



**PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL  
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA  
GONZÁLEZ” 2020-2024**

**Hospital General Dr. Manuel Gea González**

**AVANCE Y RESULTADOS  
2022**

PROGRAMA DERIVADO DEL  
PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024



## Índice

---

<b>1.- Marco normativo .....</b>	<b>4</b>
<b>2.- Resumen ejecutivo .....</b>	<b>6</b>
<b>Contribución del Programa al nuevo modelo de desarrollo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.....</b>	<b>6</b>
<b>3.- Avances y Resultados .....</b>	<b>8</b>
<b>Objetivo prioritario 1. Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información que se produce en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros. ....</b>	<b>8</b>
<b>Objetivo prioritario 2. Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivo prioritario 3. Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores. ....</b>	<b>17</b>
<b>Objetivo prioritario 4. Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida. ....</b>	<b>44</b>
<b>Objetivo prioritario 5. Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar al paciente la atención requerida y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación .....</b>	<b>72</b>
<b>Objetivo prioritario 6. Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos para aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de adversidades, manteniendo el ritmo de sus operaciones y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.....</b>	<b>79</b>
<b>4- Anexo.....</b>	<b>86</b>
<b>Avance de las Metas para el bienestar y Parámetros .....</b>	<b>86</b>
<b>Objetivo prioritario 1.- Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el</b>	



<b>Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.....</b>	<b>86</b>
<b>Objetivo prioritario 2.- Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes. ....</b>	<b>92</b>
<b>Objetivo prioritario 3.- Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores.....</b>	<b>98</b>
<b>Objetivo prioritario 4.- Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida. ....</b>	<b>104</b>
<b>Objetivo prioritario 5.- Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.....</b>	<b>110</b>
<b>Objetivo prioritario 6.- Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el HGMGG cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente. ....</b>	<b>116</b>
<b>5.- Siglas y abreviaturas .....</b>	<b>123</b>

# 1

## MARCO NORMATIVO

---

## **1.- Marco normativo**

Este documento se presenta con fundamento en lo establecido en los numerales 40 y 44, de los *Criterios para elaborar, dictaminar, aprobar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los cuales señalan lo siguiente:

*40.- Las dependencias y entidades serán responsables de cumplir los programas en cuya ejecución participen y de reportar sus avances.*

*44.- Asimismo, deberán integrar y publicar anualmente, en sus respectivas páginas de Internet, en los términos y plazos que establezca la Secretaría, un informe sobre el avance y los resultados obtenidos durante el ejercicio fiscal inmediato anterior en el cumplimiento de los Objetivos prioritarios y de las Metas de bienestar contenidas en los programas.*

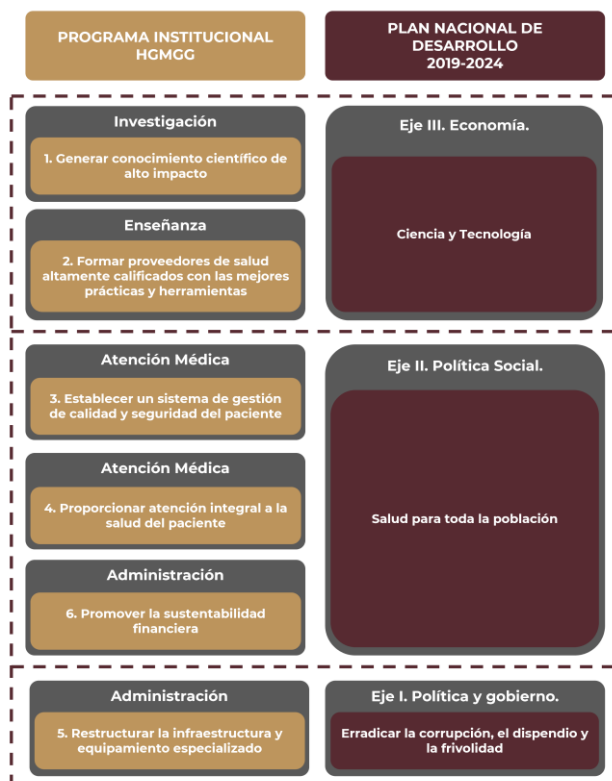
# 2

## RESUMEN EJECUTIVO

## 2.- Resumen ejecutivo

### Contribución del Programa al nuevo modelo de desarrollo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Las acciones del Hospital contribuyeron al cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud del pueblo de México y al fortalecimiento del acceso a los servicios de salud requeridos por la población que no cuenta con seguridad social; lo anterior, en apego a principios rectores del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024: "Por el bien de todos, primero los pobres", "No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera", "Honradez y honestidad"; y en seguimiento a lo establecido como parte del Programa Institucional 2020-2024. Cabe destacar que los 6 Objetivos prioritarios del Programa Institucional, a través de sus Acciones puntuales se encuentran alineados principalmente al Eje II. Política Social "Salud para toda la población" del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.



# 3

## AVANCES Y RESULTADOS



---

### **3.- Avances y Resultados**

**Objetivo prioritario 1. Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información que se produce en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.**

La relevancia radica en la necesidad de que el Hospital genere conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información obtenida, para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros de nuestra población usuaria.

Para ello, el Hospital ha establecido 13 líneas prioritarias de investigación que son: Diabetes; Obesidad; Neoplasias benignas y malignas; Enfermedades infecciosas; Padecimientos crónicos, degenerativos y autoinmunes; Padecimientos pediátricos; Trastornos neurológicos; Procedimientos quirúrgicos y estrategias de manejo; Padecimientos ginecoobstétricos; Padecimientos de cabeza y cuello; Procedimientos diagnósticos, Estudios moleculares y preclínicos y Formación de recursos humanos y procesos de calidad y mejora.

#### **Resultados**

#### **Actividades relevantes**

**Estrategia prioritaria 1.1.- Propiciar que la agenda de investigación científica que se desarrolla en la Institución, se vincule con las necesidades de la población demandante.**

**Acción puntual 1.1.1** Discutir procesos que permitan optimizar la revisión y el dictamen de los protocolos de investigación por parte de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.

#### **Avance:**

El proceso para la evaluación y dictamen de los protocolos se ha agilizado, con la implementación de evaluación expedita que se aplica a los protocolos considerados sin riesgo, para este año se evaluaron 168 protocolos, 135 de ellos fueron aprobados al cierre del periodo. A pesar de que no se tiene atraso en la evaluación de los proyectos, continuamos evaluando estrategias que permitan agilizar y facilitar y dar

---

soporte a los investigadores y personal de salud que desarrollan investigación para la aprobación de sus protocolos.

**Acción puntual 1.1.2** Fomentar la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades de la población usuaria del Hospital para incidir en la promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género.

**Avance:**

No obstante que se tiene una reducción de casos con infección relacionada con COVID-19, actualmente están en curso, investigaciones relacionadas con la comprensión de determinantes clínicas, genéticas, metabólicas, inmunológicas, etc. de la enfermedad, además de investigaciones multicéntricas internacionales para evaluar tratamientos y la efectividad de vacunas contra la infección por SARS-CoV2.

**Acción puntual 1.1.3** Fortalecer la investigación sobre las ENT, para utilizar los resultados como sustento en propuestas a programas académicos del área de enseñanza o en propuestas de apoyo al área Médica del Hospital con el fin de que exista vinculación con las necesidades de la población usuaria.

**Avance:**

La mayor proporción de proyectos que se están desarrollando actualmente están enfocados a enfermedades no transmisibles, algunos de estos están evaluando los resultados de procedimientos y procesos que se aplican en la atención de diferentes patologías, lo que permitirá reforzar o realizar nuevas propuestas que permitan hacer más eficiente la atención de la población usuaria.

**Estrategia prioritaria 1.2.- Fomentar la productividad científica de investigadores, médicos, y enfermeras, asegurando la calidad ética y segura de sus proyectos de investigación dentro de un marco de innovación técnica, científica y normativa.**

**Acción puntual 1.2.1** Incentivar a los investigadores y a los médicos con nombramientos de mandos medios, a participar en las convocatorias de ingreso,

---

promoción y permanencia dentro del Sistema Institucional de Investigadores (SII) y del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

**Avance:**

El 100% de los investigadores en Ciencias Médicas y mandos medios en Investigación, que debían participar en las convocatorias de ingreso, promoción y permanencia del Sistema Institucional de Investigadores y en el Sistema nacional de Investigadores, lo llevaron a cabo en sus respectivas convocatorias. Adicionalmente se está promoviendo el ingreso de nuevos investigadores

**Acción puntual 1.2.2** Estimular la participación de los investigadores y médicos en convocatorias para la subvención de proyectos de investigación por el CONACYT y de ONG's.

**Avance:**

Se participó en 2 convocatorias del CONACYT, para fortalecimiento de la infraestructura y para un proyecto de investigación. El Dr. Arony Martínez, logró la Subvención económica por parte del CONACYT para el desarrollo de su investigación básica titulada "CATEGORIZACIÓN DE LOS PROTEOMAS PUTATIVOS DE LOS GRÁNULOS DE ARN MENSAJERO EN PARÁSITOS DE INTERÉS CLÍNICO PARA SUIMPLEMENTACIÓN EN EL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN PARÁSITO-HOSPEDERO."

**Acción Puntual 1.2.3** Promover la armonización de la normatividad en materia de investigación en salud para asegurar la protección de los derechos humanos de los investigadores del Hospital, así como la distribución equitativa de los beneficios derivados de esta actividad.

**Avance:**

Se difundió entre los investigadores, los principales acuerdos discutidos en las sesiones mensuales de la Comisión externa de Investigación, que organiza la Dirección General de Políticas de Investigación en salud (DGPIS). Adicionalmente el Hospital participó en el desarrollo del anteproyecto de Norma Oficial Mexicana para las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación bajo la coordinación de la COFEPRIS. Adicionalmente se avanzó en la actualización de los Manuales de Procedimientos de los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad.

## Avances de la Meta para el bienestar y Parámetros del Objetivo prioritario 1

Indicador		Línea base (2018)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, así como las afecciones propias y enfermedades de la población usuaria del Hospital	39.4% (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	37.3% (2021)	56.3% (2022)	42.0% (2024)
Parámetro 1	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones.	31.7% (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	32.8% (2021)	20.8% (2022)	33.2% (2024)
Parámetro 2	Proporción de investigadores institucionales de alto nivel	44.7% (2018)	52.6% (2019)	52.4% (2020)	45.9% (2021)	46.2% (2022)	46.2% (2024)

Nota:

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

---

**Objetivo prioritario 2. Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.**

La relevancia del objetivo prioritario 2, una de las características que distinguen la enseñanza en la institución, es fomentar las conductas éticas y de instrucción académica en la convivencia de médicos en formación de especialidades diferentes, pero con objetivos de aprendizaje común, donde la actividad asistencial va de la mano con el aprendizaje teórico; coordinados y supervisados por profesorado altamente calificado; lo anterior, encaminado a contribuir al bienestar de la población.

Sin embargo, la necesidad de que la formación académica de excelencia vaya a la par de los avances científicos y tecnológicos es continua.

Lo anterior, demanda la actualización médica continua y la cooperación interinstitucional que contemplen tecnologías didácticas para la mejora de los programas de educación médica.

## **Resultados**

### **Actividades relevantes**

**Estrategia prioritaria 2.1.- Generar convenios interinstitucionales para fomentar programas de intercambio académico; promover las investigaciones conjuntas; efectuar proyectos de desarrollo; fortalecer las prácticas profesionales y establecer directivas para la cooperación interinstitucional, entre otros.**

**Acción Puntual 2.1.1.** Revisar y actualizar el alcance de los convenios actuales para fortalecer las prácticas profesionales, la capacitación y profesionalización.

#### **Avance:**

Para este periodo, se cuenta con 83 convenios registrados para fortalecer las prácticas profesionales, la capacitación y profesionalización.

**Estrategia prioritaria 2.2.- Replantear la capacitación y educación continua del hospital, tanto internamente (médicos, enfermeras,**

---

**técnicos de la institución), como en otras instituciones (médicos generales o médicos familiares y especialistas).**

**Acción Puntual 2.2.1** Identificar en el primer nivel de atención y los hospitales generales de la Ciudad de México oportunidades para capacitación por medio de entrevistas a encargados de área.

**Avance:**

Para fortalecer la formación académica de los residentes, continuaron las gestiones para los convenios con los hospitales de Oncología y de Cardiología del CMN Siglo XXI del IMSS, sin embargo, a pesar de la insistencia no hubo respuesta de parte de dichas Instituciones; por lo que, aprovechando el talento interno del Hospital, los residentes de nuestra Institución y los que provienen de otras, complementan su formación con rotaciones en distintos servicios de especialidad en la propia Institución y en otros hospitales.

**Acción Puntual 2.2.2** Integrar un catálogo de capacitación y educación continúa tomando en cuenta las oportunidades detectadas y el talento del hospital.

**Avance:**

Se cuenta con el Programa Anual de Trabajo 2022 para los cursos de Educación Médica Continua y el correspondiente a los cursos de Capacitación Técnico Médica, tomando en cuenta las prioridades de capacitación de la institución y la preparación y experiencia de los profesores titulares de cada curso. Además, se cuenta con el Programa Anual de Capacitación Administrativo Gerencial para el caso de los trabajadores del hospital con perfil y actividades sustancialmente administrativas. En el periodo, se realizaron 57 cursos de Educación Médica Continua con la asistencia de 2,423 alumnos, además de 8 diplomados con la asistencia de 24 alumnos, resultando en un total de 65 cursos y 2,447 asistentes.

En cuanto a Capacitación, en materia Técnico Médica se realizaron 4 cursos: Hemorragia Obstétrica, Manejo Integral de la Vía Aérea, Reanimación Neonatal y el curso Estado de Shock y Cuidado Enfermero. Asimismo, en materia Administrativa-Gerencial se llevaron a cabo 7 eventos y, otros 30 eventos en cumplimiento de las estrategias previstas por el Comité de Ética del Hospital.

---

## **Estrategia prioritaria 2.3.- Aplicar tecnologías educativas para la mejora de programas de especialidad.**

**Acción Puntual 2.3.1.** Evaluar burnout y tener un sistema de atención a residentes con riesgo.

**Avance:**

En febrero, durante el curso de inducción para los médicos residentes, se impartieron tres conferencias: “Mecanismos y Estrategias para la resolución de conflictos con pacientes y/o familiares”, “Uso Responsable de las Redes Sociales en el Ámbito Médico” y “Las Fortalezas Humanas y el Bienestar biopsicosocial del Residente”.

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) diseñó y se difundieron infografías referentes a la Prevención de Burnout y ansiedad.

Asimismo, durante el mes de junio se realizó una evaluación grupal para detectar sintomatología depresiva (PHQ-9), ansiosa (GAD-7), burnout (Inventario de Maslach) y habilidad en la solución de problemas en los residentes de diferentes especialidades.

Se dieron sesiones de atención psicológica individual a residentes que lo requirieron.

De igual forma, se propusieron talleres de atención grupal con temáticas como: comunicación asertiva, solución de conflictos, trabajo en equipo, manejo del estrés y autovalidación.

