores públicos que concluyeron acciones de capacitación técnico-médica"; "Porcentaje de eventos de capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica"; "Porcentaje de temas identificados en materia técnico-médica que se integran al Programa Anual de Capacitación"; "Porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación"

(PAC)” y “Porcentaje de temas identificados en materia administrativa y gerencial que se integran al Programa Anual de Capacitación”.

Los resultados de estos indicadores se debieron al cumplimiento de las siguientes acciones.

- La eficiencia terminal de médicos especialistas fue del 100% al haber obtenido constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico los 140 médicos especialistas que se programaron.
- Los médicos en formación manifestaron una percepción de calidad superior a 80 puntos en los 34 cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos, en los aspectos de docencia, apego al plan único de especialidades médicas e infraestructura del Hospital.
- La percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua, fue de 9.2%, Este resultado se debió a que los profesionales de la salud que participan en los cursos de educación continua, manifestaron que el contenido de los cursos fue satisfactorio, por considerarlos de utilidad para mejorar su práctica profesional.
- El total de aspirantes que acudieron al Hospital para realizar estudios de posgrado fue de 264, de los cuales se seleccionaron a 110 para inscribirse en alguno de los cursos de formación de especialidad y alta especialidad del Hospital.
- Con los recursos federales asignados para capacitación técnico-médica, se impartió el curso “Movilización y traslado de pacientes”, beneficiando a 24 camilleros, quienes adquirieron el conocimiento y mejoraron sus habilidades en el traslado de pacientes. Asimismo, en materia administrativa-gerencial, de los 78 temas identificados en la detección de necesidades de capacitación, 20 cursos fueron incluidos en el Programa Anual de Capacitación.

Los cuatro indicadores que se ubicaron en semáforo preventivo fueron los siguientes:

“Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua”, “Eficacia en la impartición de cursos de educación continua”, “Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua” y Porcentaje de espacios académicos ocupados.

Los resultados de estos indicadores se debió al siguiente cumplimiento.



En el “Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua”. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que dos cursos fueron cancelados por los organizadores, por la falta de asistentes y a una menor participación por parte de los profesionales de la salud para asistir a los cursos de: Abordaje Clínico y Diagnóstico del Paciente en Estado de Coma, Obstetricia Crítica: Emergencias y Tópicos Actuales, II Curso de Intervención de Medicina del Deporte en el Tercer Nivel de Atención, Manejo Integral del Paciente Crítico en Urgencias y VIII Curso Interinstitucional de Urgencias Trauma. Además, de la cancelación de dos cursos. Este resultado también impactó en el cumplimiento del indicador de “Eficacia en la impartición de cursos de educación continua”.

Respecto al “Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua”. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, obedece a que el indicador, al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 74.9% con respecto a la meta programada de 76.9%. Este resultado se debió a que de los 5,200 participantes programados para asistir a los cursos de educación continua, solamente se inscribieron 4,457 profesionales de la salud; de los cuales 1,338 asistentes fueron participantes externos.

“Porcentaje de espacios académicos ocupados”. El motivo por el cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió a que de los 374 espacios educativos de posgrado con los que contó la institución 348 fueron cubiertos (becas o matrícula).

El indicador que se ubicó en cumplimiento correctivo fue:

“Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo correctivo, se debió a que el indicador, al final del periodo que se reporta, tuvo un cumplimiento del 78.2% con respecto a la meta programada de 91.2%. Este resultado obedece a que, de los 5,700 profesionales de la salud que se proyectó que asistirían a los cursos de educación continua, solamente se inscribieron 4,457 profesionales de la salud. Este resultado impactó en el cumplimiento a los objetivos y metas institucionales, debido a que los profesionales de la salud que no son capacitados, pierden la oportunidad de desarrollar competencias y habilidades acorde con las necesidades de salud de la población, lo cual pudiera afectar a los usuarios de los hospitales de procedencia.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 55.8 mdp.

En lo referente al Programa Presupuestal E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud", se reportaron un total de ocho indicadores de los cuales, cuatro se situaron en semáforo de cumplimiento razonable, uno preventivo y tres correctivos.

Los indicadores que se situaron en cumplimiento razonable fueron los siguientes: "Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel"; "Porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas"; "Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel" y el indicador "Promedio de productos por investigador institucional".

Los resultados de estos cuatro indicadores se debieron al cumplimiento de las siguientes acciones.

- Se publicaron 61 artículos científicos de los cuales 19 fueron de alto impacto (grupo III y VII) y 42 artículos del grupo I y II.
- Además, se cuenta con un total de 22 investigadores en el Sistema Institucional o en el Sistema Nacional de Investigadores, de los cuales seis son investigadores institucionales de alto nivel (D-E-F, más SNI). Alcanzando un promedio de productos por investigador institucional de 2.3 y de productos por investigador institucional de 1.5.

El indicador que se situó en semáforo preventivo fue:

"Porcentaje de ocupación de plazas de investigador". La causa se debió a que se tuvo un cumplimiento del 93.3% con respecto a la meta programada de 100%, porque se tuvieron 14 plazas de investigadores en ciencias médicas ocupadas de las 15 plazas autorizadas, como consecuencia de la baja de una plaza de investigadora en Ciencias Médica "B".

El indicador que se situó en semáforo correctivo fue:

"Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud", el indicador tuvo un cumplimiento inferior en un 80% del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, con respecto a la meta programada de 1%, debido a que solamente se autorizó y ejerció un presupuesto para investigación por un monto de \$2,650,800.

“Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud”, el indicador tuvo un cumplimiento inferior en un 41.3% en la proporción del presupuesto complementario con respecto a la meta programada de 10.9%. Este resultado se debió a que de los dos proyectos programados de recibir financiamiento por el Fondo Sectorial de Investigación para la Educación (SEP-CONACYT) solo se contó con el proyecto 242506 por un monto de \$170,000.00 y en relación al proyecto 258765 no fue liberado el recurso mientras no haya un dictamen favorable de la etapa previa por parte del CONACYT.

“Porcentaje de artículos científicos en colaboración”. Este indicador se ubicó en semáforo correctivo, derivado de una mayor productividad en artículos científicos que afectó la relación del porcentaje de artículos científicos en colaboración, alcanzando un cumplimiento del 16% con respecto a la meta programada de 80% en artículos científicos en colaboración. A pesar del incremento en el número de artículos científicos del 52.5%, con respecto a la meta programada de 40 artículos científicos y del 28.1% en los artículos científicos institucionales publicados en colaboración, con respecto a la meta de 32 artículos científicos programados.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 147.6 mdp.

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

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 usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos”; “Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizadas”; “Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad”; “Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizado”; “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 auditorías clínicas incorporadas” y “Promedio de días estancia”.

Los resultados de estos indicadores se debieron al cumplimiento de las siguientes acciones:



“Porcentaje de ocupación hospitalaria”

- Se aperturaron un total de 33,661 expedientes clínicos de los cuales 3,221 fueron de pacientes referidos por otras instituciones públicas de salud, principalmente de pacientes atendidos de los hospitales que no cuentan con la capacidad para resolver patologías en la consulta externa especializada. Además, se continúa recibiendo a pacientes referidos afiliados al Seguro Popular.
- Se encuestaron a un total de 600 usuarios en atención ambulatoria, de los cuales 578 usuarios manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos.
- Se realizaron un total de 168,433 sesiones de rehabilitación especializadas, beneficiando la recuperación de 168,433 pacientes que le permite reintegrarse a sus labores habituales.
- Se realizaron un total de 394 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad y 394 procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad. Lo que permitió confirmar una impresión diagnóstica y dirigir un tratamiento con un mayor porcentaje de éxito para el paciente.
- Se encuestaron a un total de 600 usuarios en atención hospitalaria, de los cuales 578 usuarios manifestaron una calificación de percepción de la satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos.
- El Comité del Expediente Clínico, revisó un total de 921 expedientes clínicos; de los cuales, 830 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.
- Los tópicos abordados en las tres auditorías clínicas que se desarrollaron fueron los siguientes: 1) Prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en el servicio de Medicina Interna, 2) Seguimiento de la evaluación del dolor en el servicio de Urgencias, y 3) Evaluación de los criterios para la adecuada toma de muestras: biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación, en el servicio de Cirugía General, los resultados de estos tópicos permitieron identificar áreas de oportunidad y mejorar procesos de atención.
- El número de días estancia registrado fue de 5.8 días. Este resultado se debió a las patologías crónicas degenerativas y de alta complejidad, que presentaron las y los pacientes, por lo que requirieron de mayor estancia hospitalaria.



