SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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 (4)	Eficacia en la formación 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 desempeño del 100% en la eficacia en la formación de médicos especialistas, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, obedecen al apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, así como al seguimiento al desempeño hasta la conclusión del programa de estudios por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Unidad de Posgrado de Enseñanza del HJM, logrando mantener la calidad académica y asistencial de los médicos residentes que concluyen los cursos de posgrado, contribuyendo a resolver necesidades de salud que la población demanda. Los médicos especialistas en formación de la misma cohorte, que se derivaron a otras especialidades fueron cinco médicos residentes, tres de medicina interna y dos de cirugía general, lo que representa una proporción 29:1. **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 médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtienen constancia de conclusión de estudios de posgrado clínico	145	145	145			
	Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico x 100	145	145	145			
COMPONENTE (7)	Porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	90.9	9.1	AMARILLO	**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 desempeño inferior en un 9.1% en el porcentaje de cursos de formación con percepción de calidad satisfactoria, con respecto a la meta programada del 100%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que el total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos fue de 33, a causa de que el curso de ecocardiografía no contó con médicos residentes durante la promoción 2019-2020, por no disponer de la tecnología para su impartición. El 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 fue de 30, mostrando un decremento de cuatro menos con respecto a los 34 cursos programados, debido a que en los cursos Oftalmología, Endoscopia y Pediatría no tuvieron la calificación satisfactoria a causa de la modificación de los programas académicos y operativos a causa de la emergencia sanitaria por COVID-19, imposibilitando el cumplimiento de las metas académicas y las competencias médico-quirúrgicas programadas al inicio del ciclo académico. Aunado al curso de ecocardiografía que no contó con alumnos. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento de los programas académicos y operativos, así como de los objetivos y metas institucionales, al no formar médicos especialistas con las competencias clínico-quirúrgicas necesarias para la atención de la población que demanda servicios de salud. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Las acciones a implementar para el cumplimiento del indicador son: 1.- Adecuar los programas académicos y operativos para la adquisición de competencias necesarias en la atención de pacientes por COVID-19. 2.- Fomentar el desarrollo de habilidades clínico-quirúrgicas a través de centros de simulación. 3.- Reactivar rotaciones externas, favoreciendo las que contribuyan a la adquisición de habilidades quirúrgicas. 4.- Fomentar la asistencia a cursos y congresos en plataformas virtuales. 5.- Incentivar habilidades motrices a través de jornadas quirúrgicas.
	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	30			
	Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el periodo x 100	34	34	33			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
ACTIVIDAD (13)	Porcentaje de espacios académicos ocupados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	99.1	99.1	100.0	0.9	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 desempeño superior en un 0.9% en el porcentaje de espacios académicos ocupados, con respecto a la meta programada de 99.1%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 1.7% en el número de espacios educativos de posgrado disponibles en la Institución. Este resultado se debió a que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud asignó seis residentes más de especialidades de entrada directa (Cirugía general, medicina interna, ginecología y pediatría). **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:** Vigilar que se cumplan los programas académicos y operativos con el incremento de número de plazas de los médicos residentes.
	Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (plazas, becas o matricula)	345	345	354			
	Número de espacios educativos de posgrado disponibles en la institución x 100	348	348	354			
ACTIVIDAD (14)	Porcentaje de postulantes aceptados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	41.7	41.7	41.7	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 desempeño del 100% en el porcentaje de postulantes aceptados, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a la difusión del proceso de convocatoria para ingreso a la residencia médica en las redes sociales y en la página oficial del Hospital, así como al cumplimiento de los requisitos y pruebas efectuadas a los aspirantes para ser seleccionados a realizar una residencia médica en el Hospital Juárez de México. **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 candidatos seleccionados por la institución para realizar estudios de posgrado	150	150	150			
	Total de aspirantes que se presentaron a la institución para realizar estudios de posgrado x 100	360	360	360			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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: CAPACITACIÓN TÉCNICO-MÉDICA							
FIN (1)	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de servidores públicos capacitados, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la contingencia sanitaria por el virus SARS-COV-2, por lo que la capacitación de los servidores públicos que se tenían programados con cargo al presupuesto federal no se realizó, a causa del cierre anticipado del presupuesto. Sin embargo, con personal interno se logró capacitar a 25 servidores públicos en el curso "Movilización de pacientes". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionarán anticipadamente los recursos para la capacitación oportuna de los servidores públicos programados para 2021.