Asimismo, se propuso una sesión con los médicos adscritos de diferentes servicios para dar estrategias de reforzamiento positivo que puedan impactar a los residentes para sentirse más validados.

En el mes de junio se revisó, actualizó y difundió el tríptico con la información de los servicios que el SEAP-PF ofrece para el personal en formación del Hospital.

**Acción Puntual 2.3.2.** Coordinar entre la Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Investigación Biomédica, el apoyo a proyectos de diplomación.

**Avance:**

Durante el Curso de Inducción para residencias médicas realizado en el mes de febrero, la Subdirección de Investigación Biomédica impartió la conferencia “Procesos de Investigación para la titulación y diplomación oportuna”.

Se impartió a los residentes la conferencia “Graduación 2022-2023” para el proceso de titulación ante la Facultad de Medicina de la UNAM

---

**Acción Puntual 2.3.3.** Aumentar el intercambio de residentes con instituciones pares y de segundo y tercer nivel para fortalecer el conocimiento y habilidades en la formación de especialistas para que respondan a las necesidades de atención médica de los usuarios del Hospital.

**Avance:**

Se rotaron 262 médicos residentes De otras instituciones al Hospital. Y se rotaron 586 médicos residentes del Hospital A otras instituciones; con dichas rotaciones, se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los médicos residentes.

**Acción Puntual 2.3.4.** Desarrollar mesas de diálogo para la mejora de programas de capacitación y profesionalización de los médicos residentes.

**Avance:**

Para facilitar el desempeño en las actividades médicas diarias desde el punto de vista psicoemocional, psicosocial, académico-científico y asistencial de los médicos residentes, en febrero se realizó un curso de inducción para residencias médicas 2022-2023; en el cual se impartieron, entre otras, las siguientes conferencias:

- \*Comité de Ética en Investigación y Comité Hospitalario de Bioética
- \*Integridad Científica
- \*Calidad en la Atención Médica
- \*Uso y aplicación de la lista de verificación de procedimientos dentro y fuera de quirófano. Protocolo Universal
- \*Medicina Transfusional
- \*Normatividad para las residencias: NOM\_001\_SSA3\_2012, Reglamento Interno para Residentes, Código de Conducta; Código de Ética; CEPCI
- \*Nombrar-nos y habitar-nos desde la Perspectiva de Género
- \*Mecanismos y estrategias para la resolución de conflictos con pacientes y/o familiares;
- \*Uso responsable de las redes sociales en el ámbito médico
- \* Procesos de Investigación para la titulación y diplomación oportuna
- \* Certificado de Defunción
- \*Prevención, atención y sanción del hostigamiento y acoso sexual



\*Las Fortalezas Humanas y el Bienestar biopsicosocial del Residente

\*Expediente Clínico

\*Identificación y Manejo de Residuos Hospitalarios

\*Proceso de alta en el ISSSTE

\*El ABC de la protección radiológica

\*Se informó del Acuerdo por el que se emite el Código de Ética de las Personas Servidoras Públicas del Gobierno Federal (05-02-2019, Diario Oficial de la Federación) y el Código de Conducta

\*Se informó del Reglamento Interno para Residencias Médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González;

\*Se informó del Reglamento para Médicos Residentes en Servicio Social Profesional de la Secretaría de Salud; aplicable a: medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y anestesiología.

\*Se informaron las Normas Oficiales Mexicanas NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas y la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

## Avances de la Meta para el bienestar y Parámetros del Objetivo prioritario 2

Indicador		Línea base (Año)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje de cursos de educación médica continua impartidos	100% (2018)	96.4% (2019)	50.0% (2020)	90.6% (2022)	100% (2022)	100% (2024)
Parámetro 1	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de especialidades troncales.	100% (2018)	N.D. (2019)	100% (2020)	100% (2022)	100% (2022)	100% (2024)
Parámetro 2	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de especialidades de anestesiología.	100% (2018)	N.D. (2019)	100% (2020)	100% (2022)	100% (2022)	100% (2024)

Nota:

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

---

**Objetivo prioritario 3. Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores.**

La relevancia del objetivo prioritario 3. Se enfoca en que las actividades sustantivas de la institución, fundamentales y complementarias, puedan con base en la integración de un círculo virtuoso, alcanzar la calidad en los procesos de atención médica en cualquiera de sus áreas para contribuir a preservar el derecho a la protección de la salud para el bienestar de la población y el desarrollo de México de forma eficiente y eficaz.

## **Resultados**

### **Actividades relevantes**

**Estrategia prioritaria 3.1.- Mejorar el sistema de gestión de la calidad a través de la monitorización y ciclos de mejora continua para favorecer la atención médica.**

**Acción Puntual 3.1.1.** Profundizar las acciones del Comité de Bioética Hospitalaria.

**Avance:**

Se continua con las reuniones del Comité de Bioética Hospitalaria.

**Acción Puntual 3.1.2.** Ofrecer la atención médica a usuarios sin seguridad social de acuerdo a los convenios, reglas de operación o criterios establecidos por el INSABI y con base en la capacidad de oferta del Hospital.

**Avance:**

En el área de urgencias se otorgó atención médica a todo aquel paciente demandante de atención: en urgencias adultos se brindó atención a 64,392 pacientes, de ellos ingresaron a observación 5,794, a la sala de choque se admitieron 800 pacientes considerados como graves; 1, 017 pacientes ingresaron a la división de medicina interna. En la consulta externa se dio atención a 33,818 pacientes de los servicios de Medicina interna, dermatología la clínica de heridas, psiquiatría y salud mental, y sub especialidades de neurología, reumatología, endocrinología, cardiología, valoración preoperatoria, oncología clínica, geriatría.

---

Se dio atención médica a todos los pacientes pediátricos que lo requirieron.

**Acción Puntual 3.1.3.** Favorecer el desarrollo, actualización y apego a las guías de práctica clínica y protocolos de atención, basadas en evidencia científica.

**Avance:**

Consulta Externa: se llevó a cabo una capacitación con el personal administrativo para reafirmar el protocolo de atención de las asistentes y los asistentes de módulos.

El Departamento de Organización y Seguridad realizó capacitaciones a su personal con la finalidad de mejorar la atención que proporcionan.

A través del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico, se retomó por parte de los diversos servicios, la evaluación cruzada de los Expedientes Clínicos.

Se ha indicado a los Servicios Médicos que se registren en la atención de los pacientes, las guías de práctica clínica que rigen el manejo médico y las decisiones tomadas en su tratamiento. Durante el periodo de pandemia, si bien no existen guías específicas de práctica clínica, se siguieron los Lineamientos y Protocolos de Atención emitidos por la Secretaría de Salud Federal, se realizaron las actividades coordinadas por el servicio de Infectología y epidemiología y de acuerdo a los hallazgos más recientes de la literatura mundial, además de la experiencia generada.

La Subdirección de Enfermería continúa generando protocolos de investigación que contribuyen a la mejora en la atención a los pacientes y a generar evidencia científica, en este período:

1.- Se obtuvo la aprobación de 3 protocolos de investigación, 2 de ellos elaborados por pasantes de enfermería y 1 elaborado por personal de enfermería.

☐ Nivel de depresión, ansiedad y estrés en personal de enfermería que labora en áreas COVID- 19, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Registro 41-11-21

☐ Necesidades de familiares de pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Registro 42-03-21

☐ Capacidad de agencia de auto cuidado en pasantes de enfermería y medidas preventivas aplicadas para prevenir COVID-19. Registro 42-10-21

2.- Se concluyó 1 protocolo de investigación

☐ Instalación del Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) Guiado por Ultrasonido. Experiencia de Enfermería”, con número de registro 41-117-20, se entrega reporte final el día 29 de enero.

3.- Se encuentra en fase recolección de información y análisis de datos, 1 protocolo:

---

☐ Calidad de vida profesional del personal de enfermería que labora en áreas COVID-19 del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Registro 41-157-20

4.- Tres protocolos asesorados por la Dra. Carmen L. Balseiro Almario, se encuentran en espera de Dictamen.

☐ Eficiencia terminal de los posgrados en enfermería peri operatoria y enfermería del adulto en estado crítico de las generaciones 2017,2018 y 2019 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

☐ La prevención de riesgos del personal de enfermería que permite una cirugía segura de pacientes Covid-19 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México.

☐ Cuidado Especializado de Enfermería que se brinda a las personas mayores de 70 años en el Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México.

En el mes de abril se imparte el Curso Virtual Asincrónico “Atención del Personal de Salud en el Marco de los Derechos humanos y La No violencia” del 05 al 16 de abril, con 20 horas

El Curso-Taller, “Actitud de un Líder en el equipo de Salud” los días 28, 29 y 30 de abril con 20 horas.

En el mes de mayo se imparte el Curso Virtual “Impacto en la calidad de los cuidados en la prevención de infecciones Asociadas a la Atención en Salud” del 12 al 14 de mayo con 20horas

El mes de junio se imparte el Curso Virtual “Prevención de Lesiones, Manejo de Heridas y Estomas: Atención centrada en la Seguridad y Calidad para el Paciente” del 7 al 11 de junio con 20horas

El Curso-Taller RCP Básico, para personal de la Institución el día 14 de junio para 20 asistentes.

El Curso-Taller “Soporte Vital Avanzado (PALS) y RCP Neonatal” a 20 asistentes el 24 y 25 de junio con Certificación de la American Heart Association.

Durante el mes de septiembre se inició la elaboración en el formato guía institucional del protocolo de investigación titulado “Necesidades de cuidados paliativos en personas adultas hospitalizadas con insuficiencia hepática en un hospital de tercer nivel de atención. Avance 40%.

Protocolos de investigación concluidos y aceptados en Congresos de enfermería:

1º Congreso Internacional Licenciatura en enfermería “Retos de la atención del cuidado de Enfermería en la Actualidad” a desarrollarse los días 6,7 y 8 de octubre del presente año, en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

---

Necesidades de familiares de pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos.

En investigación se desarrollaron las siguientes actividades:

1.- El trabajo de investigación titulado “Instalación de Catéter Central de Inserción Periférica Guiado por Ultrasonido. Experiencia de Enfermería”, obtuvo el 2º Lugar en la modalidad de presentación de trabajos libres, en el 5º Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Profesionales en Terapia de Infusión. “Terapia de Infusión: Practicas en Tendencia Para la Seguridad del Paciente”, el trabajo de investigación titulado:

2.- Se concluyeron 3 protocolos de investigación y se entregó el informe técnico final correspondiente.

- Nivel de depresión, ansiedad y estrés en personal de enfermería que labora en áreas COVID-19, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Registro 41-11-21.
- Capacidad de autocuidado en pasantes de enfermería y medidas preventivas aplicadas para prevenir COVID-19. Registro 42-10-21.
- Necesidades de familiares de pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos. Registro 42-03-21.

3.- Se inició la elaboración en formato guía institucional de 1 protocolo de investigación, el cual lleva un avance de 40%.

▫ Necesidades de familiares de pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos.

4.- Fueron aceptados 4 trabajos de investigación concluidos, mismos que serán presentados en 3 diferentes eventos nacionales e internacionales de enfermería.

- Calidad de vida profesional del personal de enfermería que labora en áreas Covid-19.
- Capacidad de autocuidado en pasantes de enfermería y medidas preventivas aplicadas para prevenir COVID-19.
- Necesidades de familiares de pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos.

Instalación de Catéter Central de Inserción Periférica Guiado por Ultrasonido. Experiencia de Enfermería

Se realizaron revisiones para estandarizar los requerimientos de Laboratorio, en el área de Terapia Intensiva y Terapia Intermedia, evitando pruebas no necesarias. Se realizaron sesiones por acuerdo del COCASEP para llegar a acuerdos con las diferentes subdirecciones médicas y optimizar la solicitud de estudios de laboratorio.

---

Durante el tercer trimestre del 2022 se trabajó en la actualización de todos los manuales de procedimientos dependientes de la Subdirección de Cirugía y se consiguió su integración final que incluye protocolos de atención de todas las clínicas de cada una de las Divisiones quirúrgicas.

**Acción Puntual 3.1.4.** Apoyar la identificación de mecanismos innovadores para la generación y utilización de los recursos con el fin de mejorar la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las ENT.

**Avance:**

Capacitación constante de los médicos tratantes para el reconocimiento de las ENT. Las áreas médicas encaminan sus esfuerzos por dar atención oportuna y la más pronta recuperación de los pacientes, utilizando de la mejor manera los recursos materiales y humanos.

**Acción Puntual 3.1.5.** Fortalecer la estrategia de gestión de calidad y seguridad del paciente del Hospital, atendiendo a criterios de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios médicos y asistencia social, incorporando indicadores que reflejen la efectividad de los servicios.

**Avance:**

Con el fin de fortalecer la estrategia de gestión de calidad y seguridad del paciente del Hospital, se llevaron a cabo los siguientes cursos y sesiones mensuales de enfermería:

- Liderazgo y empoderamiento en la Calidad y Seguridad de la Terapia de Infusión; curso virtual del 23 al 25 de febrero, 20 horas, 186 asistentes.
- Liderazgo en enfermería en el control de las IAAS, virtual, 25 mayo 2022, 1 hora, 113 asistentes.
- Responsabilidad del personal de Enfermería en el manejo correcto de los RPBI y de manejo especial, 23 noviembre 2022, 1 hora, 151 asistentes

Además, durante el periodo de reporte se continuo con el monitoreo de los indicadores de calidad del sistema INDICAS, con cortes mensuales y cuatrimestrales., mostrando el siguiente porcentaje de cumplimiento con relación al apego a las barreras de seguridad del paciente:

- Trato digno por Enfermería 98.8%
- Administración de medicamentos 98.0%
- Vigilancia y control de venoclisis instalada 97.7%
- Prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados 91.7%
- Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada 80.6%
- Prevención de caídas a pacientes hospitalizados 96.6%

- 
- Registros clínicos y notas de enfermería 95.0%
  - Identificación correcta del paciente 98.4%
  - Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica 84.1%

En consideración a los indicadores de calidad que mostraron un porcentaje de apego menor al 90% en su cumplimiento, se implementaron las siguientes acciones de mejora:

- Se emitió la instrucción de reforzar los registros de enfermería relacionados con la instalación, manejo y cuidados de la sonda vesical.
- Se solicitó a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria la programación de capacitación referente a los cuidados del sondaje vesical dirigida a todo el personal de enfermería
- Se programaron reuniones de trabajo con la Clínica de Cuidado de la Piel con el propósito de llevar a cabo la revisión de las definiciones operacionales incluidas en la prevención de las lesiones por presión.
- Así mismo, se llevó a cabo la revisión de la guía que incluye las barreras de seguridad para prevenir las lesiones por presión, con la finalidad de difundirla al personal operativo y plantear la viabilidad de realizar un tópico de auditoría clínica relacionado con el apego a las mejores prácticas para evitar dichas lesiones.
- Se realizó la guía de Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, misma que se difundió a través de capacitaciones para el seguimiento de su implementación
- En materia de calidad y seguridad del paciente se realizaron las siguientes capacitaciones dirigidas a los profesionales de enfermería del Hospital:
- Papel de enfermería en la integración del Expediente Clínico: “Implicaciones ético –legales” virtual, 26 enero 2022; 1 hora; 65 asistentes.
- Trato digno en Enfermería; virtual, 23 marzo 2022, 1 hora, 119 asistentes.
- Capacitaciones
- Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Paciente, 16 al 18 de mayo, 3 sesiones, 3 horas, 18 asistentes.
- Retiro de catéter central por enfermería y barreras de seguridad en la administración de medicamentos, agosto, 13 horas, 183 asistentes.
- Cuidado y mantenimiento de accesos vasculares, septiembre, 8 horas, 76 asistentes.
- Se desarrolló el seminario: La Gestión del Cuidado en los Servicios Clínicos de Enfermería. 24 de agosto al 30 de noviembre, con una duración total de 30 horas y 66 asistentes.