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

“Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió a que se tuvo un cumplimiento inferior de 1.8 puntos porcentuales con respecto a la meta programada de 94%. Este resultado obedece a que se egresaron a un total de 18,453 pacientes; de los cuales 17,011 fueron por mejoría y curación como efecto de brindar atención médica oportuna e integral, lo cual permitió a los pacientes restablecer su salud satisfactoriamente.

“Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta”. La razón por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió a que se tuvo un cumplimiento inferior de 5.7 puntos porcentuales con respecto a la meta programada de 99.2%. Este resultado obedece a que se otorgaron un total de 261,044 consultas de primera vez, subsecuentes, preconsulta, mostrando una disminución del 5.8% con respecto a las 279,250 consultas programadas. El resultado de este indicador se vio afectado en su programación debido a que en octubre y noviembre de 2018, fueron remodelados los quirófanos centrales del Hospital, impactando en el otorgamiento de consulta externa, principalmente en las especialidades quirúrgicas.

“Porcentaje de ocupación hospitalarios”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió a que se tuvo un cumplimiento inferior de 0.2 puntos porcentuales con respecto a la meta programada de 87.7%. Este resultado se debió a que se incrementaron 0.7% (124,776) en el número de días paciente, con relación a la meta programada de 123,930. Este resultado obedece a que los pacientes presentaron una mayor complejidad de sus enfermedades, impactando de igual manera en el mayor número de días cama.

“Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas”. La causa por la cual este indicador se ubicó en semáforo preventivo, se debió a que se tuvo un cumplimiento inferior de 4.2 puntos porcentuales con respecto a la meta programada de 75.0%, a causa del incremento del 12.4% en el número de preconsultas otorgadas, con relación a las 11,536 programadas y del 6.2% en el número de consultas de primera vez, con relación a las 8,652 consultas programadas. Estos resultados se debieron a que la Institución cuenta con recursos humanos e infraestructura adecuados para atender a un mayor número de pacientes que solicitan atención de preconsulta y de valorar oportunamente a los pacientes que requieren de atención médica de primera vez de especialidad.



Con relación al indicador “Tasa de Infecciones Nosocomiales (por mil días estancia hospitalaria)”, a pesar de que este indicador se ubicó en semáforo preventivo el resultado fue satisfactorio debido a que durante el periodo de enero a diciembre de 2018, la tasa bajó de 5.1 a 4.8, observando una disminución de 0.3 décimas porcentuales. Este resultado se debió a que durante el 2018 se implementaron estrategias para la prevención y control de las Neumonías Asociadas a Ventilación (NAV), consistentes en: estandarización de la limpieza, desinfección y esterilización de las hojas de microscopio; estandarización de la limpieza y desinfección de los ventiladores mecánicos; capacitación al personal sobre las medidas preventivas para NAV y, reestructuración de los paquetes de medidas preventivas.

En este programa, el gasto total ejercido fue de 1,470.7 mdp.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

1. Calidad y Apoyo a la Atención

1.1 Incidentes relacionados con la seguridad del paciente

Tipo de Evento	2016	2017	2018
Adversos (Incluye úlceras por presión)	906	1,049	1,245
Cuasi-falla	7	30	30
Centinela	35	33	47
Otros (Reacciones a Hemoderivados)	8	3	1
Total	956	1,115	1,323

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se registraron un total de 1,323 eventos relacionados con la seguridad del paciente (cuasifallas, eventos adversos, eventos centinela), presentando un incremento del 18.6% con respecto a los 1,115 reportados durante el mismo periodo de 2017. Este resultado se debe a la concientización y sensibilización del personal en cuanto al reforzamiento de la notificación del evento adverso, la cual es voluntaria, anónima y no punitiva; logrando crear entornos seguros para los pacientes.

Durante el 2018, la razón de eventos adversos fue de 1:14 al haberse registrado 17,993 ingresos hospitalarios y 1,323 incidentes relacionados con la seguridad del paciente; es decir, por cada 14 ingresos se reportó un incidente. Debido a este resultado, es necesario fortalecer la notificación de los eventos relacionados con la atención a la salud ya que la Organización Mundial de la Salud y el Estudio IBEAS 2010 refieren que uno de cada diez pacientes, sufre algún daño debido a la atención médica que recibe.

Considerando el marco referencial internacional, la Organización Mundial de la Salud y el Estudio IBEAS 2010 que refieren que 1 por cada 10 pacientes sufre algún daño debido a la atención médica que recibe, es necesario fortalecer la notificación de los eventos relacionados con la atención a la salud.

La siguiente tabla muestra las áreas que notifican los eventos adversos en las diferentes áreas del Hospital:

Área	2016	2017	2018
Enfermería	709	609	1,037



Personal médico	151	463	276
Farmacovigilancia	96	43	10
Total	956	1,115	1,323

Los resultados de la tabla anterior, reflejan la colaboración de la Jefatura de los servicios de Enfermería al lograr transmitir la cultura del reporte y análisis con un enfoque centrado en el problema, debido a que el personal de enfermería es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente.

Además, se realizó un cambio en la forma de registrar los eventos en el paciente, es decir; si en 2017 un paciente desarrollaba tres úlceras por presión solo se generaba un reporte, no así en 2018 donde se genera una por cada úlcera.

Por otra parte, se continúa trabajando con el personal médico adscrito y en formación en la notificación y cultura del reporte; para fortalecer la seguridad del paciente.

Durante el periodo de reporte, se realizó el siguiente análisis de los eventos adversos por el Equipo Multidisciplinario para el Análisis del Evento Adverso (EMAEA) quien sesionó en 19 ocasiones.

Caso	Acciones de mejora
Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento del Programa Integral de Higiene de Manos y del Programa de Limpieza y Desinfección de Equipo. Programa Integral para la Prevención y Reducción de Neumonías Asociadas a Ventilación NAV (promoción, capacitación, seguimiento, evaluación, insumos, antisépticos y calidad del agua). Protocolo de atención a NAV
Gastroenteritis Por Clostridium Difficile	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento de las medidas de contención frente a un brote. Colaboración con el Comité del Expediente Clínico para mejorar el cumplimiento a la NOM 004-SSA3-2012.
Infección Incisional Profunda	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxis antibiótica para la prevención de infección de herida quirúrgica.
Falla en la bomba de circulación extracorpórea	<ul style="list-style-type: none"> Colaboración con el Comité de Tecnovigilancia en el Análisis de Eventos Centinela. Protocolos de registro, supervisión y seguimiento de los equipos que ingresan al Hospital.
Falta de equipo para cirugía programada	<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento de compra directa y proveedores Procedimiento de compra/renta de equipo o material por parte del paciente – Comité de Tecnovigilancia.

Las acciones de mejora implementadas, se desarrollan de manera permanente en beneficio de la seguridad de los pacientes.

1.2 Certificación por el Consejo de Salubridad General

Con el propósito de avanzar en el proceso de Certificación Hospitalaria, se gestionó la capacitación ante el Consejo de Salubridad General (CSG), directivos del Hospital y personal líder involucrado en el proceso de certificación.

Como resultado de la capacitación, se obtuvo mayor conocimiento sobre la importancia del Modelo de Seguridad del Paciente que establece el CSG.

Se logró la integración y validación del 90% de la fase documental conforme a lo establecido por el Manual para la Certificación Hospitalaria 2015 del CSG. Con lo cual se fundamenta la implementación de los procedimientos descritos.

Respecto a las visitas diagnóstico, la División de Calidad realizó dos, una de ellas para elaborar la autoevaluación de los estándares para la certificación hospitalaria. Y la segunda, específica del Sistema de Prevención y Control de Infección, identificando áreas de oportunidad y generando planes de acción en las áreas evaluadas (lavandería, cocina, quirófano, central de quipos y esterilización).