	Número de servidores públicos capacitados	25	25	0			
	Número total de servidores públicos programados para capacitarse en el periodo X 100	25	25	25			
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de servidores públicos que acreditan cursos de capacitación técnico-médica FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de servidores públicos que acreditan cursos de capacitación técnico-médica, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la contingencia sanitaria por el virus SARS-COV-2, por lo que la capacitación de los servidores públicos que se tenían programados con cargo al presupuesto federal no se realizó, a causa del cierre anticipado del presupuesto. Sin embargo, con personal interno se logró capacitar a 25 servidores públicos en el curso "Movilización de pacientes". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la capacitación oportuna de los servidores públicos programados para 2021.
	Número de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de capacitación técnico-médica	25	25	0			
	Número de servidores públicos inscritos en acciones de capacitación técnico-médica X 100	25	25	0			
COMPONENTE (3)	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia técnico-médica, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la contingencia sanitaria por el virus SARS-COV-2, por lo que la impartición del curso que se había programado con cargo al presupuesto federal no se llevó a cabo. Sin embargo, con personal de la Institución se efectuó el evento de Movilización de pacientes. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la impartición de cursos para 2021.
	Número de Eventos de Capacitación en materia Técnico-Médica realizados satisfactoriamente	1	1	0			
	Número total de Eventos de Capacitación en materia Técnico-Médica realizados hasta su conclusión en el periodo de evaluación X 100	1	1	0			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
COMPONENTE (4)	Porcentaje del presupuesto destinado a capacitación técnico-médica respecto al total ejercido por la institución FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	0.0	0.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje del presupuesto destinado a capacitación técnico-médica respecto al total ejercido por la institución, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la reprogramación de cursos por la pandemia COVID-19 y al cierre anticipado del presupuesto 2020, por lo que no fue posible contar con los recursos destinados a la contratación de eventos de capacitación dirigidos al personal técnico-médico. Por otra parte, el presupuesto institucional total ejercido fue de $610,657,424.36, monto que excluye recursos del capítulo 1000. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la impartición de los cursos para 2021.
	Presupuesto institucional destinado a capacitación técnico médica	10,000	10,000	0			
	Presupuesto institucional total ejercido X 100	360,038,293	360,038,293	610,657,424			
ACTIVIDAD (5)	Porcentaje de temas identificados en materia técnico-médica que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	29.4	29.4	28.6	2.7	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 desempeño inferior en un 2.7% 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 29.4%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. El cumplimiento del indicador se debió a que a través de la encuesta de Detección de Necesidades de Capacitación se identificaron 70 temas del área técnico-médica, mostrando un aumento de dos temas más con respectó a lo programado, de los cuales 20 cursos fueron los más demandados y se integraron al 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 en materia técnico-médica incluidos en el Programa Anual de Capacitación	20	20	20			
	Número de temas detectados en materia técnico-médica que se apegan a las funciones de los servidores públicos X 100	68	68	70			
ACTIVIDAD (6)	Porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de temas en materia técnico-médica contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC), al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a que por la reprogramación de cursos por la pandemia COVID-19 y al cierre anticipado del presupuesto, no fue posible contratar el curso programado. Sin embargo, con personal de la Institución se efectuó el evento de Movilización de pacientes. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la impartición de los cursos para 2021.
	Número de temas en materia Técnico-Médica contratados incluidos en el PAC	1	1	0			
	Número de temas en materia Técnico-Médica programados para contratarse que se incluyeron en el PAC X 100	1	1	1			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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: CAPACITACIÓN ADMINISTRATIVA-GERENCIAL							
FIN (1)	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de servidores públicos capacitados, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la contingencia sanitaria por el virus SARS-COV-2, por lo que la capacitación de los servidores públicos que se tenían programados con cargo al presupuesto federal no se realizó, a causa del cierre anticipado del presupuesto. Sin embargo, con personal interno se logró capacitar a 25 servidores públicos en el curso "Ortografía y redacción". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la capacitación oportuna de los servidores públicos programados para 2021.