---

**Acción Puntual 3.1.6.** Analizar los documentos, políticas y lineamientos institucionales existentes para determinar áreas de mejora y promover una atención integral.

**Avance:**

Se continuó con la revisión y análisis de diversos documentos normativos orientados a la calidad en la atención médica, seguridad del paciente y provisión de servicios de salud:

- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024.
- Modelo de Gestión de Calidad en Salud 2016 de la DGCES. Segunda Edición, 2019.
- Programa de Acción Específico: Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG. Edición 2017.
- INSTRUCCIÓN 117/2008 Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- INSTRUCCIÓN 171/2009 Composición y funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en las unidades prestadoras de salud.
- Lineamientos Técnico-Operativos del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- INSTRUCCIÓN 187/2009 Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Guía Operativa del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).
- Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes de salud
- Lineamientos para el Monitoreo Institucional, en los cuales se incluyen las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. (SESTAD).
- Guía Operativa del Aval Ciudadano 2018.
- Lineamiento para el Uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión, atención y orientación al usuario de los servicios de salud (SUG).
- ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente 08/09/2017.
- Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).



- Secretaría de Salud. Development of Quality Indicators for Health in Mexico: Methods and process manual. First Edition developed by NICE International and University of Manchester. 2016.
- INSABI Instituto de Salud para el Bienestar.
- Manual de Integración del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico.
- ISO 900:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad.

Se coordina, supervisa y asesora la elaboración de carpetas gerenciales, manuales de procedimientos y de organización.

Elaboración y vigilancia de indicadores de calidad, entregando informe mensual y cuatrimestral.

La Dirección Médica del Hospital, periódicamente solicita a sus subdirecciones la revisión de los procesos y políticas de atención para generar áreas de oportunidad que mejoren la atención de los pacientes y sus familias.

Actualización de manuales de procedimientos, Se llevan a cabo juntas de trabajo para elaborar un manual procedimental de la Cédula de Educación al Paciente y su Familia, además de fomentar el apego al llenado correcto de la misma e involucrar a las diferentes áreas que tienen que ver con este proceso.

Admisión y Archivo Clínico: se concluyó el manual de procedimientos de la jefatura, con todas sus firmas de autorización.

El manual del Servicio de Rehabilitación está concluido y los del Foniatría y Consulta Externa cuentan con un avance del 90%.

Consulta externa: Se realizaron los ajustes pertinentes y se puso en marcha el “Plan de Atención de Consulta Externa Postpandemia SARS-CoV-2” para la reapertura de todos los servicios de la consulta externa, para brindar atención integral en condiciones de seguridad tanto para el paciente como para el personal médico, paramédico y administrativo.

Se lleva a cabo las negociaciones con las partes involucradas en la realización del Convenio de Colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México y La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; en este momento se encuentra en firma en el Departamento de Jurídico de la ENEO.

Revisión y Actualización del Procedimiento de Gratuidad, del Procedimiento de Alta y Prealta Hospitalaria, así como el Desarrollo de los Procedimientos de la División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional.

A partir del mes de julio la Directora Médica indicó a los subdirectores la actualización de los manuales de procedimientos correspondientes a sus subdirecciones, así como a las jefaturas a su cargo, para lo cual se llevaron a cabo reuniones con los integrantes de las subdirecciones médicas y la subdirección de

---

planeación para la revisión de los que son considerados propios de las jefaturas y aquéllos que se consideran procedimientos generales para integrarlos en los manuales.

La Subdirección de Enfermería realizó lo siguiente:

Actualización de manuales de procedimientos, se llevan a cabo juntas de trabajo para elaborar un manual procedimental de la Cédula de Educación al Paciente y su Familia, además de fomentar el apego al llenado correcto de la misma e involucrar a las diferentes áreas que tienen que ver con este proceso.

Se llevan a cabo diversas juntas de trabajo para actualizar y finalizar con los trámites correspondientes al Convenio de Colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México y La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Se lleva a cabo las negociaciones con las partes involucradas en la realización del Convenio de Colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México y La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; en este momento se encuentra en firma en el Departamento de Jurídico de la ENEO.

Se trabajó en la actualización de los manuales de procedimientos relacionados con las actividades propias del Departamento de Docencia e Investigación en Enfermería.

Se establece un acercamiento con la Universidad Autónoma del Estado de Morelos con la intención de que el personal de enfermería se profesionalice realizando el curso complementario para obtener el grado de licenciatura

Se envía a Jurídico de la Institución para revisión del Convenio de Colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México y La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; posterior a la revisión se acordará lugar y fecha para firma del documento por las partes involucradas.

**Acción Puntual 3.1.7.** Mantener vigilancia para garantizar el respeto a los valores y diversidad cultural de los pacientes y sus familiares, bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género, trato adecuado y digno.

**Avance:**

En apego a las disposiciones del Lineamiento para el Uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) para la atención y orientación al usuario de los servicios de salud, emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y por el INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar), se continua proporcionando atención en el Hospital a través del Módulo de Atención al Usuario en el Área de Calidad, sitio donde se otorga atención personalizada a los pacientes y familiares por un equipo multidisciplinario médico, de trabajo social y enfermería.

---

El Módulo de Atención del SUG en el Hospital se dedicó a la atención de todas aquellas quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión, que son recibidas de manera presencial, recabadas a través de los buzones del SUG instalados en diversas áreas del Hospital, mediante vía telefónica en el número publicado en la página de Internet del Hospital, y a través de otros medios como el correo electrónico institucional SUG: [quejas\\_gea@salud.gob.mx](mailto:quejas_gea@salud.gob.mx)

De 370 Solicitudes de Atención recibidas en el periodo, 98 quejas se han resuelto, quedan por resolver 24.

El 30.8% de las solicitudes recibidas fueron de Gestión, las cuales son peticiones de apoyo de los usuarios para poder acceder con oportunidad y de manera efectiva a los servicios de salud que brinda el Hospital; el 100% de estas solicitudes de gestión se resolvieron de manera eficiente favoreciendo la intercomunicación con los diversos servicios médicos y administrativos del Hospital, evitando su transformación en quejas.

La política de atención de los usuarios en la institución va orientada a garantizar que reciban atención oportuna, de calidad, con calidez y trato digno al interior del Hospital.

Durante el periodo, se continuó llevando a cabo la aplicación periódica de Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a los pacientes y familiares del Hospital en las Áreas de Hospitalización, Consulta y Urgencias, las cuales son aplicadas por el Departamento de Calidad de la atención Médica y Trabajo Social y personal de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, en su figura como Aval Ciudadano de la Institución, sin embargo en este periodo se suspendió la aplicación de las encuestas por el Aval Ciudadano a causa de la contingencia por COVID-19.

De enero a diciembre se aplicaron encuestas en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa por el Departamento de Calidad de la Atención Médica y Departamento de Trabajo Social, en consulta externa.

En este periodo fueron aplicadas 1,949 Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, por el Monitor Institucional (Áreas de Calidad), obteniendo un resultado de 89.30% promedio general.

Hay promoción continua y vigilancia a los códigos de conducta y éticos del hospital, especialmente fomentar la cultura de no discriminación.

Enfermería lleva a cabo capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema de Trato Digno. Febrero 2021, 33 alumnos, 6 sesiones en 6 horas.

Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema de Llenado de la Cédula de Educación. 22 y 24 febrero y 5 de marzo, 18 alumnos, 3 sesiones en 3 horas.

En el mes de abril se imparte el Curso Virtual Asincrónico "Atención del Personal de Salud en el Marco de los Derechos humanos y La No Violencia" del 05 al 16 de abril, con 20 horas

Se realizan las gestiones necesarias de enlace con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, para valorar la posibilidad de suscribir un Convenio de Colaboración

---

interinstitucional, que permita consultar el Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas (PANITLI), herramienta en línea, de apoyo especializado, con el propósito fundamental de brindar información de intérpretes y traductores en lenguas indígenas para satisfacer la demanda institucional y social en diversos ámbitos, entre ellos la promoción de programas públicos de salud a la población hablante.

Lo anterior, considerando que este H. Hospital General es una Institución Pública de la Secretaría de Salud, cuya Política de Calidad está orientada a otorgar Servicios de Salud de manera equitativa, incluyente y con oportunidad, por lo cual, es fundamental establecer los vínculos interinstitucionales necesarios que hagan factible poner al alcance de pacientes y familiares, diversos recursos tales como materiales impresos, audiovisuales, e inclusive la atención por intérpretes que promuevan la igualdad de oportunidades para todos nuestros usuarios, otorgando información clara, veraz y oportuna sobre su proceso de atención en salud en este nosocomio.

El personal médico y administrativo del Hospital tomó los cursos con los temas de:

- La nueva ética e integridad en el Servidor Público.
- Los conflictos de intereses en el ejercicio del Servidor Público.
- Diversidad sexual y Derechos Humanos
- Inducción a la igualdad entre mujeres y hombres
- Hostigamiento y Acoso sexual

**Acción Puntual 3.1.8.** Promover los procesos de acreditación de servicios y Certificación con criterios internacionales del Consejo de Salubridad General.

**Avance:**

Durante este periodo, el área de calidad ha mantenido comunicación activa con el Grupo de Directivos de Calidad, de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), a fin de trabajar de manera coordinada en estrategias para favorecer en el Hospital la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud, acción sustantiva para considerar la Acreditación de Servicios por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la Certificación correspondiente por el Consejo de Salubridad General.

En el mes de marzo 2020 se suspendieron las reuniones por la contingencia de COVID-19.

Conforme a las observaciones del proceso de Acreditación para los programas de Siglo Médico XXI en el área de UCIN, y para el programa de CAUSES, en el mes de noviembre, por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se establecen actividades programadas con las áreas para mejora En relación a la no acreditación en el año 2020, de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales (Fondo de

---

Protección contra Gastos Catastróficos), y a la Atención Médica en Segundo Nivel (Catálogo Universal de Servicios de Salud), se continúa trabajando con los criterios mayores con la Subdirección de Recursos Humanos y las Áreas Médicas, para solventar esta observación, con lo que respecta los criterios mayores de infraestructura continúan pendientes por la no posibilidad de modificar las áreas físicas del área de neonatología, Unidad de Terapia Intensiva Metabólica, Unidad Toco-quirúrgica.

Se realizó la evaluación de la cédula de Atención de Emergencia Obstétrica, se programaron reuniones de trabajo y se establecieron acuerdos mejorando los procesos de atención, sin embargo, por incumpliendo a la normatividad vigente de la infraestructura, el día 8 de noviembre, se difirió la visita por medio del Número de oficio HMGG-DG-455-2021, dirigido a la Dra. Vanessa Uzatte Vizcarro Munguía. Encargada de Despacho de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Estructurar los procesos y la metodología con el equipo multidisciplinario ante la detonación de un código mater los días; 11 marzo, 27 mayo, 7 junio, 24 junio, 30 de julio y 9 de septiembre.

Se llevan a cabo juntas de trabajo para elaborar un procedimental de la Cédula de Educación al Paciente y su Familia, además de fomentar el apego al llenado correcto de la misma e involucrar a las diferentes áreas que tienen que ver con este proceso.

Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema de Llenado de la Cédula de Educación 22 y 24 febrero y 5 de marzo, 18 alumnos, 3 sesiones en 3 horas.

Acreditación de hemorragia obstétrica

Reuniones para llegar a acuerdos.

Estructurar los procesos y la metodología con el equipo multidisciplinario ante la detonación de un código mater.

**Acción Puntual 3.1.9** Generar cédulas de costos de los servicios médicos para contar con parámetros de los requerimientos necesarios para la prestación de servicios otorgados por el Hospital.

**Avance:**

La Dirección Médica, en colaboración con la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, han trabajado en el “costeo” de la atención en diferentes áreas, se llevan a cabo dos proyectos en el Centro de Atención Médica Integrada (CIMA) uno por parte de la Dirección médica con la colaboración de la facultad de Ingeniería Biomédica de la UNAM y el otro en coordinación con el Instituto de Salud Pública para determinar el costo de la atención de los pacientes COVID.

---

**Acción Puntual 3.1.10.** Realizar la encuesta de seguridad del paciente al personal interno para identificar su percepción de la calidad y seguridad del paciente en el Hospital.

**Avance:**

Se da seguimiento a la encuesta de la Evaluación de Cultura de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo del día 17 de septiembre al 31 de octubre, obteniendo un promedio de 8.05 como resultado, el Plan de Acción de Mejora sobre Cultura de Seguridad del Paciente, será enviado a la Coordinación de Hospitales Federales de Referencia en enero 2022.

Se realizan encuestas, de calidad de la atención a los pacientes y familiares.

El mes de junio se lleva a cabo la Sesión Mensual Virtual de Enfermería con el tema: “Apego a las Acciones Esenciales para garantizar la seguridad del Paciente” con 70 asistentes en 1 hora

El personal del hospital participó en la “Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente”.

**Estrategia prioritaria 3.2.- Fortalecer los mecanismos que permitan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de atención médica a la población.**

**Acción Puntual 3.2.1** Participar en la integración de un padrón de usuarios y pacientes de acuerdo a las directrices que emita la Secretaría de Salud.

**Avance:**

En el Sistema Integral de Gestión Hospitalaria (SIGHO), se tiene el registro de los pacientes que acuden al hospital para ser atendidos, tanto por Urgencias como por Consulta Externa,

A través del SEU-GEA (Sistema de Captura Electrónica de Urgencias) se captura la información de los pacientes que asisten a consulta o atención en esta área y se ha logrado tener un sistema más controlado de pacientes. Tanto para saber la productividad de los servicios de urgencias adultos, pediatría y gineco-obstetricia, como para cuando se requiere responder alguna queja o información ya que esta queda resguardada en forma electrónica, durante el último trimestre se trabajó en

---

la actualización de este sistema para mejorar su seguridad y el resguardo de los datos generados.

La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la Jefatura de Quirófano, realiza el registro de toda la cirugía realizada en las áreas quirúrgicas, con una base de datos amplia, con información de los pacientes que se someten a cirugía, al igual que la división de cuidados paliativos y clínica del dolor, así como la terapia intensiva, lleva un control estricto de los pacientes atendidos.