Se realizaron 143 reuniones multidisciplinarias para la revisión y elaboración de 94 acciones de mejora, en el desarrollo de directrices y/o políticas, procedimientos y creación de formatos, con la finalidad de cumplir conforme a lo solicitado en cada uno de los estándares, para implementar el Modelo en Hospitales con asistencia a dos cursos en el Hospital Juárez del Centro y en el Hospital General de México, respectivamente, más dos sesiones de resolución de dudas con el Consejo de Salubridad General.

1.3 Acreditaciones

Con el propósito de beneficiar a pacientes con diagnóstico de Hepatitis Crónica tipo C, el Hospital Juárez de México, logró obtener la acreditación de la cédula en este padecimiento, con una calificación de 98.1; con lo cual se incrementa la oferta de servicios.

Se cuenta con un total de ocho cédulas vigentes que se reacreditaron en 2018:

- Cáncer de próstata
- Cáncer de mama
- Cáncer cervicouterino



- Linfoma no Hodgkin
- Tumores dentro y fuera del Sistema Nervioso Central
- Hematopatías Malignas
- Establecimientos de Segundo Nivel (CAUSES)

Durante el periodo de reporte, se inscribieron las siguientes cédulas al Programa Anual de Acreditación:

- Implante coclear
- Trasplante de médula ósea
- Neonatos con insuficiencia respiratoria y prematurez
- Cáncer de colon y recto
- Tumor ovárico germinal y epitelial
- Atención oftalmológica en CAUSES
- Trasplante de córnea
- Infarto agudo al miocardio
- Cáncer de testículo

1.4 Aval Ciudadano

En relación a este tema el Hospital Juárez de México, se integró al Sistema de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno, durante el periodo de enero a diciembre se realizaron 482 encuestas por el monitor institucional y 443 encuestas por el Aval Ciudadano, obteniendo los siguientes resultados

Indicador	Porcentaje de Satisfacción		
	Aval Ciudadano	Unidad	Estándar institucional
Tiempo de espera	100	88.3	85
El médico le permitió hablar sobre su estado de salud	99.6	92	85
El médico le explicó sobre su estado de salud	96.6	94.1	85
El médico le explicó sobre el tratamiento a seguir	88.8	92	85
El médico le explicó sobre los cuidados a seguir	88.8	90.9	85
En relación a la información que le dio el médico	100	93.6	85
El trato recibido en esta unidad	100	94.6	95

Como se observa en la tabla, el Aval Ciudadano obtuvo porcentajes mayores a los registrados por la institución, declarando al Hospital como Unidad Avalada en transparencia de la información.



1.5 Sistema Unificado de Gestión

El desarrollo del Sistema Unificado de Gestión (SUG) en el Hospital, ha permitido construir canales de comunicación efectivos, entre los usuarios, la sociedad y la Institución.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se registraron un total de 465 solicitudes que fueron entregadas en el módulo del SUG, en el Órgano Interno de Control y los buzones de calidad.

Notificación	2017-2	2018
Quejas	226	359
Sugerencias	6	25
Felicitaciones	51	81
Total	283	465

Como se observa en la tabla anterior se muestra un incremento del 64.3 en el número de notificaciones, este resultado se debió a que en el periodo de 2017 no se contaba con un área física en la que las /los usuarios presentaran sus inconformidades.

Motivo de quejas

	2017-2	2018
Atención Médica	45	102
Trato Digno	36	48
Áreas administrativas	61	60
Comunicación e Información	15	47
Cuidados de enfermería	9	23
Lista y Tiempo de espera	38	31
Confort y seguridad	8	17
Atención a la Mujer	0	11
Trabajo Social	9	12
Discriminación	3	6
Otro	2	1
Surtimiento de medicamentos	0	1
Total	226	359

En el cuadro anterior, se presentan los motivos de queja en el cual se muestra que el mayor número de quejas recibidas se debe a la atención médica, el trato digno, Áreas administrativas, Comunicación e información y Cuidados de enfermería; por lo cual, para fortalecer la percepción de los usuarios respecto a la calidad recibida

durante su estancia en el Hospital, se han implementado las siguientes acciones de mejora:

1. Capacitación a 500 profesionales de la salud en temas relacionados con trato digno al paciente, con enfoque incluyente LGBTTTI y respeto y tolerancia a los usuarios; por lo que se espera que durante el 2019, se reduzca el número de quejas por discriminación.
2. Resolución inmediata al 83% de las quejas recibidas a través de la implementación del programa “Atención inmediata a quejas”.
3. Se notificó el resultado de la solicitud de atención (quejas y/o sugerencias) en un 97% de los casos, fortaleciendo la comunicación con el usuario al dar seguimiento a su queja.
4. Se implementó la mesa de análisis en la que participa el cuerpo directivo del Hospital para dar seguimiento a las quejas no resueltas o que requieren una intervención focalizada debido a su complejidad, para dar solución satisfactoria a la inconformidad de los usuarios.

1.6 Auditoría Clínica

Respecto al tópico, "Medición de Medidas preventivas en Neumonías Asociada a Ventilación Mecánica" conforme a los resultados obtenidos en la auditoría clínica y de acuerdo a las observaciones realizadas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, se desarrolló el Plan integral para la prevención y reducción de Neumonías asociadas a ventilación mecánica, el cual fue implementado en la Unidad de Cuidados Intensivos, con resultados favorables (reducción de la tasa de NAV en un 23%). Este plan se encuentra en fase de implementación en las áreas de hospitalización.

Por otro lado, derivado del tópico “Traslado del paciente en estado crítico”, se sugirieron estrategias de difusión y capacitación a los profesionales de la salud del protocolo de traslado, a fin de mejorar el apego en las áreas críticas.

En relación al tópico “Evaluación del dolor en el servicio de urgencias”, se emitieron diversas sugerencias de mejora en los servicios, a saber: referir en las notas médicas las evaluaciones que realiza el personal de enfermería y evaluar la posibilidad de adecuar el formato “Plan Integral de Enfermería” para registrar evaluaciones de dolor adicionales a las ya establecidas.

En relación al tópico “Evaluación de los criterios para la adecuada toma de muestras: Biometría Hemática, Química Sanguínea y Tiempos de Coagulación en el Servicio de Cirugía General” se ha sugerido que en las notas médicas se especifique qué estudio(s) se hará(n) y su motivo, y no solamente en las

indicaciones, esto a fin de evitar la realización de estudios innecesarios con el consiguiente gasto.

2. Centro de Integración de Informática Médica de Innovación Tecnológica (CIIMEIT)

Con la actualización tecnológica del equipo activo de red, equipo de procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y equipo de videoconferencias, permitirá al Hospital gestionar la modernización de la tecnología informática y sistemas de información de registro electrónico que favorezca tener información oportuna que sirva a la mejora de la gestión hospitalaria.

Con el objetivo de tener un equipo de capacidad necesaria para respaldar la información de mayor relevancia, se elaboró el anexo técnico de solución tecnológica de servicios administrados de infraestructura de almacenamiento de datos del HJM y se actualizó el anexo técnico del Proyecto de Servicios Administrados de Arrendamiento de Equipos de cómputo.

Se concluyó con el proceso de migración del sitio GOB.MX y se brindó atención a 110 solicitudes de actualización de información dentro del Portal Institucional en las siguientes secciones: homologación y actualización en 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. De igual manera, se generaron hipervínculos para los portales del SIPOT, Datos Abiertos y hospedaje de información.

La disponibilidad y funcionamiento de acceso a la red de datos institucional y el acceso al servicio de intranet de la red NIBA fue del 100%.

En lo referente al Sistema de Información Básica en Materia de Salud (SIMBA), se actualizaron perfiles de siete usuarios requerido por el servicio de Estadística.

En atención al proyecto de Ventanilla Única del portal GOB.MX, se desarrollaron dos trámites en conjunto con las áreas de Banco de Sangre y Trabajo Social; aplicando la gráfica base del Portal GOB.MX.