	Número de servidores públicos capacitados	25	25	0			
	Número total de servidores públicos programados para capacitarse en el periodo X 100	25	25	25			
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de servidores públicos que acreditan cursos de capacitación administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de servidores públicos que acreditan cursos de capacitación administrativa y gerencial, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la contingencia sanitaria por el virus SARS-COV-2, por lo que la capacitación de los servidores públicos que se tenían programados con cargo al presupuesto federal no se realizó, a causa del cierre anticipado del presupuesto. Sin embargo, con personal interno se logró capacitar a 25 servidores públicos en el curso "Ortografía y Redacción". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la capacitación oportuna de los servidores públicos programados para 2021.
	Número de servidores públicos que adquieren mayores conocimientos a través de capacitación administrativa y gerencial	25	25	0			
	Número de servidores públicos inscritos en acciones de capacitación administrativa y gerencial X 100	25	25	0			
COMPONENTE (3)	Porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de Eventos de Capacitación realizados satisfactoriamente en materia administrativa y gerencial, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la contingencia sanitaria por el virus SARS-COV-2, por lo que la impartición del curso que se había programado con cargo al presupuesto federal, no se llevó a cabo. Sin embargo, con personal de la Institución se efectuó el evento de "Ortografía y Redacción". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la impartición de los cursos para 2021.
	Número de Eventos de Capacitación en materia administrativa y gerencial realizados satisfactoriamente	1	1	0			
	Número total de Eventos de Capacitación en materia administrativa y gerencial realizados hasta su conclusión en el periodo de evaluación X 100	1	1	0			
COMPONENTE (4)	Porcentaje del presupuesto destinado a capacitación administrativa y gerencial respecto al total ejercido por la institución FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	0.0	0.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje del presupuesto destinado a capacitación administrativa y gerencial respecto al total ejercido por la institución, al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a la reprogramación de cursos por la pandemia COVID-19 y al cierre anticipado del presupuesto 2020, por lo que no fue posible contar con los recursos destinados a la contratación de eventos de capacitación dirigidos al personal administrativo-gerencial. Por otra parte, el presupuesto institucional total ejercido fue de $610,657,424.36, monto que excluye recursos del capítulo 1000. **Riesgos para la población que atiende el programa a la institución asociados a la variación:** Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **Acciones para lograr la regularización (verificables o auditables) en el cumplimiento de metas:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la impartición de los cursos para 2021.
	Presupuesto institucional destinado a capacitación administrativa y gerencial	9,892	9,892	0			
	Presupuesto institucional total ejercido X 100	360,038,293	360,038,293	610,657,424			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
ACTIVIDAD (5)	Porcentaje de temas identificados en materia Administrativa y gerencial que se integran al Programa Anual de Capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	26.9	26.9	27.1	0.7	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 desempeño superior en un 0.7% 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 26.9%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. **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 en materia Administrativa y gerencial incluidos en el Programa Anual de Capacitación	35	35	35			
	Número de temas detectados en materia Administrativa y gerencial que se apegan a las funciones de los servidores públicos X 100	130	130	129			
ACTIVIDAD (6)	Porcentaje de temas en materia administrativa y gerencial contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	100.0	0.0	100.0	ROJO	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:** El indicador porcentaje de temas en materia administrativa y gerencial contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC), al final del periodo que se reporta no alcanzó la meta programada, lo que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. Este resultado se debió a que por la reprogramación de cursos por la pandemia COVID-19 y al cierre anticipado del presupuesto, no fue posible contratar el curso programado. Sin embargo, con personal de la Institución se efectuó el evento de "Ortografía y redacción". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Se gestionará anticipadamente los recursos para la impartición de los cursos para 2021.