El Hospital participa en los trabajos para la suscripción del Convenio que permita el Acceso de Diversas Instituciones de la CCINSHAE, al Padrón de Afiliados del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

**Acción Puntual 3.2.2** Promover los mecanismos para la difusión de los servicios médicos que otorga el Hospital para la atención de pacientes.

**Avance:**

Algunos servicios de la Subdirección de Pediatría se promueven en la página electrónica del hospital ofreciendo los servicios que podemos atender.

La subdirección de Urgencias y Medicina, actualizó al 100%, de manera electrónica los servicios que ofrece el hospital, al través de la plataforma nacional de transparencia (SIPOT).

**Acción Puntual 3.2.3.** Reforzar la referencia y contrarreferencia concertada de pacientes con las instituciones de la red de servicios.

**Avance:**

Trabajamos en colaboración con el Programa de Referencia y Contrareferencia con los Hospitales Pediátricos de la Ciudad de México, Hospitales Generales e Institutos Nacionales de Salud que atienden pacientes pediátricos.

Se ha mejorado la comunicación con las instituciones para lograr una referencia o interconsulta/valoración, aunque aún en turnos especiales o nocturno se vuelve realmente muy complicado. Este retraso, entre otros factores, es que la mayoría de

---

los hospitales de referencia, tanto de tercer nivel como de segundo nivel, están saturados y es muy complicado lograr la referencia concertada.

Con el Instituto Nacional de Pediatría hemos logrado a través de correo electrónico institucional, la atención de nuestras solicitudes de atención de interconsultas y valoraciones de pacientes hospitalizados y externos, siendo un poco más ágil el proceso para la atención. Por otro lado, nosotros les hemos aceptado varios pacientes, sobre todo con patologías quirúrgicas, para lograr una atención prioritaria para nuestros pacientes y trabajando en forma conjunta.

Se instaló un grupo por WhatsApp con varios institutos nacionales y hospitales de la CDMX que atienden pacientes pediátricos con directivos o personal encargado del enlace y hemos logrado la referencia principalmente de urgencia de algún paciente.

En la División de Urgencias adultos, por medio de la participación del Centro Regular de Urgencias Médicas (CRUM) y el convenio de referencia y el Sistema RECO CCINSHAE así mismo se nombra para este último sistema de referencia al Dr. Mihael Joshua Rosano Bernal como representante de este Hospital ante el comité de coordinación.

En colaboración con el Instituto de cardiología se continúa con la referencia concertada de los pacientes con Infarto agudo al miocardio al final del 15 de diciembre fueron valorados 154 pacientes.

**Acción Puntual 3.2.4** Vigilar la intercomunicación interna y externa de las aplicaciones informáticas en las áreas médicas y de apoyo administrativo del Hospital de acuerdo al marco normativo para contribuir a mejorar la capacidad y calidad de los servicios.

**Avance:**

Actualmente se encuentran intercomunicadas las aplicaciones informáticas.

Dentro del Programa Anual de mantenimiento a los servicios de intercomunicación interna y externan de las aplicaciones informáticas, se incluye una revisión para su óptimo funcionamiento en acción preventiva de cualquier mejora a la capacidad y calidad de los servicios.



---

En el hospital se han desarrollado algunas herramientas informáticas para mejorar la atención de los pacientes y para el registro de las actividades, facilitando el trabajo cotidiano, las principales son la de Urgencias, denominada SEU-Gea, la de programación de Consulta externa denominada RDPAC CE y actualmente se está desarrollando una nueva herramienta para consulta para el seguimiento de los pacientes, implementada inicialmente en el servicio de Infectología.

Admisión y Archivo Clínico: en conjunto con la Jefatura de Consulta Externa, se trabaja en la unificación de las agendas digitales SIGHO, para la programación de consulta y evitar las agendas en físico.

Se están realizando mejoras en los sistemas con los que cuenta el hospital: SEU-Gea y RDPac CE para fortalecerlos y mejorar la seguridad.

Con apoyo del área de Ingeniería de CIMA y la participación de pasantes de la Facultad de Ingeniería Biomédica se desarrolló una herramienta denominada Tablero de Control MIR, con el objetivo de que los subdirectores capturen la información de la de la Matriz de indicadores por Resultados y evalúen mensualmente el avance en las metas con el objetivo de realizar acciones de mejora en los casos en que no se vayan a alcanzar las metas o estas se modifiquen si es necesario.

### **Estrategia prioritaria 3.3.- Favorecer el buen uso de los servicios de acuerdo con su capacidad resolutive en beneficio de la población**

**Acción Puntual 3.3.1.** Apoyar los procesos de capacitación de la atención médica para el control, tratamiento y seguimiento de padecimientos en las diferentes especialidades del Hospital.

#### **Avance:**

Durante la pandemia, las actividades académicas se han mantenido en Línea, y esta modalidad ha tenido un importante crecimiento.

Se han realizado congresos y cursos en línea para capacitación del personal médico los cuales han asistido de acuerdo a la programación de sus especialidades.

Enfermería ha tenido también un programa de capacitación para su personal con los siguientes cursos:

- 
- Curso Virtual: Calidad en la Terapia de Infusión intravenosa y Accesos Vasculares: Retos y Experiencia ante la COVID-19. 25 al 27 de enero 2021 con 258 alumnos, 20 horas
  - Curso - Taller: RCP Básico. 22 de febrero 2021 con 13 asistentes, 7 horas
  - Curso - Taller: ACLS/BLS con Certificación. 17 de febrero 2021 con 17 asistentes, 18 horas.
  - Curso Virtual: Código Mater, TRIAGE Obstétrico y Equipo de Respuesta Inmediata. 17 al 19 de marzo 2021 con 201 alumnos, 20 horas.
  - Curso híbrido: Cuidados de Enfermería en la Hemodiálisis. 22 al 26 de marzo 2021 con 19 alumnos, 30horas con certificación en sistema AK-98 y Prisma Flex.

#### Sesiones Mensual Virtual de Enfermería

- Resiliencia desde la perspectiva de Enfermería ante la COVID- 19. 24 de febrero 2021, 72 asistentes, 1 sesión en 1 hora.

#### Retransmisión 66 asistentes

- Intervención de Enfermería al estado de choque en el paciente pediátrico. 24 marzo 2021

#### Sesiones Mensuales de Pasantes de Enfermería

- Importancia del llenado correcto de la Cédula de Educación al Paciente y Familia. Marzo 2021, 41 asistentes 1 sesión en 1 hora

#### Capacitaciones:

- Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema de Trato Digno. Febrero 2021, 33 alumnos, 6 sesiones en 6 horas.
- Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema de Llenado de la Cédula de Educación. 22 y 24 febrero y 5 de marzo, 18 alumnos, 3 sesiones en 3 horas.
- Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. Marzo 2021, 2 sesiones en 2 horas.
- Capacitación a paciente y familia en los diferentes servicios de hospitalización en los meses de enero a marzo 2021, según la detección de necesidades de

---

capacitación, con un total de 2713 capacitaciones, en 1356 horas durante 1356 sesiones

- Fomento a la salud dirigida a pacientes y familiares por parte de los pasantes de enfermería en los meses de enero a marzo con un total de 3213 capacitaciones, en 157 horas durante 157 sesiones.

Personal de Salud en el Marco de los Derechos humanos y La No Violencia” del 05 al 16 de abril, con 20 horas

- Curso-Taller, “Actitud de un Líder en el equipo de Salud” los días 28, 29 y 30 de abril con 20 horas.
- Curso Virtual “Impacto en la calidad de los cuidados en la prevención de infecciones Asociadas a la Atención en Salud” del 12 al 14 de mayo con 20horas
- Curso Virtual “Prevención de Lesiones, Manejo de Heridas y Estomas: Atención centrada en la Seguridad y Calidad para el Paciente” del 7 al 11 de junio con 20horas.
- Curso-Taller RCP Básico, para personal de la Institución el día 14 de junio para 20 asistentes.
- Curso-Taller “Soporte Vital Avanzado (PALS) y RCP Neonatal” a 20 asistentes el 24 y 25 de junio con Certificación de la American Heart Association.

Estomatología-Ortodoncia: presentó a la Dirección de Enseñanza e Investigación, así como a la Subdirección de Consulta Externa la Plataforma de Educación a Distancia (LMS) “Proyecto Gea Ortodoncia”, el cual es un programa piloto en formato híbrido para Ortodoncia de este Hospital; se contó también con la capacitación para la administración de la plataforma Moodle, la cual es una propuesta de la Dirección de Enseñanza para implementarse en todas las especialidades del hospital, sin embargo es de resaltar que Ortodoncia, ya se encuentra trabajando en este ciclo clínico en un formato híbrido; por último se organizó el 1er taller en formato híbrido sobre Conceptos Básicos de Dispositivos de Anclaje Temporal (TADS) y Expansor Esquelético Maxilar (MSE) en Ortodoncia y Ortopedia Craneofacial, para la Ortodoncia de esta Institución Hospitalaria y para el Posgrado de Ortodoncia de la Unidad de Especialidades Odontológicas (SEDENA), y realizado en conjunto y a distancia con el Posgrado de Ortodoncia de la Universidad Iberoamericana de Republica Dominicana.

---

## Sesiones Mensual Virtual de Enfermería

- Resiliencia desde la perspectiva de Enfermería ante la COVID- 19. 24 de febrero 2021, 72 asistentes, 1 sesión en 1 hora.

Retransmisión 66 asistentes

- Intervención de Enfermería al estado de choque en el paciente pediátrico. 24 marzo 2021
- Herramientas Docentes en los Procesos Educativos. 28 abril 2021, 1 sesión en 1 hora.
- Liderazgo de Enfermería en el Control y Prevención de IAAS. 26 de mayo 2021. 1 sesión en 1 hora.
- Apego a las Acciones Esenciales para garantizar la Seguridad del Paciente. 30 de junio 2021, 70 asistentes, 1 sesión en 1 hora

## **Estrategia prioritaria 3.4.- Identificar oportunidades de vinculación con otros actores nacionales e internacionales para la atención médica.**

**Acción Puntual 3.4.1** Coordinar esfuerzos de colaboración con las unidades médicas de las redes de servicios.

### **Avance:**

Mantenemos comunicación cuando se requiere o se solicita apoyo para la atención de pacientes pediátricos tanto de los Hospitales Federales, Hospitales de Alta especialidad de la CDMX e Institutos Nacionales de Salud que atienden a pacientes pediátricos.

**Acción Puntual 3.4.2** Mantener estándares óptimos de seguridad y confiabilidad en la operación de las redes en las entidades coordinadas.

### **Avance:**

Se mantienen los estándares de seguridad y confiabilidad en la operación de las redes.

---

## Estrategia prioritaria 3.5.- Promover el intercambio de experiencias de los profesionales de la salud.

**Acción Puntual 3.5.1.** Promover la difusión de buenas prácticas y guías en cuidado enfermero a fin de garantizar la calidad en la atención médica.

### **Avance:**

Se realizaron los siguientes cursos para las buenas prácticas:

- Curso Virtual: Calidad en la Terapia de Infusión intravenosa y Accesos Vasculares: Retos y Experiencia ante la COVID-19. 25 al 27 de enero 2021 con 258 alumnos, 20 horas
- Curso - Taller: RCP Básico. 22 de febrero 2021 con 13 asistentes, 7 horas
- Curso - Taller: ACLS/BLS con Certificación. 17 de febrero 2021 con 17 asistentes, 18 horas.
- Curso Virtual: Código Mater, TRIAGE Obstétrico y Equipo de Respuesta Inmediata. 17 al 19 de marzo 2021 con 201 alumnos, 20 horas.
- Curso híbrido: Cuidados de Enfermería en la Hemodiálisis. 22 al 26 de marzo 2021 con 19 alumnos, 30 horas con certificación en sistema AK-98 y Prisma Flex.
- Sesiones Mensual Virtual de Enfermería
- Resiliencia desde la perspectiva de Enfermería ante la COVID- 19. 24 de febrero 2021, 72 asistentes, 1 sesión en 1 hora.
- Retransmisión 66 asistentes
- Intervención de Enfermería al estado de choque en el paciente pediátrico. 24 marzo 2021

Sesiones Mensuales de Pasantes de Enfermería.

Importancia del llenado correcto de la Cédula de Educación al Paciente y Familia. Marzo 2021, 41 asistentes 1 sesión en 1 hora

Capacitaciones:

- Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema: Trato Digno. Febrero 2021, 33 alumnos, 6 sesiones en 6 horas.
- Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema: Llenado de la Cédula de Educación. 22 y 24 febrero y 5 de marzo, 18 alumnos, 3 sesiones en 3 horas.

- 
- Capacitación incidental en servicios de hospitalización con el tema: Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. Marzo 2021, 2 sesiones en 2 horas.
  - Capacitación a paciente y familia en los diferentes servicios de hospitalización en los meses de enero a marzo 2021, según la detección de necesidades de capacitación, con un total de 2713 capacitaciones, en 1356 horas durante 1356 sesiones.

Fomento a la salud dirigida a pacientes y familiares por parte de los pasantes de enfermería en los meses de enero a marzo con un total de 3213 capacitaciones, en 157 horas durante 157 sesiones.

**Acción Puntual 3.5.2.** Participar en las reuniones de directivos de enfermería y trabajo social para fortalecer y mejorar la atención a los pacientes y usuarios, a través de la infraestructura física, personal y tecnológica con que cuenta el Hospital.

**Avance:**

Se realizaron el 100% reuniones en el Comité de mortalidad

Entre reuniones virtuales y presenciales se presentaron y participaron en el 100% de las reuniones del Sub comité del expediente clínico

**Acción Puntual 3.5.3** Establecer mecanismos e instrumentos para la seguridad y resguardo de los archivos electrónicos institucionales, para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos.

**Avance:**

Se continúa con los mecanismos e instrumentos para la seguridad de las bases de datos en custodia de la Subdirección de Innovación y Gestión Tecnológica

**Acción Puntual 3.5.4.** Identificar líderes formales e informales que puedan fungir como miembros de equipos de mejora de la calidad, para fortalecer la implementación de los modelos de gestión y seguridad del paciente.

**Avance:**

---

La Dirección Médica continuó con el seguimiento sobre las Auditorías Clínicas, a fin de promover el liderazgo en el personal de la Institución y establecer ciclos de mejora continua al interior de sus servicios.

Se continuó con el seguimiento en los servicios del Hospital por medio de los líderes de calidad el proyecto de mejora relacionado con el proceso de ingreso a los pacientes en el Hospital, con particular interés en la disminución de los tiempos de espera en el servicio de urgencias.

Se continuó con la selección de los líderes de cada uno de los Estándares del Modelo de Gestión de Calidad en Salud, para la integración de un equipo de mejora de la calidad que favorezca la implementación del citado modelo.

El personal del hospital participa en el programa de estímulos a la calidad, en ellos se generan procesos de mejora que se pueden implementar en un buen número de casos.

Esto genera liderazgos internos en pro de la mejor atención de los pacientes.