Referente al cumplimiento del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y de Seguridad de la Información (MAAGTICSI), se realizaron las siguientes actividades:



Proceso	Porcentaje de cumplimiento 2018
Planeación estratégica (PE)	100
Administración del presupuesto y las contrataciones (APCT)	100
Administración de servicios (ADS)	42
Administración de la configuración (ACNF)	100
Administración de la seguridad de la información (ASI)	73
Administración de proyectos (ADP)	50
Proceso de administración de proveedores (APRO)	0
Administración de la operación (AOP)	100
Operación de los controles de seguridad de la información y del ERICS (OPEC)	17

3. Unidad de Transparencia

Cumplimiento de la Ley General y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

3.1 Solicitudes de Información.

Al cierre del ejercicio 2018 se recibieron 328 solicitudes de información siendo el tiempo de respuesta de 8.3 días.

3.2 Recursos de revisión ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

Se tuvieron dos recursos de revisión, los cuales fueron sobreseídos.

3.3 Acciones de Protección de Datos Personales.

Se elaboraron y actualizaron siete avisos de privacidad para su difusión a través de carteles y el portal institucional.

Se llevó a cabo un inventario de datos personales mediante la detección de sistemas de tratamiento y un análisis de riesgo.

3.4 Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia de la Plataforma Nacional de Transparencia (SIPOT).

Se realizó la carga de información en los periodos establecidos en la Ley General y Federal de Transparencia en la Plataforma Nacional del INAI.

Se recibieron dos verificaciones por parte del INAI:

- a) Verificación diagnóstica a las obligaciones de transparencia establecidas en los Artículos 68, 69, 74, 75 y 76 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Se emitieron cinco observaciones por parte del INAI, mismas que fueron solventadas en tiempo y forma.

- b) Verificación con efectos vinculantes a las obligaciones de transparencia establecidas en los artículos 70, 71, 80 y 82 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
Se recibió por parte del INAI una calificación del 76.7 al cumplimiento de las obligaciones de transparencia y la atención de observaciones que fueron atendidas en tiempo y forma.

3.5 Sesiones del Comité de Transparencia.

Se llevaron a cabo seis sesiones de las cuales cuatro fueron ordinarias y dos extraordinarias.

3.6 Resoluciones del Comité de Transparencia.

Se emitieron cinco resoluciones en las que se aprobaron versiones públicas (contratos y facturas) con la finalidad de proteger los datos personales en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia, por contener información confidencial concerniente a datos personales y una ampliación de plazo.

3.7 Informes trimestrales al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Se remitieron al Instituto los informes correspondientes al cierre de 2018:

Fracción IV.- Reporte de solicitudes de información.

Fracción VIII.- Denuncias y solicitudes de intervención formuladas por el INAI ante los Órganos Internos de Control.

Fracción IX.- Directorio del Comité de Transparencia.

Fracción XI.- Expedientes reservados.

Fracción XII.-Capacitación en materia de transparencia y protección de datos personales.

Fracción XIII.- Denuncias, quejas, solicitudes de intervención o equivalentes, formuladas por el Comité de Transparencia ante el Órgano Interno de Control.

Fracción XIV.-Reporte de las acciones, mecanismos y políticas que se hayan emprendido, por el Comité y la Unidad de Transparencia.

Fracción XV.-Descripción de las dificultades administrativas, normativas y operativas en el cumplimiento de las disposiciones legales en la materia.

Fracción XVI.- Información relevante.



3.8 Guía de Gobierno Abierto (Transparencia Focalizada).

Se remitieron a la Unidad de Políticas de Apertura Gubernamental y Cooperación Internacional de la Secretaría de la Función Pública, los cinco anexos que conforman la Guía de Gobierno Abierto 2018.

Se publicaron y difundieron seis temas de información de interés público para el ejercicio 2018:

- Tabulador de cuotas de recuperación.
- Programa de Seguro Popular.
- Cita de donación de sangre.
- Agenda tu cita para elaboración de estudio socioeconómico.
- Solicitudes de información.
- Información básica para familiares de pacientes de urgencias: adultos, pediatría y ginecología.

Se publicó una encuesta abierta que se difundió mediante circular y redes sociales para evaluar la utilidad de los temas y detectar las necesidades de información.

3.9 Capacitación en Materia de Transparencia.

Se recibió el Reconocimiento como institución y Comité de Transparencia por el 100% de capacitados en la materia.

No.	Modalidad	Título	Personal capacitado	Área
1	En línea a través de CEVINAI	Introducción a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados	73	Directores de Área, Subdirectores, Jefes de División, Jefes de Departamento y Jefes de Servicio
2	En línea a través de CEVINAI	Clasificación y Desclasificación de la Información	11	Directores de Área, Jefes de División, Jefes de Departamento y Jefes de Servicio
3	En línea a través de CEVINAI	Guía Instructiva SIPOT	1	Coordinadora de la Unidad de Transparencia.
4	En línea a través de CEVINAI	Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	1	Unidad de Transparencia
5	En línea a través de CEVINAI	Ética Pública	11	Jefes de Servicio
6	Presencial INAI	Sesión de acompañamiento para la carga en el SIPOT, impartida por el INAI	3	Subdirección de Recursos Humanos, Departamento de Abastecimiento y Unidad de Transparencia.



7	Presencial INAI	Curso de Formación de Instructores	2	Unidad de Transparencia
8	Presencial INAI	Taller de Planeación de la RED por una Cultura de Transparencia	2	Unidad de Transparencia
9	Recursos Propios (Impartida por personal de la Unidad de Transparencia)	Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos Personales	47	Personal médico
10	Recursos Propios (Impartida por personal de la Unidad de Transparencia)	Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	104	Personal médico
11	En línea a través de CEVINAI	Descripción Archivística	11	Directores de área, Jefes de División, Jefes de Departamento y Jefes de Servicio

4. Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional

Derivado de la estrategia para fortalecer y desarrollar herramientas que permitan favorecer la toma de decisiones con información oportuna, veraz y confiable; que conlleven al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se contribuyó en la revisión, análisis, elaboración y entrega de los siguientes informes:

- Programas anuales de trabajo 2018 de las Direcciones de Área y de la Dirección General.
- Informes de autoevaluación del Director General, semestral y anual
- Reportes de gestión del periodo enero-marzo 2018 y enero-septiembre de 2018.
- Informe del Sistema de Evaluación del Desempeño que forma parte del informe de autoevaluación semestral y anual.
- Reporte de los resultados de los indicadores de desempeño que conforman 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", trimestral, semestral y anual, y la evaluación del cumplimiento de metas a través del Modelo Sintético de Información de Desempeño.
- Informe del Presupuesto Basado en Resultados del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM), correspondiente al primer, segundo, tercer y cuarto trimestre de 2018, en específico en el PbR 3 y 4.



- Reporte del Programa de Trabajo del Control Interno, particularmente a los elementos de control 1, 2 y 30, correspondientes al 2018.
- Acta ejecutiva de la H. Junta de Gobierno de la primera, segunda, tercera y cuarta sesión ordinaria 2018 y primera sesión extraordinaria 2018.
- Carga de información de los artículos 70 fracciones IV, V, VI, XXIX y XXXVIII A) y B), y 71 fracción I A) en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia, en cumplimiento a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Informe de rendición de cuentas 2012-2018, apartado II incisos b) y c), correspondientes a la primera, segunda y tercera etapa.

5. Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

En relación al rubro de Hospital Seguro, se dio seguimiento a la atención de las observaciones emitidas en 2016 por el Comité Nacional de Evaluación Diagnóstica y Certificación del Programa Hospital Seguro, permaneciendo pendientes por atender cuatro.