	Número de temas en materia administrativa y gerencial contratados incluidos en el PAC	1	1	0			
	Número de temas en materia administrativa y gerencial programados para contratarse que se incluyeron en el PAC X 100	1	1	1			
PROGRAMA PRESUPUESTAL: E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD"							
FIN (1)	Porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	38.1	38.1	22.7	40.4	ROJO	**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 desempeño inferior en un 40.4% en el porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel, con respecto a la meta programada de 38.1%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que no se logró la promoción de tres investigadores a causa de la renuncia de un investigador que se proyectó para 2020 subir de categoría de ICM C a ICM D y a que dos investigadores no lograron ingresar al SNI con nivel I. En cuanto al incremento en la proporción de investigadores de alto nivel (SNI), este resultado se debió al ingreso de un personal médico como "Candidato". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a los objetivos y metas institucionales, al no contar con más profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de Investigador en Ciencias Médicas de las categorías D-E-F del SII, además, de investigadores vigentes en el SNI (Niveles 1 a 3). **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Realizar un diagnostico que permita considerar todos los factores internos y externos para contar con más investigadores de alto nivel.
	Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de investigador en Ciencias Médicas de las categorías D-E-F-Eméritos del SII más investigadores vigentes en el SNI (Niveles 1 a 3 y Eméritos) en el año actual	8	8	5			
	Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual X 100	21	21	22			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
PROPÓSITO (2)	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas de impacto alto FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	44.7	44.7	60.0	34.2	ROJO	**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 desempeño superior en un 34.2% en el porcentaje de artículos científicos publicados en revistas de impacto alto, con respecto a la meta programada de 44.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se logró la publicación de los 21 artículos científicos de alto impacto programados por parte de los Investigadores en Ciencias Médicas y adicionalmente dos artículos, uno del grupo III y uno del grupo IV, y la publicación de 28 artículos científicos de alto impacto por personal médico del Hospital de los grupos VII (1), VI (1), V (2), IV (9) y III (15), que no cuenta con nombramiento del Sistema Institucional de Investigadores ni del SNI. Con relación a las publicaciones científicas totales publicadas en revistas (grupos I a VII), se alcanzaron 38 artículos más con respecto a los 47 originalmente programados, de los cuales ocho corresponden a nivel I, uno a nivel II y 29 de alto impacto. **Riesgos para la población que atiende el programa a la institución asociados a la variación:** El haber logrado una mayor productividad de artículos científicos podría impactar en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Sin embargo, el desarrollo de más publicaciones contribuye a generar conocimiento científico que en un futuro impactará en el área de salud. **Acciones para lograr la regularización (verificables o auditables) en el cumplimiento de metas:** Se implementará una estrategia para mejorar la estimación de las metas dirigida principalmente al personal médico del Hospital que no cuenta con nombramiento del Sistema Institucional de Investigadores y Sistema Nacional de Investigadores.
	Artículos científicos publicados en revistas de impacto alto (grupos III a VII) en el periodo	21	21	51			
	Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo X 100	47	47	85			
PROPÓSITO (3)	Promedio de productos de la investigación por investigador institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	1.6	1.6	1.7	6.2	AMARILLO	**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 desempeño superior en un 6.2% en el promedio de productos de la investigación por investigador institucional, con respecto a la meta programada de 1.6, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se alcanzaron 38 productos totales (cinco más con respecto a los 33 programados). A causa de la publicación anticipada de tres capítulos de libro y un artículo del grupo III por parte de los Investigadores en Ciencias Médicas, además, de un artículo del grupo III de un médico adscrito con nombramiento en el SNI. En cuanto al total de investigadores institucionales vigentes, el aumento se debió al ingreso de un personal médico al SNI con nivel "Candidato". **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: El haber logrado un mayor número de productividad de artículos científicos se puede interpretar como una inadecuada planeación por parte del área de investigación. Sin embargo, el desarrollo de más productos institucionales contribuye a generar conocimiento científico que en un futuro podría impactar en el área de salud. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Contar con un diagnostico que permita considerar todos los factores internos y externos para mejorar la estimación de las metas.