**Acción Puntual 3.5.5** Actualizar e implementar protocolos institucionales de atención a víctimas de violencia sexual, para garantizar una atención oportuna, desde una perspectiva de derechos humanos.

**Avance:**

En Urgencias se ha implementado un algoritmo de abordaje a víctimas para la identificación temprana y oportuna de pacientes víctimas de violencia de género:

Se han sostenido Reuniones de trabajo entre las Áreas de Psicología de Urgencias, Urgencias Valoración y Consulta, Urgencias de Ginecología y Obstetricia, Trabajo Social y Calidad, a fin de actualizar nuestros Protocolos de Atención a Víctimas, identificación, canalización y registro de los casos.

Se han designado como Enlaces de Atención a Víctimas del hospital a los Titulares de la Jefatura de Trabajo Social y Subdirección de Gestión de Calidad, quienes establecen contacto directo con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) de Nivel Federal y su Homólogo Estatal de la Ciudad de México (CEAVI-CDMX).

---

## **Estrategia prioritaria 3.6.- Fomentar el uso adecuado del equipamiento médico en la atención médica a usuarios.**

**Acción Puntual 3.6.1.** Promover la vigilancia de alertas por efectos secundarios y la identificación de eventos adversos para la seguridad del paciente.

### **Avance:**

Se seguirá promoviendo la política de calidad y seguridad del paciente en aquellos pacientes hospitalizados, que, por su estado de salud, requieran de la intervención coordinada de dos o más especialidades para su atención integral, el servicio tratante podrá convocar reuniones de trabajo para favorecer la comunicación de las diversas disciplinas y el abordaje terapéutico del paciente.

Se realiza la evaluación de eventos adversos en coordinación con el Departamento de Calidad de la Atención Médica y equipo multidisciplinario, en donde se detectan áreas de oportunidad y se establecen estrategias de mejora.

El procedimiento de Traslado Intrahospitalario y la Hoja de Traslado Seguro del Paciente durante el periodo se mantuvo con un apego del 74%.

El apego sobre el uso del gafete de la Lista de Verificación para procedimientos fuera y dentro del quirófano, en el periodo se mantiene en un apego de 83%.

Derivado del análisis causa raíz de los eventos adversos, en las áreas detectadas de oportunidad, se implementaron medidas como el uso de ultrasonido para procedimientos vasculares centrales, la lista de cotejo en cirugía y en procedimientos invasivos, la hoja de traslado de pacientes y la supervisión estricta.

Se tienen establecidos los mecanismos para reportar la presencia de eventos adversos de los medicamentos, un formato de aviso a farmacia intrahospitalaria.

Y se cuenta con un mecanismo en coordinación con el servicio de Calidad, para el análisis y resolución de eventos adversos dentro del hospital. Durante la Pandemia existe una vigilancia continua de la información científica y clínica acerca del manejo de pacientes con COVID, poniendo especial interés en la eficacia y seguridad de los fármacos utilizados.



---

En el último trimestre se reinstaló el Comité de Farmacia y Terapéutica, para promover la vigilancia farmacológica.

Se desarrollan las estrategias para el traslado intra hospitalario y seguro del paciente crítico 100%

Se enviaron a capacitación en vía aérea a los médicos en formación de la Subdirección de Urgencias y Medicina

Se enviaron a capacitación de accesos vasculares a los médicos adscritos y médicos en formación de la Subdirección de Urgencias y Medicina

**Acción Puntual 3.6.2.** Establecer los programas de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico.

**Avance:**

Se realizó la programación de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos priorizando en función del presupuesto asignado, este año el presupuesto para este rubro permitió el mantenimiento de equipos de rayos X, equipos de esterilización y mesas quirúrgicas. Durante la Pandemia hemos tenido apoyo del INSABI, con el mantenimiento correctivo de equipos de ventilación. Se está actualizando el inventario del equipo médico para ver las prioridades de mantenimiento y renovación del mismo.

**Acción Puntual 3.6.3** Vigilar el uso adecuado de Equipo de Protección Personal contra COVID-19, por seguridad de pacientes y trabajadores, de acuerdo con las mejores prácticas basadas en evidencia científica.

**Avance:**

Existe una vigilancia continua y capacitación brindada por la Subdirección de Infectología y Epidemiología sobre este tema, desde el inicio de la pandemia y hasta la fecha.

El Hospital se designó como hospital híbrido para la atención de la Pandemia.

Se llevaron a cabo las capacitaciones al personal de salud de nuevo ingreso con respecto al adecuado uso del equipo de protección personal de las diferentes áreas, con especial énfasis en el nivel de protección requerido de acuerdo al área de

---

atención donde vayan a realizar sus labores, además de continuar con las diferentes capacitaciones in situ

Capacitación relacionada a temas de Prevención y Control de Infecciones enero 2021, 108 alumnos, en 12 sesiones con los siguientes temas:

- Colocación de Equipo de Protección Personal
- Lavado e higiene de manos
- Limpieza hospitalaria
- Uso correcto del cubrebocas
- Uso de la cédula de vacunación

Capacitación relacionada a temas de Prevención y Control de Infecciones febrero 2021, 353 alumnos, en 18 sesiones con los siguientes temas:

- Lavado e higiene de manos
- Precauciones estándar
- Precauciones basadas en la transmisión
- Colocación de Equipo de Protección Personal
- Limpieza y desinfección de lavabos y grifos por brote de Acinetobacter Baumannii y Pseudomonas Aeruginosa
- Prevención de Neumonías asociadas a la ventilación
- Vigilancia epidemiológica

Capacitación relacionada a temas de Prevención y Control de Infecciones marzo 2021, 116 alumnos, en 15 sesiones con los siguientes temas:

- Lavado e higiene de manos
- Infecciones asociadas a la atención de la salud
- Uso correcto del Equipo de Protección Personal
- Precauciones basadas en vías de transmisión
- Limpieza y desinfección
- Brote de Acinetobacter Baumannii y Pseudomonas Aeruginosa
- Precauciones estándar en la transmisión
- Eventos adversos
- Infecciones por Clostridioides

## Estrategia prioritaria 3.7.- Planear la actualización de equipos médicos en beneficio de la atención a los usuarios.

**Acción Puntual 3.7.1.** Identificar los requerimientos de equipo médico de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas del Hospital.

### Avance:

Se tienen varios proyectos de inversión en el mecanismo de planeación, se trabaja con las diferentes áreas del Hospital para complementar la información para que sean inscritos en Hacienda en la Cartera de Inversión para conseguir el recurso necesario. Actualmente se trabaja también para la inscripción del proyecto de la Torre de especialidades Clínicas.

Se tuvieron dos reuniones entre la División de Urología, la Dirección de Enseñanza, la Dirección de Administración y la Subdirección de Cirugía para definir estrategias para la firma de un convenio que permita la impartición de cursos para obtener insumos para el uso del Robot.

Rehabilitación: Se recibió en donación equipo médico para proporcionar terapia de rehabilitación con lo último en tecnología e innovación. Con esta donación se podrá atender un número mayor de las clínicas de cirugía de mano, cirugía de nervio periférico, piso pélvico, pediatría, geriatría entre otros. Algunos de los equipos e insumos donados:

Lámpara infrarroja	Bossu
Camas Bobath	Espejo
Pelotas Bobath	Pesas
Escaleras	Polainas
Barras Paralelas	Radiofrecuencia
Escalera Digital	Laser De Alta Potencia
Timón	Neurotrac Piso Pélvico
Mesa 3 Secciones Eléctrica	Dinamómetro
Mesa De Tratamiento	Equipo Disfagia
Ligas	Compresero Caliente
Equipo de Corrientes Eléctricas	Ondas de Choque
Equipo de Ultrasonido	Caminadora
Equipo de Laser	Cicloergómetro

## Avances de la Meta para el bienestar y Parámetros del Objetivo prioritario 3

Indicador		Línea base (Año)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
Meta para el bienestar	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria).	7.9% (2018)	7.2% (2019)	6.1% (2020)	6.3% (2022)	5.5% (2022)	7.4% (2024)
Parámetro 1	Porcentaje de surtimiento de recetas para pacientes hospitalizados.	99% (2018)	96.72% (2019)	99.61% (2020)	99.1% (2021)	95.4% (2022)	100% (2024)
Parámetro 2	Porcentaje de atención médica a pacientes receptores de violencia.	ND (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	100% (2022)	100% (2022)	100% (2024)

Nota:

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

---

**Objetivo prioritario 4. Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.**

**La relevancia del objetivo prioritario 4.** Es prestar atención médica ambulatoria, hospitalaria y de urgencias con calidad y seguridad integral, centrada en las personas y en la capacidad de atención resolutive de sus problemas de salud, de acuerdo a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, evitando en todo momento cualquier tipo de discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

## **Resultados**

### **Actividades relevantes**

**Estrategia prioritaria 4.1.- Prestar atención médica hospitalaria con calidad y seguridad a la población usuaria.**

**Acción Puntual 4.1.1.** Brindar atención médica hospitalaria especializada a la población, sin discriminación por género, colectivo LGBTTTI, migrantes, religión, comunidades indígenas o afromexicanas.

#### **Avance:**

Se brindaron 2765 consultas médicas a pacientes en el área de Infectología, dentro de las que se encuentra la atención de padecimientos como infección por VIH, tuberculosis, entre otras. Cabe resaltar que dichos padecimientos suelen presentarse en grupos de población en riesgo de discriminación por género y poblaciones vulnerables; en dichas consultas se brinda además de atención médica asesoría y búsqueda intencionada de infecciones y comorbilidades que suelen encontrarse en dichas poblaciones.

---

Se presta atención médica hospitalaria con calidez y de calidad a todos nuestros pacientes pediátricos que lo solicitan, sin ningún tipo de discriminación por raza, religión, preferencia sexual, etc.

Varios de los médicos adscritos y residentes tomaron el curso: Acceso SIN Discriminación a los Servicios de Salud para las Personas de la Diversidad Sexual.

Se atiende a cualquier grupo de personas que requieran la atención sin ninguna discriminación.

Se brindó consulta médica a pacientes en el área de Infectología, dentro de las que se encuentra la atención de padecimientos como infección por VIH, SARS CoV-2. Influenza, tuberculosis, entre otras, las cuales predominan en grupos de población en riesgo de discriminación por género y poblaciones vulnerables;

Durante este año varios jefes de división y médicos adscritos tomaron el curso a distancia de Lenguaje incluyente libre de estigma y discriminación para prestadores de servicios de salud., impartido por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para estar mejor preparados para atender a nuestros pacientes pediátricos y familiares.

Durante este trimestre varios jefes de división y médicos adscritos y residentes tomaron el curso a distancia de Acceso sin discriminación a los servicios de salud para las personas de la diversidad sexual impartido por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para estar mejor preparados para atender a nuestros pacientes pediátricos y familiares.

Continuamos con el cero rechazo, fue como de esta manera al final del 15 de diciembre se brindó atención de urgencias a 64,392 pacientes.

**Acción Puntual 4.1.2** Detectar y dar atención médica oportuna a receptores de cualquier tipo y modalidad de violencia, violencia familiar, de género (niñas, mujeres, comunidad LGBTITI), incluyendo la violencia de tipo sexual, entre otros.

**Avance:**

Se presta atención médica hospitalaria con calidez y de calidad a todos nuestros pacientes pediátricos que detectamos que exista algún tipo de violencia física, psicológica o de cualquier otro tipo y trabajamos en conjunto con Trabajo Social, Subdirección de Asuntos Jurídicos y las Instituciones involucradas como Ministerio Público, Fiscalía de Atención al Menor, etc.

---

Mantenemos la atención, integridad y seguridad del paciente mientras se encuentra en la institución.

Al final del 15 de diciembre el 100% de pacientes con lesiones por violencia fueron reportadas, brindando atención a todos estos pacientes.

**Acción Puntual 4.1.3.** Promover el abasto efectivo y la seguridad en la dispensación de medicamentos e insumos para la atención médica.

**Avance:**

Se promueve el cuidado y uso racional de los insumos y medicamentos para la atención de los pacientes para que los recursos planeados en forma anual sean suficientes para la atención de todos los pacientes.

Los y las Jefes de Enfermería y Médicos llevan a cabo un control de los insumos que se utilizan en las áreas, invitando a su uso racional y cuidadoso de los mismos.

**Acción Puntual 4.1.4.** Promover que la atención favorezca el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, limitación del daño y la rehabilitación de los pacientes.

**Avance:**

A través de las sesiones de casos clínicos y sesiones bibliográficas se analiza un tema de interés y actual en pediatría, se discute el caso clínico o la revisión de la literatura y se refuerza la información a todos los médicos adscritos y residentes de la Subdirección para que se realicen diagnósticos clínicos oportunos, se proporcione el tratamiento adecuado y se proporcione la rehabilitación necesaria.

Estas sesiones son en línea derivado de la pandemia y ya empezamos con presenciales, pero han sido muy beneficiosas porque se han tenido invitados de alta calidad especialistas en los temas que se revisan.

Además, en forma anual se capacita a los médicos residentes y adscritos de la Subdirección de Pediatría para el Curso de Reanimación Neonatal (RENEO) para dar una buena atención al recién nacido al momento de su nacimiento.

Se tienen 4 neonatólogas certificadas como instructoras del curso de reanimación neonatal avanzado y ahora en diciembre se otorgó el curso del RENEO a residentes de pediatría para que estén más preparados para recibir y reanimar a los recién nacido en la Unidad Tocoquirúrgica.

a) Continua en marcha el protocolo de traslado intra hospitalario seguro del paciente crítico al 100%

b) Se continua con la terapia sustitutiva de la función renal mediante Hemodiálisis. (Emergencia Dialítica) 100%

c) Se continua con el código fractura expuesta.

d) Al final del 15 de diciembre se continúa y fortalece el código infarto con el apoyo y referencia del Instituto nacional de cardiología, código fractura y próximamente código Ictus.

**Acción Puntual 4.1.5.** Mantener la vigilancia en las acciones que garanticen la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, a través de la operación adecuada de los comités hospitalarios correspondientes.

**Avance:**

Se han llevado a cabo los comités de infecciones nosocomiales correspondientes a los meses de Enero a Diciembre, donde se presentan temas relacionados con la seguridad del paciente respecto a las diversas infecciones asociadas a la atención en la salud, generándose indicadores y creando estrategias que incluyan la participación de los diferentes líderes de áreas tanto médicas, como administrativas favoreciendo una pronta resolución de riesgos que se identifiquen respecto a infecciones asociadas a la atención en salud. Además de que se analizan áreas de oportunidad y se plantean estrategias innovadoras y se fortalecen las redes de trabajo al interior de la institución, lo cual tiene como objetivo inculcar una cultura enfocada a la prevención de infecciones intrahospitalarias

La Dirección Médica organiza la presentación de los informes de las áreas, realizando un intercambio continuo de ideas y propuestas de mejora.