Numeral	Observación	Área responsable	Acciones
28. Seguridad del sistema público de comunicaciones. Grado de seguridad: bajo	No cuenta con sistema de Comunicación Pública. Se recomienda establecer sistema de comunicación pública.	Proveedores de Telecomunicaciones/CIIMEIT	Se pide utilizar la frecuencia de radio otorgada por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para su reactivación y la evaluación de soluciones tecnológicas para la adquisición, instalación y puesta a punto de bases de radio, repetidor y radios portátiles para contar con la infraestructura necesaria y los medios de comunicación externa.
31. Sistema alternativo de abastecimiento de agua adicional a la red de distribución principal. Grado de seguridad: bajo	No se cuenta con la evidencia documental para la gestión del apoyo del suministro de agua.	Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Se gestionó con la Alcaldía de la Gustavo A. Madero que en caso de contingencia, se mantenga el abasto del vital líquido o bien el suministro por medio de pipas enviadas por dicha Alcaldía.
53. Computadoras e impresoras con seguro. Grado de seguridad bajo	Se recomienda anclar los equipos de cómputo e impresoras ya que todos están sueltos.	Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro. Subdirección de Conservación y Mantenimiento CIIMEIT.	En proceso de adquisición de dispositivos para fijar los equipos de cómputo e impresoras
68. Sustituir los ventanales por aquellos con sistemas de alta seguridad de acuerdo con sus amenazas	No cuentan con película anti estillamiento, la mayoría de las ventanas.	Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro. Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Se realizó un levantamiento para conocer el total de ventanas y metros de película de seguridad que se requieren, para solicitar la compra y atender esta observación.



externas enfocándose en áreas críticas Grado de seguridad medio			
--	--	--	--

En cuanto a Protección Civil y con la finalidad de proteger a la persona, sociedad y su entorno ante la eventualidad de los riesgos que representan los peligros naturales o antropogénicos, se fortalecieron las ocho brigadas institucionales con un total de 178 brigadistas voluntarios.

Se brindó capacitación para fortalecer los conocimientos a través de cursos y pláticas a los servidores públicos del Hospital en temas de evacuación, combate de incendio y primeros auxilios, búsqueda y rescate, atención masiva de pacientes, protección civil, uso y manejo de extintores, rescate y salvamento, y evacuación en caso de sismo con y sin alerta sísmica; con la finalidad de fortalecer sus destrezas.

El Comité de Atención para Emergencias y Desastres, realizó 11 sesiones ordinarias con la finalidad de establecer y coordinar las actividades a realizar en caso de un desastre que implique la recepción masiva de heridos, derivado de una emergencia o desastre.

Durante enero a diciembre de 2018, se desarrollaron seis simulacros con diferentes hipótesis, cuatro más con relación a los registrados en el mismo periodo de 2017.

Hipótesis de Simulacros	Número de simulacros 2017	Hipótesis de Simulacros	Número de simulacros 2018
Amenaza de Bomba	1	Incendio	1
Movimiento Telúrico	1	Movimiento Telúrico	3
		Atención Masiva de Pacientes "Código Juárez".	1
		Robo de Infante	1
Total	2	Total	6

Se realizó la planeación y organización para efectuar el Primer Simulacro "Atención Masiva de Pacientes", activando el Programa Interno para la Atención de Emergencias y Desastres, con el propósito de poner a prueba la capacidad de respuesta ante el envío masivo de heridos derivado de alguna emergencia, desastre natural o antropogénico, con una participación de un equipo multidisciplinario de 180 trabajadores del hospital, contando con observadores

externos enviados por la Dirección General de la Coordinación de Hospitales Federales de Referencia y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, emitiendo una evaluación satisfactoria.

En el simulacro de “Incendio”, participaron 58 brigadistas, evacuando a 200 personas.

En los ejercicios de simulación “Movimiento Telúrico”, se contó con una participación de 51 brigadistas y se evacuaron a un total de 2,425 personas; dando prioridad a la acción de repliegue, para atender la solicitud realizada por parte de la Dirección de Protección Civil de la Ciudad de México.

En el simulacro de “Robo de Infante”, participaron un total de 25 personas de las áreas de enfermería, servicios generales, vigilancia y brigadas institucionales.

Con respecto al Comité de la Unidad Interna de Protección Civil, se realizaron cinco sesiones de trabajo, cuatro ordinarias y una extraordinaria.

En las sesiones se abordaron temas relacionados a temas de capacitación, desarrollo de simulacros, toma de decisiones en previsión, prevención y mitigación de riesgos, así como las responsabilidades de cada uno de los integrantes del Comité en caso de la activación de algún protocolo de emergencia.

6. Servicio de Estadística Hospitalaria

Con el propósito de coadyuvar con la alta dirección para el análisis de información, toma de decisiones y programación de metas, se establecieron mecanismos para favorecer la confiabilidad de la información a través de conciliaciones con las áreas generadoras y favorecer en la actualización de los bancos de datos del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

La implementación de estos mecanismos permitirá que las actividades relacionadas a la integración proceso y a la generación de la información de los servicios médicos se fortalezca en ser veraz, oportuna y confiable.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se realizó la codificación con base en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.^a Revisión, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a Revisión Modificación Clínica, respectivamente; teniendo un tiempo promedio de captura y codificación de 1.5 días de un total de 372,785 diagnósticos y causas externas, 89,983 procedimientos.

Además de la captura de 282,638 registros correspondientes a las atenciones médicas otorgadas.

El servicio de estadística contribuyó al cumplimiento de las siguientes actividades:

- Se atendieron 68 solicitudes de información, de las cuales 25 fueron a través de la Unidad de Transparencia y 43 de servicios diversos.
- Se elaboraron 12 informes estadísticos mensuales, cuatro trimestrales, dos semestrales y uno anual.
- Se integró y procesó información para elaborar cinco informes de la Matriz de Indicadores para Resultados del programa presupuestal E023 “Atención a la Salud”.
- Se realizó en tiempo y forma la carga de información del artículo 70 fracción XXX en el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia, de la Plataforma Nacional de Transparencia.
- Se modificó la plantilla de captura para consulta externa en apego a la Guía de Intercambio de Información en Salud referente al Reporte de Información al Subsistema de Prestación de Servicios “SIS”- consulta externa, la cual se reporta en el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA).

7. Servicio de Informes y Hospitalidad

Con el propósito de que pacientes y familiares obtengan un servicio integral, se realizaron una serie de actividades interrelacionadas que permitieron la satisfacción de 132,495 solicitudes.

A través de la cita telefónica de primera vez se dio atención a 1,134 usuarios.

En el módulo de informes en urgencias se brindó orientación a 39,861 pacientes y familiares, que representa el 30% con respecto a las 132,495 atenciones brindadas por este servicio.

Las solicitudes de orientación en el servicio de Urgencias se clasificaron de la siguiente manera:

Tipo de solicitud	Módulo de Urgencias
Consulta de primera vez adulto	12,755
Consulta de primera vez Ginecología-Pediatría	2,790
Servicios diversos	24,316
Total	39,861

El módulo de informes ubicado en el vestíbulo principal brindó orientación a 92,634 pacientes y familiares orientación, que representa el 70% del total de las atenciones brindadas por el Hospital en 2018.

Las atenciones brindadas por este servicio se clasificaron de la siguiente manera:

Tipo de solicitud	Módulo de Vestíbulo Principal
Consulta de primera vez adulto	29,643
Consulta de primera vez Ginecología-Pediatría	6,484
Servicios diversos	56,507
Total	92,634

Otros Aspectos.

Logros de la Dirección de Planeación Estratégica

- Fortalecimiento de la Dirección integrando las áreas de Estadística Hospitalaria, e Informes y Hospitalidad; para la mejora de la gestión hospitalaria beneficiando a la población usuaria.
- El proyecto de renovación integral de infraestructura tecnológica, alcanzó un 85% de su implementación.
- Consolidación del Sistema Unificado de Gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones por parte de los usuarios.

Debilidades de la Dirección de Planeación Estratégica

- Falta de recursos para la modernización de la tecnología informática y sistemas de información de registro electrónico, que permita tener información oportuna que sirva a la mejora de la gestión hospitalaria.
- Falta de personal con perfil profesional de acuerdo a las metas y objetivos de la institución.
- Falta de compromiso de las Direcciones de área para integrar los informes que se presentan a diferentes instancias.

Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Dirección de Planeación Estratégica

Durante el 2018, los indicadores que tuvieron un desempeño satisfactorio fueron los siguientes:

Porcentaje de casos analizados de los eventos de violencia entre y hacia los trabajadores; Porcentaje de sesiones realizadas por el EMAEA; Porcentaje de quejas atendidas de los usuarios, Porcentaje del uso del tablero de indicadores hospitalarios, Porcentaje de personal brigadista capacitado; Porcentaje de



personas del Hospital capacitadas en temas de seguridad hospitalaria; Porcentaje de auditorías diagnósticas para la implementación del modelo del Consejo de Salubridad General, Porcentaje de informes realizados para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina, Porcentaje de informes realizados para la modernización en infraestructura y tecnología, y Porcentaje de publicaciones de Datos abiertos.

Los resultados se debieron a la realización las siguientes acciones:

Se impartieron 17 cursos-taller relacionados con el manejo de la violencia, donde se capacitaron a 184 servidores públicos de las áreas de planeación y trabajo social. Asimismo y con la finalidad de que los trabajadores puedan detectar, prevenir y actuar en caso de algún evento de agresión o violencia, se difundió el “Procedimiento a seguir por el personal de salud en caso de recibir agresión en ejercicio de sus funciones por usuarios, familiares o acompañantes”. Por lo que al periodo de reporte, no registro ningún caso de violencia entre y hacia los trabajadores.

El EMAEA realizó 19 sesiones, una más con relación a las 18 programadas; en las cuales se analizaron eventos centinela y se generaron acciones de mejora en aspectos relacionados con neumonías asociadas a ventilación mecánica, infección por *Clostridium Difficile*, infección incisional profunda y eventos relacionados con el equipo médico. Igualmente el trabajo de este equipo permitió identificar áreas de oportunidad y no culpables, generando mejoras hacia los procesos asistenciales, administrativos y de recurso humano.

Con el propósito de contar con una sola vía para recibir y registrar las quejas de los pacientes, familiares, visitantes y trabajadores, se implementó el Sistema Unificado de Gestión, a este respecto, se recibieron un total de 359 quejas; de las cuales 91 fueron atendidas de forma inmediata y a 268 se dio seguimiento de atención, quedando al cierre del periodo únicamente 35 en proceso.

La implementación de la herramienta del uso del tablero de indicadores hospitalaria, fue consultada por 20 usuarios de las áreas de: Unidad de Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección Médica, Dirección de Administración y Dirección de Investigación.

Con el propósito de mejorar los conocimientos de los brigadistas para apoyar a la población dentro del Hospital incluyendo pacientes, familiares, visitantes y trabajadores, se capacitaron a 178 brigadistas en temas relacionados con evacuación, combate de incendio y primeros auxilios, búsqueda y rescate, atención



masiva de pacientes, protección civil, uso y manejo de extintores, rescate y salvamento, y evacuación en caso de sismo con y sin alerta sísmica.

Con el objetivo de que los trabajadores del hospital conozcan la importancia de saber cómo actuar antes, durante y después de un desastre, no solo dentro de la Institución sino en cualquier escenario, se capacitaron a 2,227 trabajadores del Hospital, en temas de seguridad hospitalaria mostrando un incremento de 22.9% con respecto a los 1,258 personal programado.

Las auditorías diagnósticas para la implementación del modelo del Consejo de Salubridad General; permitieron identificar áreas de oportunidad en las que se reforzaron las acciones relacionadas con el control de las infecciones asociadas con atención a la salud como: control de las actividades de mantenimiento al equipo biomédico, manejo de material y dispositivos médicos desechables, actualización del programa de lavado e higiene de manos, revisión del manejo adecuado de la ropa, mejoramiento del procedimiento para el control de infecciones en obras en remodelación, construcción o demolición y adecuación de las directrices para la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias que mejoren la atención al paciente.

De acuerdo al indicador Porcentaje de informes realizados para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina se cuenta con un listado de costos estimados relacionado con Tecnologías de la Información para la Biblioteca Virtual para integrar el proyecto de inversión.

En lo referente al indicador Porcentaje de informes realizados para la modernización en infraestructura y tecnología, se cuenta con el proyecto para la implementación y ejecución de la renovación integral de infraestructura tecnológica, actualización tecnológica del equipo activo de red, procesamiento de datos, red inalámbrica, conmutador, equipo telefónico y de videoconferencias del Hospital. Asimismo, se cuenta con dos informes relacionados con los avances de dicha implementación. Lo anterior, permite al Hospital estar a la vanguardia en temas de tecnologías de la información y comunicaciones que impacta a la atención, a la enseñanza y a la investigación.

Con el propósito de beneficiar a la ciudadanía con información útil y actualizada, el Hospital publicó seis temas relacionados con: tabulador de cuotas de recuperación; programa de Seguro Popular; cita de donación de sangre; agenda tu cita para elaboración de estudio socioeconómico; información básica para familiares de pacientes de urgencias (adultos, pediatría y ginecología), con esta herramienta los usuarios desde cualquier dispositivo con acceso a internet podrán consultar los costos de los servicios del Hospital, los requisitos para afiliarse al



Seguro Popular, agendar cita para acudir a donar sangre y realización del estudio socioeconómico, sin necesidad de acudir al Hospital hasta el día de su cita y consulta de información básica de utilidad para familiares que tienen pacientes en alguno de los servicios de Urgencias.

Los indicadores que no alcanzaron la meta fueron:

En el Porcentaje de observaciones emitidas por el Comité Nacional de Evaluación, se programó atender 12 observaciones de las cuales únicamente se atendieron ocho, debido a la falta de recursos económicos.

Respecto al indicador de Porcentaje de cédulas registradas para la acreditación en el catálogo de CAUSES oftalmología, no se acreditó en 2018 por no alcanzar el porcentaje mínimo requerido por la Dirección General de Educación y Calidad en Salud.

En relación al cumplimiento del indicador Porcentaje de informes realizados para la implementación de un HRP, por falta de recursos financieros para contar con un sistema que permita la centralización de la administración de los recursos financieros materiales, humanos y hospitalarios; a esta línea se dará seguimiento en el siguiente ejercicio.

Respecto al indicador Porcentaje de informes realizados para la implementación de un GRP, el Hospital se adhirió al Proyecto de gestión de recursos gubernamentales Babel, liderado por la Coordinación de Hospitales Federales, mismo que se decidió probar en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", sin resultados a la fecha.



Programa de Trabajo 2018

Nombre de la Dirección de Área: Dirección de Planeación Estratégica.

Nombre del Programa Presupuestal: No Aplica.

Responsable: Dra. Mónica Alethia Curoño Díaz.