	Productos institucionales totales, en el periodo	33	33	38			
	Total de Investigadores institucionales vigentes* en el periodo	21	21	22			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
COMPONENTE (8)	Proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0	0.0	104.3	0.0	VERDE	**CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL:**El indicador proporción del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento superior con respecto a la meta programada, 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 obtuvieron recursos complementarios por un importe de $2,994,585.4, de los cuales el CONACYT otorgó al Hospital $1,900,000.00, a través de la convocatoria 2020-1 "Apoyo para proyectos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en salud ante la contingencia por COVID-19" Además, se ingresaron recursos por cuatro proyectos registrados en 2019 por un monto de $1,094,585.4, ingresos que no estaban contemplados en la programación original. **Riesgos para la población que atiende el programa a la institución asociados a la variación:** El contar no contar con recursos complementarios impacta en el desarrollo de los proyectos de investigación en materia de salud, fortalecer la infraestructura científica y tecnológica institucional, así como el mantenimiento y adquisición de equipamiento. **Acciones para lograr la regularización (verificables o auditables) en el cumplimiento de metas:** Se continuará fomentando a los investigadores para que participen en las diferentes convocatorias de CONACyT y de otras agencias financiadoras, por medio de reuniones de trabajo que enriquezcan los proyectos a someter en las diferentes convocatorias.
	Presupuesto complementario destinado a investigación en el año actual	0	0	2,994,585			
	Presupuesto federal institucional destinado a investigación en el año actual X 100	2,870,919	2,870,919	2,870,919			
COMPONENTE (10)	Porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	1.2	1.2	0.5	58.3	ROJO	**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 desempeño inferior en un 58.3% en el porcentaje del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, con respecto a la meta programada de 1.2%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al apoyo de más presupuesto federal para la Institución para hacer frente a la pandemia por SARS-COV-2. La cifra del presupuesto federal total institucional ejercido de $610,657,424.36. **Riesgos para la población que atiende el programa a la institución asociados a la variación:** El comportamiento del indicador fue adecuado. **Acciones para lograr la regularización (verificables o auditables) en el cumplimiento de metas:** En el caso del uso del presupuesto federal asignado, se mantendrá enfocado a la eficiencia, eficacia y optimización de los recursos materiales, humanos y financieros con el fin de continuar con una alta productividad en materia de investigación para la salud.
	Presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud, en el año actual	2,870,919	2,870,919	2,870,919			
	Presupuesto federal total institucional en el año actual X 100	244,928,570	244,928,570	610,657,424			
ACTIVIDAD (12)	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador 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 desempeño del 100% en el porcentaje de ocupación de plazas de investigador, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Este resultado se debió, a que al cierre del periodo 2020 se logró ocupar las 15 plazas de investigador autorizadas. **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.
	Plazas de investigador ocupadas en el año actual	15	15	15			
	Plazas de investigador autorizadas en el año actual X 100	15	15	15			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	6.2	6.2	5.0	19.4	ROJO	**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 desempeño inferior en un 19.4% 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 6.2%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la disminución en un 23% en el total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación, debido a que de los 14,163 pacientes a los cuales se programó aperturar expediente clínico, únicamente se aperturaron 10,907, impactando en una disminución del 37.6%; en el número de pacientes que fueron referidos por instituciones públicas de salud (Hospital General Ticomán, Hospital General "Dr. José María Rodríguez", Hospital General la Villa, Unidad Médica Quirúrgica Juárez Centro, Hospital General "Dr. Salvador González Herrejón", Hospital General "Gral. José Vicente Villada", Centro de Salud "Dr. Rafael Ramírez Suárez", Centro de Salud "Romero Rubio", Hospital General "Las Américas", Hospital General Pachuca) a los cuales se les aperturó expediente clínico institucional. Estos resultados se debieron a que durante el periodo de agosto al 7 de diciembre de 2020, se mantuvo la atención escalonada en la consulta de primera vez. Además, se priorizó la apertura de expedientes a pacientes que ingresaron a urgencias respiratorias y no respiratorias durante el cambio en el modelo de atención ante la pandemia por COVID-19. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. La falta de atención oportuna de los pacientes podría incrementar el riesgo de complicaciones y/o comorbilidades en las patologías que presentan. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	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	882	882	550			
	Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación X 100	14,163	14,163	10,907			