Ha sesionado el Comité de Mortalidad del Hospital, en donde se han presentado las principales causas de Morbimortalidad de los diversos servicios médicos y las acciones de mejora derivadas del análisis de los mismos.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), llevo a cabo tres sesiones, órgano colegiado, de carácter técnico-consultivo, cuyo objetivo es evaluar la calidad de los servicios ofrecidos, identificando las causas que originan la insatisfacción de nuestros usuarios, coordinando la implementación de propuestas de mejora continua, asegurando que los pacientes reciban una atención médica óptima, logrando mejores resultados con el mínimo de riesgos y la máxima satisfacción durante el proceso de su atención.

Se reiniciaron las sesiones del “Subcomité del Expediente Clínico”

**Acción Puntual 4.1.6** Incluir a los profesionales de la salud, acordes con necesidades actuales de operación de los servicios de salud que presta el Hospital.



**Avance:**

Durante este año se cuenta con 2 médicos contratados con plazas otorgadas por la pandemia de COVID-19 que apoyan en las áreas de Urgencias Pediátricas, UCIN y UTIP y en los turnos nocturnos que es uno de los turnos donde hace falta personal. En noviembre renunció un intensivista pediatra contratado por plazas COVID y se contrató a un cardiólogo pediatra egresado del hospital para cubrir la demanda de pacientes con patologías cardíacas.

Una neuróloga pediátrica otorga consulta por las tardes dos días a la semana, miércoles y jueves, cubriendo las necesidades para dar seguimiento en consulta de pacientes que requieran esta subespecialidad la cual es muy alta entre nuestra población por manejar pacientes, principalmente neonatos, de alto riesgo neurológico.

**Acción Puntual 4.1.7** Impulsar la donación altruista, voluntaria y permanente de sangre y la donación de órganos para trasplantes.

**Avance:**

El hospital cuenta con una coordinación de Donación y con una coordinación de trasplantes, se han realizado Convenios con el CENATRA para la permanencia de médicos pasantes en servicio social de la carrera de medicina, para integrarse a la coordinación de donación y hacer una vigilancia permanente para identificar a potenciales Donadores; se han concretado tres donaciones multiorgánicas dentro de la Institución en lo que va del año, con procuración de hígado, riñones, corneas, piel y hueso, lo que ha permitido favorecer a diferentes pacientes de esta y otras Instituciones del sector salud.

Se puso en marcha los trabajos relacionados al convenio de colaboración con el Instituto Mexicano de Biotecnología, con los fines de promover la donación, facilitar la extracción y el procesamiento de tejido, músculo, piel, hueso y corneas con fines de trasplante.

**Acción Puntual 4.1.8.** Gestionar la adquisición del expediente clínico electrónico apegado a las normas que permita contar con registros médicos de calidad en la prestación de servicios, así como para el análisis del desempeño de los programas de salud.

**Avance:**

No se cuenta con los recursos para la adquisición de un expediente clínico electrónico.

Se evalúa la generación de un aplicativo de manera interna en la jefatura de Sistemas.

---

**Acción Puntual 4.1.9.** Reforzar la calidad de la atención en la cultura institucional, favoreciendo la identificación, reporte y prevención de eventos adversos en los pacientes.

**Avance:**

En seguimiento al fomento de una cultura de seguridad del paciente se llevó a cabo por parte del personal de enfermería de Gestión de Cuidado la revisión del formato de notificación de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente emitiendo recomendaciones para que sean consideradas en su siguiente actualización.

Aunando a lo anterior, se continua con la promoción de la notificación voluntaria de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Así mismo, se dio a conocer el análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos notificados de enero a agosto 2022, dicha información se difundió dentro del informe de actividades de la Subdirección de Enfermería efectuado el 7 de diciembre del año 2022.

De igual forma, el personal de gestión del cuidado de los servicios de enfermería busco llevar a cabo la homologación del proceso de notificación de eventos adversos con el área de Calidad en la Atención Médica, realizó una reunión multidisciplinaria para la actualización del formato “Cedula de Medición de Riesgos”, llevó a cabo la captura y análisis de los eventos adversos notificados al Departamento de Enfermería Clínica y emitió un análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos notificados de enero a agosto 2022.

**Acción Puntual 4.1.10.** Mantener la vigilancia epidemiológica, registro y seguimiento de eventos adversos y control de infecciones nosocomiales para la identificación y atención oportuna de brotes y la disposición de tratamientos.

**Avance:**

1.Reporte de los eventos adversos a la jefatura del Departamento del Área Clínica, para su control y seguimiento.

2.Integrando acciones de mejora.

En el área de calidad, de enero a diciembre, se registraron 117 eventos adversos en los cuales se realizó la investigación correspondiente, derivando en acciones de mejora.

Se continuó con la difusión del tríptico sobre las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.

---

Se continua con el seguimiento de la consulta de la presentación completa de las 8 Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente enviada por vía electrónica en formato PDF a las áreas de urgencias, terapias intensivas, Hospitalización, quirúrgicas y de consulta externa desde el año 2020 y al curso a través de la liga del hospital que inicio el 1 primero de febrero 2022. <https://www.gob.mx/salud/hospitalgea/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente>.

Se realiza capacitación al personal de las áreas de enfermería, urgencias, anestesiología, medicina interna sobre el Retiro Correcto del Dispositivo Endovenoso, durante el mes de octubre a diciembre 2022.

Se realiza capacitación al personal médico de las áreas de urgencias y medicina interna sobre la Importancia de la Sedación para la Atención de los pacientes, que son sometidos a procedimientos fuera de quirófano por los médicos de las diferentes disciplinas.

## **Estrategia prioritaria 4.2.- Brindar atención ambulatoria a la población.**

**Acción Puntual 4.2.1.** Atender a la población que lo demande principalmente a grupos vulnerables (niñas, niños, mujeres, comunidad LGBTTTI, comunidades indígenas, migrantes), evitando el rechazo.

### **Avance:**

Se brindaron 2765 consultas médicas a pacientes en el área de Infectología, dentro de las que se encuentra la atención de padecimientos como infección por VIH, tuberculosis, entre otras. Cabe resaltar que dichos padecimientos suelen presentarse en grupos de población en riesgo de discriminación por género y poblaciones vulnerables; en dichas consultas se brinda además de atención médica asesoría y búsqueda intencionada de infecciones y comorbilidades que suelen encontrarse en dichas poblaciones.

---

Se presta atención médica hospitalaria con calidez y de calidad a todos nuestros pacientes pediátricos que lo solicitan, sin ningún tipo de discriminación por raza, religión, preferencia sexual, etc.

Varios de los médicos adscritos y residentes tomaron el curso: Acceso SIN Discriminación a los Servicios de Salud para las Personas de la Diversidad Sexual.

Se atiende a cualquier grupo de personas que requieran la atención sin ninguna discriminación.

Se brindó consulta médica a pacientes en el área de Infectología, dentro de las que se encuentra la atención de padecimientos como infección por VIH, SARS CoV-2. Influenza, tuberculosis, entre otras, las cuales predominan en grupos de población en riesgo de discriminación por género y poblaciones vulnerables;

Durante este año varios jefes de división y médicos adscritos tomaron el curso a distancia de Lenguaje incluyente libre de estigma y discriminación para prestadores de servicios de salud., impartido por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para estar mejor preparados para atender a nuestros pacientes pediátricos y familiares.

Durante este trimestre varios jefes de división y médicos adscritos y residentes tomaron el curso a distancia de Acceso sin discriminación a los servicios de salud para las personas de la diversidad sexual impartido por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para estar mejor preparados para atender a nuestros pacientes pediátricos y familiares.

Continuamos con el cero rechazo, fue como de esta manera al final del 15 de diciembre se brindó atención de urgencias a 64,392 pacientes.

**Acción Puntual 4.2.2.** Brindar servicios de consulta externa a los pacientes que lo requieran considerando las especialidades y capacidad instalada del Hospital, sin discriminación por género, colectivo LGBTTTI, migrantes, religión, comunidades indígenas o afroamericanas.

---

**Avance:**

Ya se están proporcionando las consultas de Pediatría, Neonatología, Gastro pediatría, Genética, Cirugía Pediátrica, Neurología y Clínica de Sobrepeso y Obesidad infantil atendiendo a todos los pacientes que lo requieran sin ningún tipo de discriminación.

Se brindó atención mediante la consulta externa en todas las áreas divisiones a 33, 818 pacientes en las diversas especialidades y sub especialidades Medicina interna, dermatología neurología, cardiología, endocrinología clínica de heridas, oncología clínica geriatria psicología y salud mental, valoración preoperatoria.

Se brindaron consultas médicas a pacientes en el área de Infectología, dentro de las que se encuentra la atención de padecimientos como infección por VIH, SARS CoV-2, Influenza, tuberculosis, entre otras. Cabe resaltar que dichos padecimientos suelen presentarse en grupos de población en riesgo de discriminación por género y poblaciones vulnerables; en dichas consultas se brinda además de atención médica asesoría y búsqueda intencionada de infecciones y comorbilidades que suelen encontrarse en dichas poblaciones.

**Acción Puntual 4.2.3.** Fomentar la utilización de tecnologías de telemedicina para la valoración de casos, atención médica y asesoría.

**Avance:**

En los últimos años la realización de actividades a distancia ha tenido un incremento muy importante, desde la realización de cursos, hasta la revisión de pacientes. Seguramente en un futuro próximo tendremos necesidad de incrementar las actividades a distancia.

Actualmente las actividades académicas grupales se realizan a través de plataformas digitales.

Durante estos meses se ha tenido control vía telefónica de los pacientes que egresan de área COVID.

---

**Acción Puntual 4.2.4.** Favorecer los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mínima invasión y corta estancia.

**Avance:**

Se hace evidente el impacto del proceso de mejora continua al incentivar los procedimientos mínimo invasivos y de estancia corta, cuando a pesar de las limitaciones infraestructura determinados por la limitación de camas post sismo del año 2017 y en el contexto epidemiológico determinado por el SARS COV 2, durante el año 2020 se mantuvo la atención de gran número de pacientes con tiempos de estancia hospitalaria y recuperación mínimos y con el limitado número de camas se ha dado una rotación elevada que permite el primer trimestre del año 2021 reanudar actividades quirúrgicas programadas con un impacto mínimo con un riesgo asumido ante el análisis riesgo beneficio en la oportunidad de hospitalización de eventos urgentes.

**Acción Puntual 4.2.5.** Promover el enfoque preventivo en la atención a la salud acorde a la vocación de servicio.

**Avance:**

El enfoque terapéutico implica la prevención de complicaciones mayores de la misma enfermedad.

Se otorgaron capacitaciones individuales a pacientes y familiares relacionadas con la prevención y control de infecciones, así como a personal de salud con énfasis a uso de equipo de protección personal, abordaje y preparación para escenario de pandemia correspondiente a SARS COV-2

Tenemos programas específicos de detección temprana para realización de medidas preventivas como el caso de los pies en riesgo de los pacientes diabéticos. Se llevan protocolos para detección temprana de displasia de cadera en recién nacidos en conjunto con la subdirección de pediatría.

La subdirección de enfermería cuenta con clínicas que tienen como objetivo promover el enfoque preventivo en la atención a la salud, y que están apegadas a los lineamientos marcados para su funcionamiento:

Mejoras de Clínica de Catéteres Julio-septiembre

- Elaboración de 2 Infografías para uso de los lúmenes

- 
- Elaboración de 1 infografía para la prevención del auto retiro de los dispositivos de acceso vascular
  - Elaboración de 1 infografía sobre las Recomendaciones para la toma de hemocultivos.
  - Migración de la base de datos de egresos de pacientes a formato en tiempo real.
  - Elaboración de 2 formularios para el registro de Flebitis, Infiltración y extravasación.
  - Actualización de la hoja de Reporte de Instalación de Dispositivo de Acceso Vascular para las áreas clínicas
  - Actualización de la hoja de Reporte de Instalación de Dispositivo de Acceso Vascular Central para la clínica  
Clínica del cuidado de la piel  
Julio-Septiembre
1. Desarrollo de la Guía de prevención de lesiones cutáneas en pacientes con SDRA por SARS -CoV-2 en decúbito prono.
  2. Desarrollo de instructivo de procedimientos:
    - a. Aseo Genital en el paciente neonato hospitalizado
  3. Incremento del 10% en el apego del indicador de calidad “Prevención de úlceras por Presión a Pacientes Hospitalizados” resultado de la capacitación programada e incidental en los diversos servicios de hospitalización.
  4. Aplicación de medidas preventivas a pacientes de riesgo de desarrollar úlceras por presión, así como tratamiento oportuno a pacientes con lesiones.

**Acción Puntual 4.2.6.** Realizar encuestas de satisfacción al usuario sobre la atención recibida para identificar su percepción de la calidad y seguridad del paciente en el Hospital y favorecer que los servicios establezcan Acciones de Mejora continua.

**Avance:**

Se instaló en el Hospital un Módulo de Atención al Usuario en el Área de Calidad, sitio donde se otorga atención personalizada a los pacientes y familiares por un equipo multidisciplinario médico, de trabajo social y enfermería. El Módulo de Atención del SUG en el Hospital se dedica a la atención de todas aquellas quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión, que son recibidas de manera

---

presencial, recabadas a través de los buzones del SUG instalados en diversas áreas del Hospital, mediante vía telefónica en el número publicado en la página de Internet del Hospital, y a través de otros medios como el correo electrónico institucional SUG: [quejas\\_gea@salud.gob.mx](mailto:quejas_gea@salud.gob.mx)

La política de atención de los usuarios en la Institución va orientada a garantizar que reciban atención oportuna, de calidad, con calidez y trato digno al interior del Hospital. Se continuó llevando a cabo la aplicación periódica de Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a los pacientes y familiares del Hospital en las Áreas de Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias, las cuales son aplicadas por el Departamento de Calidad y Trabajo Social y personal de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, es su figura como Aval Ciudadano de la Institución.

En el periodo, fueron aplicadas 600 encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios en el área de consulta externa, por el Monitor Institucional (áreas de calidad y de trabajo social), obteniendo un resultado de 96.25% promedio general el día 13 de diciembre 2020 se cierra la consulta externa, por aumento en los casos de pacientes COVID-19 por lo que ya no se aplicaron encuestas y a partir del día 16 de febrero 2021 paulatinamente se abrió la consulta externa, retomando la aplicación de las encuestas en esta área.

**Acción Puntual 4.2.7.** Impulsar el uso eficiente de los laboratorios y gabinetes.

**Avance:**

Como parte de la revisión de los expedientes clínicos se promueve el apego a las Guías de Práctica Clínica para optimizar el uso de laboratorios y gabinete con base en la evidencia.

Se ha trabajado intensamente, en la Dirección Médica, la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, la Dirección de Enseñanza e Investigación y Dirección de Administración, en estrategias para disminuir el consumo innecesario de pruebas de laboratorio, se han establecido varios candados, para autorizar ciertas pruebas y sobre todo una importante labor de concientización del personal médico.