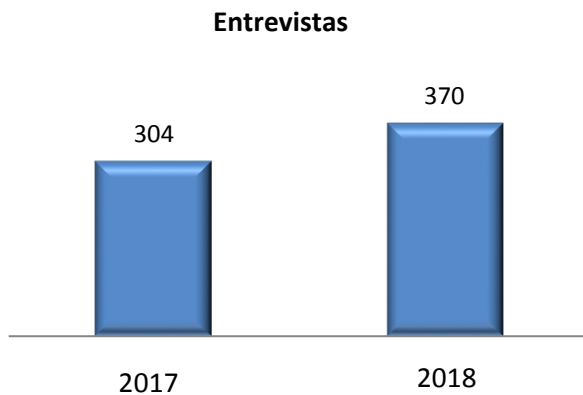
No.	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicador / Fórmula	Meta anual	Periodicidad	Presupuesto financiero	Acciones realizadas de cumplimiento
1	Contribuir al cumplimiento de los procesos de planeación, programación, evaluación y seguimiento de metas estratégicas para asegurar el logro de los objetivos y metas institucionales		1.1.1 Prevención de violencia entre y hacia los trabajadores.	Porcentaje de casos analizados de los eventos de violencia entre y hacia los trabajadores. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de eventos analizados por la División de Calidad / V2: Número de eventos remitidos a la División de Calidad x 100	$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{0}{3} \times 100 = 0\%$ Al período no se registraron eventos de violencia entre y hacia los trabajadores.
2	Continuar el abatimiento de los incidentes o eventos adversos en especial los errores por medicación y los eventos centinelas		1.1.1.3 Registro y control de eventos adversos, centinela y por medicación.	Porcentaje de sesiones realizadas por el EMAEA Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de sesiones realizadas por el EMAEA / V2: Número de sesiones programadas por el EMAEA x 100	$\frac{16}{18} \times 100 = 88.9\%$	Semestral	N / A	$\frac{19}{19} \times 100 = 100\%$ El EMAEA sesionó en 19 ocasiones, una más con relación a las 18 programadas, en donde se analizaron eventos centinela y se generaron acciones de mejora.
3	Mejorar el trato digno a los pacientes mediante la capacitación de los profesionales de la salud e implementar procesos de mejora para reducir el número de quejas		1.1.1.5 Calidad y calidez mediante la mejora del trato digno a pacientes.	Porcentaje de quejas atendidas de los usuarios Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de quejas atendidas / V2: Número de quejas recibidas x 100	$\frac{300}{300} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{359}{359} \times 100 = 100\%$ Se atendieron un total de 359 quejas, recibidas a través del Sistema Unificado de Gestión, de las cuales el 97% continúa en proceso de atención.
4	Fortalecer el uso del tablero de los indicadores hospitalarios como medio para validar la información de las áreas generadoras	1. Calidad y Seguridad	1.2.1 Desarrollo del tablero gerencial de indicadores de calidad y seguridad.	Porcentaje del uso del tablero de indicadores hospitalarios Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de jefes de división y jefes de servicio que utilizan la herramienta del tablero de indicadores hospitalarios / V2: Número total de jefes de división y jefes de servicio que se les instaló el tablero de indicadores hospitalarios x 100	$\frac{20}{52} \times 100 = 38.5\%$	Semestral y anual	N / A	$\frac{20}{52} \times 100 = 38.5\%$ Este resultado se debió a que 20 jefes de división y de servicio utilizaron el tablero de indicadores hospitalarios.
5	Definir los lineamientos o políticas de mejora de la calidad de la atención médica por medio de estrategias y herramientas de calidad apoyados con el modelo de Gestión de la Calidad del Consejo de Salubridad General, así como certificar al Hospital como hospital seguro			Porcentaje de observaciones emitidas por el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación atendidas Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de observaciones atendidas / V2: Número de observaciones emitidas por el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación de la Secretaría de Gobernación x 100	$\frac{12}{27} \times 100 = 44.4\%$	Semestral	N / A	$\frac{8}{27} \times 100 = 29.6\%$ Se atendieron ocho observaciones, quedando pendientes de solventar cuatro de ellas, referentes al sistema de seguridad No estructural
6			1.2.3 Acreditación como Hospital Seguro.	Porcentaje de personal brigadista capacitado Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de personas brigadistas capacitadas / V2: Número de personas brigadistas programadas a capacitar x 100	$\frac{112}{112} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{178}{178} \times 100 = 100\%$ Este resultado se debió a la capacitación de 66 brigadistas más, con respecto a los 112 que se tenían programados.
7				Porcentaje de personas del Hospital capacitadas en temas de seguridad hospitalaria Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 VI: Número de personas capacitadas / V2: Número de personas programadas a capacitar x 100	$\frac{1,258}{2,517} \times 100 = 49.9\%$	Semestral	N / A	$\frac{2,227}{2,227} \times 100 = 100\%$ Se capacitó a 969 trabajadores más con respecto a las 2,227 que se tenían programados, en temas de seguridad, protección civil y atención de emergencias y desastres.



8	Contribuir al cumplimiento de los procesos de planeación, programación, evaluación y seguimiento de metas estratégicas para asegurar el logro de los objetivos y metas institucionales.	1. Calidad y Seguridad	1.2.4 Acreditación completa en catálogo CAUSES aplicable.	<p>Porcentaje de cédulas registradas para la acreditación en el catálogo de CAUSES aplicable.</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de cédulas acreditadas en el catálogo de CAUSES aplicable / V2: Número total de cédulas programadas a acreditar en el catálogo de CAUSES aplicable* x 100</p>	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{0}{0} \times 100 = 0\%$ <p>0</p> <p>Durante 2019 se dará seguimiento al cumplimiento de esta línea de acción.</p>
9	Definir los lineamientos o políticas de mejora de la calidad de la atención médica por medio de estrategias y herramientas de calidad apoyados con el modelo de Gestión de la Calidad del Consejo de Salubridad General, así como certificar al Hospital como hospital seguro		1.2.5 Certificación por el Consejo de Salubridad General.	<p>Porcentaje de auditorías diagnósticas para la implementación del modelo del Consejo de Salubridad General</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de auditorías diagnósticas realizadas / V2: Número de auditorías diagnósticas programadas x 100</p>	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ <p>2</p> <p>El cumplimiento de este indicador permitió identificar las áreas de oportunidad, en las que se reforzaron las acciones relacionadas con el control de las infecciones asociadas con atención a la salud.</p>
10	Vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de tecnologías de la información para establecer las estrategias y herramientas adecuadas que permitan eficientar el desarrollo tecnológico del Hospital	2. Investigación y Enseñanza de Vanguardia	2.2.5 Implementación de la biblioteca digital y telemedicina.	<p>Porcentaje de informes realizados para la implementación de la biblioteca digital y telemedicina</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de informes de TIC'S realizados / V2: Número de informes de TIC'S programados x 100</p>	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ <p>1</p> <p>Se cuenta con un listado de costos estimados relacionados con Tecnologías de la Información para la Biblioteca Virtual, para su integración en el proyecto de inversión.</p>
11	Vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de tecnologías de la información para establecer las estrategias y herramientas adecuadas que permitan eficientar el desarrollo tecnológico del Hospital		2.2.6 Modernización en Infraestructura y Tecnología.	<p>Porcentaje de informes realizados para la modernización en Infraestructura y Tecnología</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de informes de TIC'S realizados / V2: Número de informes de TIC'S programados x 100</p>	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ <p>2</p> <p>Se cuenta con un proyecto e informe con avance relacionados con la renovación integral de infraestructura tecnológica.</p>
12	Contribuir al cumplimiento de los procesos de planeación, programación, evaluación y seguimiento de metas estratégicas para asegurar el logro de los objetivos y metas institucionales.	3. Administración Eficiente	3.2.1 Construcción de centro oncológico CIPO.	<p>Porcentaje de informes realizados para la implementación de un HRP</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de informes realizados / V2: Número de informes programados x 100</p>	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$			
13	Dirigir y fortalecer las acciones y estrategias en materia de transparencia para mejorar y facilitar el acceso a la información pública gubernamental, rendición de cuentas y protección de datos personales		5.1.1 Transparencia proactiva.	<p>Porcentaje de publicaciones de Datos abiertos realizadas</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de publicaciones realizadas / V2: Número de publicaciones programadas x 100</p>	$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$ <p>6</p> <p>En la sección de transparencia focalizada del portal institucional, se publicaron seis temas relacionados con datos abiertos.</p>
14	Vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de tecnologías de la información para establecer las estrategias y herramientas adecuadas que permitan eficientar el desarrollo tecnológico del Hospital	5. Transparencia, Comunicación y Tecnología	5.3.1 Implementación de un HRP, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<p>Porcentaje de informes realizados para la implementación de un HRP</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de informes realizados / V2: Número de informes programados x 100</p>	$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$	Anual	N / A	$\frac{0}{0} \times 100 = 0\%$ <p>0</p> <p>Durante 2019 se dará seguimiento al cumplimiento de esta línea de acción.</p>
15	Vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de tecnologías de la información para establecer las estrategias y herramientas adecuadas que permitan eficientar el desarrollo tecnológico del Hospital		5.3.2 Implementación de un GRP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	<p>Porcentaje de informes realizados para la implementación de un GRP</p> <p>Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100</p> <p>V1: Número de informes realizados / V2: Número de informes programados x 100</p>	$\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$	Semestral	N / A	$\frac{0}{0} \times 100 = 0\%$ <p>0</p> <p>Durante 2019 se dará seguimiento al cumplimiento de esta línea de acción.</p>

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 2018, participó en las siguientes actividades:



Como se observa en la gráfica, durante el 2018 se realizaron un total de 370 entrevistas, mostrando un incremento del 21.7% con relación a las 304 entrevistas realizadas durante el mismo periodo de 2017.