PROPOSITO (2)	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	91.7	91.7	84.0	8.4	AMARILLO	**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 desempeño inferior en un 8.4% en el porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación, con respecto a la meta programada de 91.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al disminución del 2.4% en el total de egresos hospitalarios, con relación a la meta programada de 8,952, a causa de haber tenido una menor ocupación hospitalaria por la reconversión hospitalaria para atender la contingencia epidemiológica por COVID-19, lo que implicó el diferimiento de cirugías, consultas subsecuentes y al menor de número de atenciones otorgadas por urgencias no respiratorias y de gineco-obstetricia. No obstante, la puesta en marcha de la fase I del Plan de desconversión del Hospital en el que se aperturaron algunas especialidades en un 20% a partir de agosto al 7 de diciembre de 2020. Resultado que impacto en el número de egresos hospitalarios por mejoría y curación en un 10.6%, que en su mayoría fueron pacientes de los servicios de Oncología, Hematología, Ortopedia y hospitalizados por COVID-19. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. El continuar con el cierre de algunas de las especialidades para brindar atención a los usuarios que lo requieran, podría incrementar el riesgo de complicaciones y/o comorbilidades en las patologías que presentan. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	8,209	8,209	7,340			
	Total de egresos hospitalarios X 100	8,952	8,952	8,735			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
COMPONENTE (3)	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	89.8	89.8	95.1	5.9	AMARILLO	**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 desempeño superior en un 5.9% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales, con respecto a la meta programada de 89.8%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a que se logró encuestar a un total de 325 usuarios en la atención ambulatoria, de los cuales 309 manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales. Este resultado se debió, a la implementación del "Programa de atención activa al usuario" en las área de consulta externa, laboratorio, imagenología, informes, vigilancia y protección civil, impactado de manera positiva en la satisfacción de los usuarios. **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:** La aplicación de las encuestas a los usuarios, se mantendrá a través de un modelo híbrido (presencial y telefónico). Además, de resolver de forma inmediata las quejas y sugerencias recibidas por parte de los pacientes y familiares.
	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 porcentuales	292	292	309			
	Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados X 100	325	325	325			
COMPONENTE (4)	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado 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 desempeño del 100% en el porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. A pesar de que este indicador se ubicó en semáforo verde, se presentó una variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada, debido al decremento del 37.1% en el número de sesiones de rehabilitación especializadas y totales programadas, con relación a las 60,034 programadas. Este resultado se debió a que las instalaciones del servicio de rehabilitación fueron reconvertidas para atender las urgencias no respiratorias, a pesar del ajuste de la meta, no se logró alcanzar la productividad por factores que se desconocían (renuncia de un médico, resguardo domiciliario de una doctora y licencia sindical) al momento de modificarla. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. El diferimiento en la atención rehabilitatoria podría retrasar la incorporación del paciente a sus actividades cotidianas. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria y gestionar la reposición del recurso humano.
	Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	60,034	60,034	37,787			
	Total de sesiones de rehabilitación realizadas X 100	60,034	60,034	37,787			
COMPONENTE (5)	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	65.8	65.8	74.4	13.1	ROJO	**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 desempeño superior en un 13.1% en el porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 65.8%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al decremento del 24.1% en el total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados, impactando en un 14.3% menos en el número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad. Estos resultados se debieron a la reconversión hospitalaria para atender la contingencia epidemiológica por COVID-19, repercutiendo en la productividad de este indicador a pesar de modificar la meta, no obstante, de agosto al 7 diciembre de 2020 se implementó la fase I del Plan de desconversión hospitalaria, lo que permitió que de los 12,485 procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad, 4,919 fueran de pacientes reprogramados. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. La falta de atención oportuna de los pacientes podría incrementar el riesgo de complicaciones y/o comorbilidades en las patologías que presentan. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	14,565	14,565	12,485			
	Total de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados X 100	22,121	22,121	16,787			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