**Estrategia prioritaria 4.3.- Mejorar el servicio de urgencias en beneficio de la población.**



---

**Acción Puntual 4.3.1.** Atender en el servicio de urgencias a todos los usuarios que lo soliciten.

**Avance:**

El hospital ha mantenido siempre la atención de urgencias médico-quirúrgicas. En esta pandemia la División de Urgencias, valoración Consulta Choque y Observación continúan brindando el servicio las 24 horas. los 365 días del año tanto a los pacientes con Infecciones respiratorias agudas o sin ellas, utilizando dos áreas específicas para cada caso. Urgencias respiratorias y Urgencias médico quirúrgicas. cuyas instalaciones separadas fueron ideadas para disminuir y limitar el riesgo de contagios a partir de la pandemia por COVID 19

**Acción Puntual 4.3.2.** Atender a los pacientes trasladados o que acudan con referencia, derivados por unidades médicas de la red de servicios de acuerdo a los procesos institucionales.

**Avance:**

Todo paciente con y sin referencia concertada es atendido, mediante valoración consulta manejo inicial si es necesario y cuando no se cuente con capacidad de resolución, mejoradas las condiciones se realiza referencia a otra institución o traslado de acuerdo a las condiciones del paciente. Se reinician las actividades para referencia y contra referencia de pacientes entre los Institutos, Hospitales Federales y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

**Acción Puntual 4.3.3.** Fortalecer los procedimientos de TRIAGE para la selección y de orientación para los usuarios y pacientes para el mejor uso de los servicios.

**Avance:**

Se continua con el fortalecimiento de la valoración inicial en el servicio de urgencias al 100%, continuamos con la herramienta digital, tanto para la atención de los pacientes con Urgencia respiratoria como la valoración inicial del resto de la población demandante, de igual de manera paralela con el sistema de información de urgencias (SEUGEA) al 100%

---

Las divisiones de la subdirección de anestesia y terapias, siempre realizan sus actividades dando prioridad a los pacientes que más lo requieren, priorizando las emergencias, urgencias y brindando atención oportuna al resto de los pacientes. Los pacientes atendidos durante la pandemia de igual forma son sometidos a la valoración de su estado clínico y este, es el factor más importante para decidir su ingreso, y a qué área le corresponde atenderlo.

**Acción Puntual 4.3.4.** Priorizar la atención con estándares de calidad en los servicios de urgencias, propiciando la reducción del tiempo de espera y el trato digno.

**Avance:**

Durante el periodo de enero a diciembre, fueron aplicadas 667 Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del área de urgencias por el Monitor Institucional (Áreas de Calidad y de Trabajo Social) respectivamente, obteniendo un resultado de 86.87%.

La Subdirección de Cirugía y la División de Cirugía General iniciaron un programa de medición de tiempos de atención en el servicio de urgencias como un proyecto de mejora.

**Acción Puntual 4.3.5.** Otorgar atención a las emergencias obstétricas vigilando el bienestar de la madre y el producto.

**Avance:**

Durante todo el año, 24 horas al día se cuenta con los servicios de anestesiología, terapia intensiva, inhalo terapia, ginecoobstetricia, Pediatría y Neonatología para atender a las pacientes que presenten emergencias obstétricas, a través del código Mater, se alertan a todos los servicios participantes y a todos los servicios que pudieran intervenir en la atención de estas pacientes (urología, cirugía general, cirugía vascular etc.) Actualmente se hace lo necesario para descartar enfermedad por COVID, o para establecer el diagnóstico, las pacientes son atendidas, de acuerdo a sus condiciones y al nivel de urgencia clínica que presenten.

---

De enero a septiembre se han atendido un total de 48 códigos mater, teniendo una muerte materna y se ha apoyado al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la atención de emergencias obstétricas.

Curso Virtual: Código Mater, TRIAGE Obstétrico y Equipo de Respuesta Inmediata. 17 al 19 de marzo 2021 con 201 alumnos, 20 horas.

Durante el año se atendieron 61 códigos máter, teniendo en enero una muerte materna, en paciente de 27 años con Síndrome de Hellp y en agosto una segunda muerte materna de paciente de 21 años, también con Sx. De Hellp

Se ha acudido a apoyar en este tema a pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Acción Puntual 4.3.6.** Fomentar la disminución de procedimientos quirúrgicos en la atención obstétrica.

**Avance:**

En el periodo de enero a diciembre de 2021, el 48.5% de los nacimientos correspondieron a cesáreas. Se observa un decremento de 0.9% puntos porcentuales, comparado con el 49.4% reportado en el año en el índice de cesáreas, esto derivado de que se continúan recibiendo pacientes de alto riesgo obstétrico requiriendo que la terminación del embarazo sea a través de cesárea, ya que el hospital continúa siendo híbrido y la desconversión hospitalaria no ha concluido por lo que se tiene limitación de camas para estas atenciones.

También es importante considerar que, por la disminución del número de camas en el Hospital, por el sismo 2017, la mayoría de las pacientes que son valoradas y no presentan complicaciones para el parto por vía vaginal, se refieren a otras unidades de salud; así mismo, se están atendiendo a pacientes de alto riesgo, cuya resolución del embarazo es la cesárea en la mayoría de los casos.

La Unidad de toco cirugía, está trabajando con una sala para cesáreas, una sala con dos mesas de expulsión y cuenta con 4 camas para hospitalización.

Se continua con la acción de mejora para disminuir el índice de cesárea por medio de las siguientes líneas de acción: “Disminución de la tasa de cesáreas” y “Dodecálogo, para iniciar la prueba de trabajo de parto” y de Cédula para valorar la realización de la operación cesárea.

---

Otro factor importante de mencionar es la disminución de los ingresos de las pacientes por la Contingencia del COVID-19, iniciada a principio de marzo 2020, por lo que se tuvo que realizar la adaptación del área física para la atención de estos pacientes en el área de urgencias de ginecoobstetricia y reducir la capacidad de camas de hospitalización de la División de Gineco-obstetricia para utilizar parte de los quirófanos (6° piso) para la atención de urgencias quirúrgicas, ya que el área pre quirúrgica se adaptó para una Terapia Intermedia COVID-19, y a partir de septiembre se está trabajando con dos salas, el área de recuperación postquirúrgica cuenta con 7 camas-camillas, 2 camas –camillas pre quirúrgicas.

El hospital es una sede de referencia de pacientes obstétricas, casi siempre con factores de riesgo materno o fetal, por lo que su atención quirúrgica está en función de las condiciones asociadas al embarazo.

Es importante considerar que, por la disminución del número de camas en el Hospital, a raíz del cierre de la Torre Antigua de Hospitalización por el sismo de septiembre de 2017, la mayoría de las pacientes que son valoradas y no presentan complicaciones para el parto por vía vaginal, se refieren a otras unidades de salud; así mismo, se están atendiendo a pacientes de alto riesgo, cuya resolución del embarazo es la cesárea en la mayoría de los casos.

Se continúa con las acciones de mejora realizadas en el servicio de gineco-obstetricia, las cuales consisten en la revisión de casos haciendo una valoración, siempre anteponiendo el bienestar del binomio madre-hijo.

Se continuó con la acción de mejora para disminuir el índice de cesárea por medio de las siguientes líneas de acción: “Disminución de la Tasa de Cesáreas” y “Dodecálogo, para Iniciar la Prueba de Trabajo de Parto”, y de cédula para valorar la realización de la operación cesárea.

Otro factor importante de mencionar, es la disminución de los ingresos de las pacientes, por la Contingencia del COVID-19, iniciada a principio de marzo 2020, por lo que se tuvo que realizar la adaptación del área física para la atención de estos pacientes.

---

**Acción Puntual 4.3.7.** Favorecer que la atención de urgencias se vincule con la vocación institucional ante situaciones de emergencia en salud para atender a la población afectada.

**Avance:**

La atención brindada en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, va de acuerdo a su misión y su visión, y es una institución ampliamente reconocida por la población. Atiende urgencias COVID y No COVID, por lo que cumple con la vocación institucional. Durante estos nueve meses se ha observado un importante incremento en el número de consultas de pacientes No COVID llegando hasta 200 por día como se tenían previo a la pandemia y requiriendo en muchos casos hospitalización, por lo que fue necesario disminuir el número de camas de Observación COVID a partir de marzo para el ingreso de estos pacientes, sin embargo a partir de julio con la nueva ola que se presentó en el país por las variantes del virus fue necesario nuevamente convertir camas para la atención de pacientes COVID, sin embargo la gran afluencia de pacientes al servicio de urgencias y la falta de un sistema de referencia no permite que la calidad en la atención sea la adecuada, teniendo pacientes que permanecen en sillas de ruedas para su atención.

**Estrategia prioritaria 4.4.- Trabajar en la mejora de los procesos de atención médica que mayor impacto tienen en la población atendida por medio de la reingeniería de procesos.**

**Acción Puntual 4.4.1.** Impulsar procesos de atención médica que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible y de calidad a la población usuaria del Hospital.

**Avance:**

De manera frecuente se revisan diferentes procedimientos para agilizar la atención y realizar procesos de mejora, o bien para adaptarse a las condiciones que se van generando. Desde el inicio de la Pandemia se realizó un gran trabajo de planeación y organización de todas las áreas, para funcionar como un hospital híbrido, se ha brindado atención para pacientes COVID y no COVID, se ha fomentado la

---

capacitación necesaria y están bien claros los procesos de atención en todas las áreas.

El Hospital, con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2024 y para cumplir con las directrices del Programa Sectorial de Salud, tiene como proyectos desarrollar las siguientes Redes de Servicios Integrados:

1. Programa de Referencia y Contrarreferencia
2. Programación Metabólica Temprana contra la Obesidad: ProMeTeO®
3. Programa de Atención Integral en Salud a Adolescentes y Adultos Jóvenes: PlenSA2®
4. Programa de Atención Integral de la Enfermedad Coronaria: Código Infarto
5. Programa de Longevidad Funcional y Envejecimiento Saludable: PLEnoS®
6. Cirugía accesible
7. Telemedicina
8. Programa de Referencia y Contrarreferencia:

Dichos programas se retomaron a partir de marzo para reorganizar a los grupos multidisciplinarios y empezar a hacer las redes con el primero y segundo nivel.

La Subdirección de Urgencias y Medicina forma parte importantísima en la recepción de paciente e ingresos hospitalarios, la reconversión de los servicios fue establecida y desde el mes de marzo-abril del 2020, las divisiones tuvieron que ser modificadas tanto para la atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas y sin ellas , continuamos con un consultorio para valoración inicial de pacientes con sospecha o confirmados para SARS CoV2 COVID 19 y una valoración inicial sin problemas respiratorios agudos una sala para pacientes COVID 19 otra para pacientes en Observación con 12 camas. Las cuales son y han sido modificadas de acuerdo al semáforo epidemiológico para SARS Cov2 COVID 19.

**Acción Puntual 4.4.2.** Realizar reuniones de grupos directivos vinculados con la atención médica, a fin de promover una cultura corporativa y coordinar acciones conjuntas para compartir experiencias y mejores prácticas entre los diferentes servicios, a través de la participación en los diferentes comités.

---

**Avance:**

Esta es la forma de trabajo que normalmente se lleva a cabo en nuestra institución y se ejecuta desde hace muchos años. Con la participación de todos los servicios y áreas involucradas en cada proceso. Se continúa con las reuniones 3 veces por semana del Grupo Plan de Contingencia y Dirección COVID, en dichas reuniones se toman las decisiones sobre la reconversión y en el presente trimestre la desreconversión y el reinicio de las actividades programadas.

Mensualmente se llevan a cabo reuniones de los subdirectores con la directora Médica para información y retroalimentación de los avances en la atención médica. Se retoman las reuniones indispensables y prioritarias como Comité de Trasplantes al 100%, enseñanza, CODECIN, y reuniones informativas, acuerdos y estrategias en tiempos de pandemia al 100%

**Acción Puntual 4.4.3.** Coordinar la planeación, seguimiento y evaluación del desempeño institucional en atención médica.

**Avance:**

Siempre se realiza la planeación de las actividades institucionales y hay una evaluación permanente, se plantean metas que regularmente se cumplen, durante el último trimestre no se cumplió la meta en 5 indicadores ya que apenas se reiniciaron las actividades programadas. Estamos siempre en función del presupuesto otorgado. Se informa regularmente de los indicadores de productividad.

A partir del último trimestre, la Dirección Médica implementó una plataforma llamada Tablero de Control MIR con el apoyo de los ingenieros del área de CIMA, para que se vigile el registro de las actividades, y se tomen medidas oportunas en el cumplimiento de las metas planteadas.

**Acción Puntual 4.4.4.** Definir mecanismos que permitan la generación y uso de recursos, con apego normativo.

**Avance:**

---

Debido al Decreto de Creación del Hospital, no es posible recibir recursos de tercero, únicamente se cuenta con el apoyo de la Beneficencia Pública quien proporciona material para procedimientos quirúrgicos como prótesis ortopédicas, material para cirugía Bariátrica, auxiliares auditivos.

El proyecto para modificación del Decreto de Creación se ha estado gestionando con las instancias correspondientes desde 2016.

**Acción Puntual 4.4.5.** Participar en proyectos nacionales o regionales para la atención médica.

**Avance:**

Se participa exitosamente en la atención de la actual Emergencia Nacional, dada por la pandemia de COVID 19, participando todo el personal no-vulnerable en excelente coordinación, por el grupo Directivo del Hospital.

A partir de junio, se realiza capacitación para el Plan Nacional de Insuficiencia Cardíaca promovido por el Instituto Nacional de Cardiología.

El sector salud y el Hospital como parte de la CCINSHAE, se prepara para la temporada invernal con la presentación de infecciones respiratorias como la influenza, que en conjunto con el COVID puede incrementar el riesgo en la población y entre el personal de la salud, se espera que inicie la vacunación contra influenza.

Fomentamos el uso de lactancia materna exclusiva y trabajamos con el Banco de Leche capacitando al personal médico, paramédico y pacientes para fomentar la lactancia materna.

- En acuerdo con el área de Nutrición, a partir del mes de Julio el Banco de Leche Humana recibe en su totalidad la leche materna para su almacenamiento y dosificación.
- Se estableció un contacto directo con la madre de los RN que ingresan al área de neonatología y con ello un seguimiento más personalizado y continuo, permitiendo detectar problemáticas relacionadas con su estado emocional, nutricional y físico.
- Se estableció una coordinación con todo el equipo multidisciplinario (Nutrición, Médicos del área de Neonatología, Enfermería, Psicología) para un abordaje integral de todas las pacientes que se encuentran lactando.



- Se mantiene una consejería continua a todas las madres de lactantes hospitalizados
- En el Periodo julio-septiembre se ha logrado que el 80% de los niños internados reciban lactancia materna.

El programa de mama/papá canguro se aplica en la División de Neonatología para disminuir estancias hospitalarias, fortalecer el crecimiento y desarrollo del producto y fortalecer el vínculo entre el binomio madre/padre-hijo.

Realizamos el tamiz neonatal a los recién nacidos que nacen en nuestra institución y ofrecemos el tamiz neonatal ampliado.