Este resultado se obtuvo gracias a la experiencia que se ha adquirido y a la gestión de entrevistas con los medios, debido a que el Hospital ya se encuentra posicionado como fuente de información fidedigna y referente en temas de salud.

Se cuenta con siete espacios fijos en medios de comunicación, uno en la estación Radorama que otorga al Hospital todos los lunes un espacio de promoción a la salud y otro en el Canal de la Asamblea en el programa de Nuestro Espacio Con Sentido, otro en televisión educativa en el programa Interfaz, 88.9 noticias, su médico.com con Susana Carrasco, portal Primero Salud y Pulso saludable con Liliana Noble y un espacio mensual en columna de Punto por punto.

Se cubrieron con nota periodística y fotografía 271 eventos en el Hospital, los cuales fueron publicados en el Blog, la página web y redes sociales oficiales del Hospital. Que representa un incremento del 34.1% en relación a las 202 notas de 2017.d

Se realizaron dos ruedas de prensa

- Extirpación de un tumor gigante de la cabeza y
- Fundación Rebecca de Alba y el modelo de colaboración con el HJM para la atención

Redes Sociales

Durante el periodo de enero a diciembre de 2018, se contó con 45,135 seguidores en Facebook, lo cual representa un incremento de 12,472, seguidores. Este resultado se debe a que el contenido que se publica es de interés de los usuarios y a que se actualizan diariamente.



En cuanto a Twitter se cerró el periodo de reporte con 13,674 followers , mostrando un incremento de 2,271 followers; lo que indica que su crecimiento es orgánico, es decir, que los followers que se ganan es debido a que genera interés el contenido con el que se alimenta esta red social.

Se tuvo un incremento de 109 suscriptores en Youtube, en comparación con el mismo periodo de 2017 que fue de 76. Este resultado se debió a la constante actualización de información de interés de temas de salud y a que los videos producidos por la Unidad de Comunicación Social se adecúan a un público que consulta la plataforma de videos.

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 600 materiales; así como la gestión del voceo para la difusión de actividades.

Se cubrieron mediante fotografía y video 48 sesiones académicas, y se realizó una limpieza y control de los pizarrones en el hospital.

Para fortalecer el clima organizacional y la satisfacción del personal y los pacientes, se organizaron los siguientes eventos: Día del niño; Día de la madre; Día de reyes y Día de la enfermera, Día del Padre, Día de la Secretaria, Concurso de Calaveritas, Carrera de 171 Aniversario del HJM, Cierre del Año Académico y las campañas: Día naranja, en contra de la violencia hacia la mujer, Lavado de Manos y Blindaje electoral.

Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Se brindó atención para traducción a 103 pacientes que hablan alguna de las 15 lenguas indígenas (mazahua, mazateco, mige, náhuatl, chinateco, otomí, triqui, totonaco, zapoteco, mixteco, tzeltal, huasteco, mixe, maya y amuzgo).

Otros aspectos

Logros de la Unidad de Comunicación Social

Durante el 2018 se llevaron a cabo 370 entrevistas a diferentes medios de comunicación

Se cuenta con siete espacios fijos en diferentes medios que son: radorama, pulso saludable, nuestro espacio con sentido, su médico.com, interfaz de televisión educativa, 88.9 noticias, punto por punto.



Se llevó a cabo la segunda carrera de Aniversario del HJM 171 Años de Presencia y Compromiso con la Salud, que contó con 400 asistentes.

El crecimiento de las redes sociales oficiales fue de 12, 472 seguidores en Facebook, 2,271 seguidores en Twitter y 185 suscriptores en YouTube.

Se apoyó en la logística y realización de los siguientes eventos, actividades y activaciones:

- Cri-cri con Mario Iván Martínez
- Día del médico
- Día de las madres
- Día del padre
- Día naranja
- Concurso de calaveritas literarias
- Cierre de año académico
- Memorial del 19 de septiembre
- Día del médico
- Día de la enfermera
- Día de la secretaría
- Día de los trabajadores sociales
- Exposición sobre lactancia materna
- Día del niño
- Día del donante de sangre
- Posadas para pacientes del HJM
- Simulacros (código Juárez y código rojo)
- Lavado de manos
- Blindaje electoral
- Día mundial de la diabetes

Debilidades de la Unidad de Comunicación Social

- Equipos de cómputo obsoleto.
- Falta de equipo de cómputo y de video.
- Se tiene a personal con plazas de suplencia, aún el personal no es basificado.
- Poco espacio de almacenamiento en equipo de cómputo y carencia de discos duros externos para guardar material audiovisual.
- Falta de conocimientos sobre la identidad gráfica del hospital y del gobierno entrante; por parte del personal del Hospital.



Informe del Cumplimiento del Programa Anual de Trabajo 2018 de la Unidad de Comunicación Social.

Al periodo que se informa, se presenta el cumplimiento del Programa de Trabajo 2018, de la Unidad de Comunicación Social:

Se tuvo un cumplimiento del 160.86% del Porcentaje de entrevistas en medios con respecto a la meta anual programada de 91.3%, al otorgarse un total de 370 entrevistas para diversos medios de comunicación.

Además, se alcanzó el 117.83% en el Porcentaje de publicaciones en redes sociales oficiales, con respecto a la meta anual programada de 91.3%, al realizarse 271 publicaciones referentes con las actividades académicas y la labor diaria de la Institución.

No se cumplió con el Porcentaje de protocolos de acción para actividades académicas y culturales con respecto a la meta anual programada de 100%, debido a que se rediseñaron las actividades de acuerdo a los nuevos lineamientos de identidad gráfica.

Finalmente se tiene un cumplimiento del 116.66% en el Porcentaje de videos producidos para su publicación en redes sociales con respecto a la meta anual programada del 83.3% debido a la gestión que se ha tenido del tiempo y producción de los videos, que permitió producir 14 videos.



Programa de Trabajo 2018

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.	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. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de entrevistas realizadas / V2: Número de entrevistas programadas x 100	210 ____ x 100 = 91.3% 230	Semestral	NA	$\frac{370}{230} \times 100 = 160.9\%$ Este resultado se debió a que se otorgaron 159 entrevistas para televisión, 80 en radio, 71 en prensa y 60 en medios digitales.
2	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.		5.2.2 Comunicación externa: imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - relaciones públicas. 5.2.3 Comunicación externa: imagen y posicionamiento como líder de opinión y promotor de estilo de vida saludable - contención de riesgos.	Porcentaje de publicaciones en redes sociales oficiales. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de publicaciones realizadas / V2: Número de publicaciones programadas x 100	210 ____ x 100 = 91.3% 230	Semestral	NA	$\frac{271}{230} \times 100 = 117.8\%$ Se cubrieron con nota periodística y fotografía 271 eventos académicos, culturales y deportivos, y entrevistas, los cuales fueron publicados en el Blog y redes sociales oficiales del Hospital.
3	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.		5.2.4 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - cultura de calidad.	Porcentaje de protocolos de acción para actividades académicas y culturales. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de protocolos de acción a realizar / V2: Número de protocolos de acción programados x 100	2 ____ x 100 = 100% 2	Semestral	NA	$\frac{0}{2} \times 100 = 0\%$ No fue posible el desarrollo de los protocolos, debido a que se rediseñaron las actividades de acuerdo a los nuevos lineamientos de identidad gráfica.
4	Canalizar al área correspondiente todas las quejas que se reciben por mensaje directo, inbox, comentarios en youtube, Facebook o twit en las redes sociales oficiales.		5.2.5 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - satisfacción laboral. 5.2.6 Comunicación interna: sentido de pertenencia, salud organizacional y cultura de calidad - comunicación electiva.	Porcentaje de videos producidos para su publicación en redes sociales. Fórmula: Variable 1 / Variable 2 x 100 V1: Número de videos a realizar / V2: Número de videos planeados x 100	10 ____ x 100 = 83.3% 12	Semestral	NA	$\frac{14}{12} \times 100 = 116.6\%$ Se produjeron 14 videos referentes a la promoción de la salud y días mundiales.