COMPONENTE (6)	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	47.7	47.7	69.0	44.7	ROJO	**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 desempeño superior en un 44.7% en el porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados, con respecto a la meta programada de 47.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió al incremento del 32.4% en el número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad, con relación a la meta programada de 2,460. Este resultado se debió a la desconversión hospitalaria en la fase I a partir de agosto al 7 de diciembre de 2020, lo que permitió la realización de procedimientos principalmente en los servicios de Alergia, Endoscopía, Otorrinolaringología, Dermatología y Hematología. El decremento reflejado del 8.5% en el total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados, obedece a que los servicios de Oftalmología y Cirugía Maxilofacial no tuvieron productividad por el cierre de la consulta externa a causa de la contingencia hospitalaria por COVID-19. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. La falta de atención oportuna de los pacientes podría incrementar el riesgo de complicaciones y/o comorbilidades en las patologías que presentan. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	2,460	2,460	3,257			
	Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados X 100	5,154	5,154	4,718			
COMPONENTE (7)	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	97.3	97.3	73.8	24.2	ROJO	**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 desempeño inferior en un 24.2% en la eficacia en el otorgamiento de consulta programada (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua), con respecto a la meta programada de 97.3%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación se debió al decremento del 24.1% en el número de consultas realizadas (preconsultas, primera vez, subsecuente, urgencias o admisión continúa), con relación a las 122,113 consultas programadas. Este resultado fue a causa de la reconversión hospitalaria para atender la contingencia epidemiológica por COVID-19 a partir del 17 de marzo de 2020, dejando de otorgar 3,453 preconsultas, 8,604 de primera vez, 11,695 subsecuentes y 5,715 urgencias, de acuerdo a lo programado. No obstante, a partir de agosto al 7 de diciembre de 2020, se puso en marcha la fase I del Plan de desconversión del Hospital, para la reactivación paulatina de los servicios. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. La falta de atención oportuna de los pacientes podría incrementar el riesgo de complicaciones y/o comorbilidades en las patologías que presentan. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de consultas realizadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua)	122,113	122,113	92,646			
	Número de consultas programadas (preconsulta, primera vez, subsecuentes, urgencias o admisión continua) X 100	125,510	125,510	125,510			
COMPONENTE (8)	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.5	90.5	89.5	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 desempeño inferior en un 1.1% en el porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales, con respecto a la meta programada de 90.5%, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que se logró encuestar a 600 usuarios en la atención hospitalaria, de los cuales 537 manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos porcentuales. Este resultado se debió a que la mayoría de los pacientes encuestados estuvieron hospitalizados por COVID-19, generando una estrategia de comunicación fortalecida con calidez con pacientes y familiares, a través de informes telefónicos, lo que permitió que los egresos por mejoría de los pacientes fueran satisfactorios. **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:** La aplicación de las encuestas a los usuarios, se mantendrá a través de un modelo híbrido (presencial y telefónico). Además, de resolver de forma inmediata las quejas y sugerencias recibidas por parte de los pacientes y familiares.
	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 porcentuales	543	543	537			
	Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados X 100	600	600	600			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
COMPONENTE (9)	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	91.7	91.7	93.8	2.3	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 desempeño superior en un 2.3% en el porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004, con respecto a la meta programada de 91.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación se debió a que el Comité del expediente clínico institucional revisó 217 expedientes más con respecto a la meta programada de 384, lo que originó que 212 expedientes más de los estimados, cumplieran con los criterios de la NOM SSA 004. Estos resultados se debieron a el Comité implementó estrategias que consistieron en establecer grupos pequeños de revisión, con medidas de distanciamiento social y sana distancia, lo que permitió la revisión de 601 expedientes clínicos durante el periodo de enero a diciembre de 2020. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: El haber revisado un mayor número de expedientes clínicos se puede interpretar como una inadecuada planeación por parte del área médica. Sin embargo, se tiene una mayor certidumbre en la calidad de la atención médica que reciben los pacientes que son atendidos en la Institución. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Considerar todos los factores internos para mejorar la estimación de las metas.
	Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	352	352	564			
	Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional X 100	384	384	601			
COMPONENTE (10)	Porcentaje de auditorías clínicas realizadas 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 desempeño del 100% en el porcentaje de auditorías clínicas realizadas, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Las causas por las cuales se tuvo un cumplimiento satisfactorio, se debió a que se lograron concluir las tres auditorías clínicas programadas (Evaluación del proceso de medicación en el servicio de Oncología Ambulatoria, evaluación del proceso de medicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y evaluación del cumplimiento de la normatividad del expediente clínico en el servicio de Cirugía General. Lo que permitió fortalecer los procesos de atención clínica, principalmente en la prescripción médica y mejorar el apego a la NOM SSA 004 del expediente clínico. **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 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	53.4	53.4	58.2	9.0	AMARILLO	**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 desempeño superior en un 9% en el porcentaje de ocupación hospitalaria, con respecto a la meta programada de 53.4%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color amarillo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación, se debió a que se registraron 16,163 días cama menos, respecto a los 143,106 programados. Asimismo, se registran 2,614 días paciente menos, con relación a los 76,448 estimados. Estos resultados se debieron al cambio en el modelo de atención para atender la contingencia epidemiológica por COVID-19, propiciando que se destinaran 160 camas censables para estos pacientes, reduciendo 53 camas censables, de 391 a 338. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. La disminución de los ingresos de pacientes a hospitalización por la reconversión hospitalaria, podría retrasar la atención oportuna y el seguimiento médico quirúrgico de los pacientes que presentan otros tipos de patología. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de días paciente durante el período	76,448	76,448	73,834			
	Número de días cama durante el período X 100	143,106	143,106	126,943			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2020
INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICO 2020

Informe de enero - diciembre **2020**

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	
COMPONENTE (12)	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	6.1	6.1	7.5	23.0	ROJO	**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 desempeño superior en un 23% en el promedio de días estancia, con respecto a la meta programada de 6.1, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la programación original, se debió a la disminución de 217 egresos hospitalarios, con respecto a los 8,952 programados, a causa de la reconversión hospitalaria. No obstante, el incremento del 19.4% en el número de días estancia con respecto a los 54,519 estimados, se originó por la atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19, los cuales requirieron de tiempos prolongados en hospitalización. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. El incremento en el número de días estancia de los pacientes aumenta la probabilidad de que presenten comorbilidades e infecciones inherentes a su internamiento. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de días estancia	54,519	54,519	65,099			
	Total de egresos hospitalarios	8,952	8,952	8,735			
ACTIVIDAD (13)	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	69.7	69.7	72.8	4.4	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 desempeño superior en un 4.4% en la proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas, con respecto a la meta programada de 69.7%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color verde. Este indicador no tuvo avance de abril a diciembre de 2020, por lo que se reporta lo de marzo, esto se debió al cambio en el modelo de atención para la reconversión hospitalaria por la contingencia epidemiológica por COVID-19, lo que originó la cancelación de la preconsulta. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Incumplimiento a las metas y objetivos institucionales. El diferimiento en la atención podría incrementar el riesgo de complicaciones y/o comorbilidades en las patologías que presentan los pacientes. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** Continuidad al Plan de desconversión hospitalaria.
	Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	4,295	4,295	1,929			
	Número de preconsultas otorgadas en el periodo X 100	6,165	6,165	2,651			
ACTIVIDAD (14)	Tasa de infección nosocomial por mil días de estancia hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	6.9	6.9	8.5	23.2	ROJO	**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 desempeño superior en un 23.2% en la tasa de infección nosocomial por mil días de estancia hospitalaria, con respecto a la meta programada de 6.9, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo. El aumento de 1.6 puntos porcentuales en la tasa de infección nosocomial, con relación a la 6.9 programada, se debió al incremento del 19.4% en el total de días estancia, con respecto a los 54,519 programados, repercutiendo en la detección de 177 episodios de infecciones nosocomiales más con respecto a los 378 estimados. Este resultado se debió principalmente a un mayor uso de equipos de ventilación asistida en pacientes con diagnóstico de COVID-19, en los cuales se presentaron 80 episodios, así como a las estancias prolongadas por complicaciones bajo este padecimiento siendo en torrente sanguíneo (catéter), sondas urinarias y en paciente inmunocomprometidos. **RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN**: Los episodios de infecciones nosocomiales incrementan la letalidad y los días de estancia hospitalaria, comprometiendo los recursos disponibles del Hospital, y el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. **ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS:** La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital refuerza el programa de vigilancia activa y el apego a la técnica de lavado e higiene de manos, privilegiando la vigilancia epidemiológica en pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19.
	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	378	378	555			
	Total de días estancia en el periodo de reporte X 1000	54,519	54,519	65,099			