Realizamos en Ortopedia y con la coordinación de ambos servicios el tamiz neonatal ortopédico a los recién nacidos que nacen en nuestra institución para detectar en forma temprana luxación congénita de cadera entre otras patologías.

Realizamos capacitación en el llenado del certificado de nacimiento y el certificado de defunción.

Fomentamos la participación de cursos y programas que nos solicitan nuestras autoridades.

Fomentamos la participación de programas de igualdad entre mujeres y hombres, INMUJERES, ética en el servicio público, etc.

**Acción Puntual 4.4.6.** Favorecer la innovación organizacional para mejorar el otorgamiento de los servicios médicos, de acuerdo a las directrices de la Secretaría de Salud.

**Avance:**

Se ha trabajado en conjunto con las subdirecciones de la Dirección Médica, sobre este tema, se han logrado mejoras, que se han visto reflejadas en la productividad y se han generado procesos para la atención de la pandemia y el nuevo reto de la vacunación anti COVID.

Se fomenta la innovación organizacional a través de la colaboración multidisciplinaria de los diferentes especialistas para la formación de clínicas como las siguientes:

Clínica de Obesidad

Clínica de Atención del Adulto Mayor

Clínica de embarazo en adolescentes

---

### Clínica de Cuidados paliativos y calidad de vida

Ante la epidemia por SARs COV2. La consulta externa se vio obligada a limitar los servicios de atención en Consulta Externa para dar prioridad a la población afectada por la pandemia. En el último semestre y debido a la disminución de los casos y al Semáforo Epidemiológico de la Ciudad de México, se organizó y dio inicio la apertura de los Servicios con apego a las normas de distanciamiento social y medidas de protección personal, incrementando progresivamente el No. de consultas otorgadas y las valoraciones de primera vez. Los servicios actualmente en función son: Medicina Interna, Endocrinología, Neurología, Reumatología, Cardiología, Pediatría, Cirugía y sus subespecialidades, Cirugía plástica y Reconstructiva, Urología, Dermatología, Ginecobstetricia, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Geriatria, electrocardiograma, Clínica del dolor, psiquiatría y salud mental, valoración de alto riesgo.

**Acción Puntual 4.4.7.** Fomentar la integración y funcionamiento de los patronatos y voluntariado enfocados al apoyo de la atención médica.

**Avance:**

El patronato se está reestructurando, se han tenido reuniones periódicas con el director general para buscar los mecanismos que permitan gestionar conseguir apoyos para el hospital.

**Acción Puntual 4.4.8.** Incrementar los espacios y tiempos de médicos adscritos para cirugía menor ambulatoria, cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia para favorecer la atención médica a los usuarios que la soliciten al Hospital.

**Avance:**

Se realizaron cambios que permitieron la optimización del quirófano durante el turno matutino y vespertino, lográndose un incremento importante en la productividad, en cirugía ambulatoria.

Se ha trabajado en la implementación proporcional de mayor apertura de turnos quirúrgicos y designación de camas de hospitalización, atendiendo a las necesidades más urgentes de atención de nuestra población. Se prioriza la atención a los pacientes en función la capacidad instalada y oportunidad de atención,

---

siempre con un enfoque prioritario en beneficio de los enfermos que así lo demandan, acorde a la capacidad institucional y atendiendo en lo posible a la mejor eficiencia operativa.

**Acción Puntual 4.4.9.** Realizar un análisis de los procesos administrativos y clínicos relacionados con las principales cirugías de corta estancia para implementar mejoras en tiempos y eficiencia.

**Avance:**

Se han diferenciado con precisión los procesos de ingreso y egreso de pacientes ambulatorios y de hospitalización de modo que facilite el manejo administrativo de estos pacientes, en una misma área quirúrgica, pero con la diferencia en el manejo médico y administrativo.

**Acción Puntual 4.4.10.** Fortalecer la unidad de Cirugía Ambulatoria haciéndola autosuficiente, que proporcione atención pre, trans y postoperatoria en beneficio de los usuarios del Hospital.

**Avance:**

La cirugía ambulatoria que se realiza en el hospital se ejecuta en el área de quirófanos centrales, a raíz del sismo del 2017 y la pérdida de la torre antigua, la unidad de cirugía ambulatoria se transformó en la unidad tocoquirúrgica y área de hospitalización de gineco-obstetricia, por lo que es necesario recuperar en un futuro el área de la unidad para que trabaje en forma autosuficiente.

A partir de febrero se reinició con la cirugía programada con la capacidad que ha permitido la des reconversión.

**Estrategia prioritaria 4.5.- Proveer una atención multidimensional para los problemas de salud más complejos que afectan a la población y que en muchos casos son programas prioritarios de atención por medio de clínicas de atención integral.**

**Acción Puntual 4.5.1.** Atender casos de alto riesgo materno-infantil, enfermedades crónicas, malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad, entre otras.

---

**Avance:**

Como en la estadística nacional, el primer lugar de morbilidad-mortalidad en la edad pediátrica lo ocupan las patologías perinatales y neonatales en la población que atendemos en el Gea González. La prematurez (con sus comorbilidades) es la causa número uno de hospitalización en la Subdirección de Pediatría; esta patología es de alta complejidad y requiere de todo un equipo multidisciplinario para su atención.

La División de Neonatología continúa con problemas de sobreocupación). Se requiere un equipo multidisciplinario y equipo médico para dar la atención compleja de estos pacientes. Tenemos asignadas solo 4 cunas para la unidad de cuidados intensivos neonatales, 8 para terapia intermedia neonatal y 5 para crecimiento y desarrollo. Manejamos prácticamente todo el tiempo sobreocupación en la División de neonatología.

Contamos con la división de Genética que nos apoya en el estudio y análisis de recién nacidos con malformaciones congénitas de alta morbi-mortalidad y se ofrece asesoramiento genético a la madre/padre de este bebé para apoyarlos.

Se atienden pacientes de los Hospitales Materno Infantiles de la CDMX con patologías maternas y fetales complejas de otros.

**Acción Puntual 4.5.2.** Brindar atención a la población de adultos mayores a fin de mejorar la calidad de vida.

**Avance:**

Se atiende al paciente adulto mayor en la consulta externa y de igual forma todo aquel paciente adulto mayor Hospitalizado es valorado y atendido por la especialidad correspondiente, así mismo se cuenta con un proceso en etapa de evaluación para el otorgamiento de atención a adultos mayores de manera prioritaria.

---

**Acción Puntual 4.5.3.** Brindar atención especializada a pacientes con obesidad, diabetes, y en general padecimientos que requieran de la participación de personal multidisciplinario de alta especialidad.

**Avance:**

La Dra. Rebeca González Rodríguez atiende la Clínica de Obesidad y Sobrepeso Pediátrica para el diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas para estos trastornos alimenticios. Se ha incrementado esta consulta y la población que maneja la Dra. Rebeca es muy constante y cumplida.

Se trabaja mucho en la prevención, motivación y autoestima de los pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad y se da un manejo multidisciplinario con Nutrióloga, Médicos del deporte, Psicología, etc.

El programa del médico del deporte ha sido fundamental para que los pacientes pediátricos se motiven, se les enseñan sus rutinas y ejercicios y estos los siguen en casa dando mejores resultados.

Es un trabajo multidisciplinario con una directriz excelente y que está dando excelentes resultados en un problema de salud nacional.

**Acción Puntual 4.5.4.** Llevar a cabo acciones de prevención y diagnóstico oportuno, para cánceres de mama, cérvico-uterino, de próstata.

**Avance:**

En los servicios de Ginecología, Urología, Medicina Interna, Geriátrica se realizan las acciones de prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de acuerdo con el perfil del paciente.

**Acción Puntual 4.5.5** Mejorar el área de acondicionamiento físico. Incorporar nuevas especialidades al programa para prestar un servicio integral al paciente y su familia.

**Avance:**

El área de acondicionamiento físico de la Clínica de Obesidad fue desde el sismo del 2017 y el cierre de la Torre antigua, destinado para oficinas de la Subdirección de Enfermería.

---

En la Clínica de obesidad infantil se ha integrado un residente de Medicina del Deporte de la facultad de Medicina de la UNAM el cual enseña programas de acondicionamiento a los niños para casa como parte del manejo de la obesidad en ese grupo de edad.

**Acción Puntual 4.5.6** Colaborar con organizaciones de la sociedad civil para la rehabilitación de los pacientes y reintroducción a su entorno como parte de la clínica de atención integral de obesidad.

**Avance:**

La Clínica de Obesidad se mantuvo cerrada como acción preventiva para mitigar los efectos de la pandemia por el virus SARS-COV2, reiniciando actividades en marzo de 2021 y gracias al apoyo del Patrimonio de la Beneficencia Pública se pudieron realizar algunos procedimientos quirúrgicos de pacientes que estaban en seguimiento.

Acción Puntual 4.5.7 Integrar investigadores a la clínica de atención integral de obesidad para definir proyectos de investigación socio-médicos y clínicos.

Avance:

Se continuaron las líneas de investigación en obesidad, ampliando el número de protocolos y productividad científica.

Se cuenta con diversos protocolos de investigación en anestesiología y medicina perioperatoria en pacientes obesos sometidos a cirugía de obesidad.

La encargada de la Clínica de Obesidad Pediátrica, terminó la Maestría en ciencias cuyo trabajo principal es tema relacionado con la obesidad Infantil.

**Estrategia prioritaria 4.6.- Trabajar con los departamentos que mayor demanda de atención tengan, para conformarlos como equipos funcionales por medio de una estrategia de formación y acompañamiento.**

---

**Acción Puntual 4.6.1** Realizar un diagnóstico de necesidades de formación (administrativa, calidad y jurídica) para los departamentos clínicos de mayor demanda de atención.

**Avance:**

Se inició con la revisión de la normatividad interna de las áreas involucradas en la gratuidad para realizar las adecuaciones pertinentes.

En conjunto con la Jefatura de Consulta externa, se busca la unificación de las agendas digitales SIGHO, para la programación de consulta y evitar las agendas en físico.

•En conjunto con Informes, Cajas, Trabajo Social, DEGAMI y Mesa de Control, se logró unificar el proceso de reposición de carnets y proceso de egreso de pacientes Hospitalizados

**Acción Puntual 4.6.2** Establecer los lineamientos, pasos y herramientas necesarias para cada departamento.

**Avance:**

Se cuenta con los manuales de procedimientos en los departamentos y divisiones, así como los de las subdirecciones, se actualizan periódicamente acorde a los ajustes en los procedimientos de cada servicio. Se cuenta con una herramienta electrónica en la división de Urgencias para valoración inicial, como consulta de Urgencias "SEUGEA" al 100%

Se realizó la actualización de los Manuales de Procedimientos de la División Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia para los cuales se solicitó la participación de todos los Servicios de la Consulta Externa con la finalidad de establecer las políticas de particulares de cada uno de estos e incluirlos en los siguientes:

- Procedimiento de Preconsulta
- Procedimiento de Consulta de Primera Vez
- Procedimiento de Consulta Subsecuente
- Procedimiento para la Referencia de Estudios Auxiliares de Diagnóstico o Interconsulta a Instituciones de Apoyo.

## Avances de la Meta para el bienestar y Parámetros del Objetivo prioritario 4

Indicador		Línea base (Año)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje de mortalidad materna	0% (2018)	0% (2019)	2.8% (2020)	0.3% (2021)	0.1% (2022)	0% (2024)
Parámetro 1	Reducción de tasa de Cesáreas	35% (2018)	40.6% (2019)	34.99% (2020)	49.3% (2021)	39.6% (2022)	32% (2024)
Parámetro 2	Prevalencia de obesidad en niños de 6 a 16 años de edad	ND (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	95.6% (2021)	98.3% (2022)	ND (2024)

Nota:

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.



---

## **Objetivo prioritario 5. Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar al paciente la atención requerida y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación**

La relevancia del objetivo prioritario 5. “Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el HGMGG pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación”, es debido a la importancia que la gestión administrativa para obtener los recursos financieros y la formalización de contrataciones para la ampliación de la infraestructura y de equipamiento especializado bajo las mejores condiciones para el Hospital en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad, eficiencia, optimización y uso sustentable de los recursos, que garanticen el funcionamiento adecuado del Hospital.

### **Resultados**

#### **Actividades relevantes**

**Estrategia prioritaria 5.1.- Reasignar funcionalmente los espacios para la optimización de infraestructura para facilitar la atención y acceso de los usuarios.**

**Acción Puntual 5.1.1.** Identificar los espacios, tiempos y rutas para optimizar la infraestructura y personal que labora en la torre de Especialidades.

#### **Avance:**

La continuidad y altibajos de la contingencia sanitaria por COVID-19 ha demandado la desreconversión hospitalaria de la infraestructura en el Hospital, toda vez que derivado de las variantes en el semáforo epidemiológico de los meses de febrero y septiembre registró una baja en contagios, lo que tiene como consecuencia que los servicios de atención médica demanden adecuaciones por su demanda. Asimismo, el total de áreas de la Subdirección de Servicios Generales continua con ajustes técnico-operativo y administrativos a fin de ser más eficientes sus actividades considerando los recursos con el fin de responder y enfrentar los retos de la nueva

---

normalidad con las plantillas de los Departamentos ajustadas a la operatividad de la Torre de Especialidades.

Las anteriores adecuaciones responden en atención, personal y recursos para brindar el soporte a las áreas que aumentaron su productividad, sin descuidar las áreas de baja actividad.

**Acción Puntual 5.1.2.** Identificar los miembros de las clínicas de atención integral y establecer los lineamientos y políticas para su funcionamiento.

**Avance:**

Las diferentes clínicas multidisciplinarias están organizadas con participación de diferentes especialistas, cuentan con procedimientos establecidos para su funcionamiento

**Acción Puntual 5.1.3.** Incrementar el impacto del programa de mantenimiento por medio de la sistematización de información.

**Avance:**

Para 2022, previa documentación, registro de necesidades y análisis de información, se realizaron 13 servicios de mantenimiento a equipo electro mecánico e infraestructura del Hospital, atendiendo lo señalado en el Programa Anual de Mantenimiento; con estas contrataciones se prolonga la vida útil del equipamiento que permite la diaria operación de los diferentes servicios, a la vez que se procura la conservación del inmueble. Finalmente se concretó un servicio no programado, el cual derivó de necesidades extraordinarias.

**Acción Puntual 5.1.4** Contar con infraestructura adecuada y funcional que garanticen la seguridad para el paciente, sus familiares y los trabajadores, garantizando la accesibilidad para personas con discapacidad.

**Avance:**

La contratación del “Suministro de Refacciones y Materiales para Mantenimiento” de 2022, permitió ejecutar servicios con personal propio, enfocándose en señalización de pavimentos, elementos antideslizantes, de apoyo y par la facilidad de tránsito en las áreas públicas (explanadas, sanitarios, vestíbulos, accesos, salas de espera de la Torre de Especialidades) por lo que se adecuó el inmueble mejorando la inclusión y accesibilidad. Asimismo, en diciembre se contrató el “Mantenimiento a Camas, Camillas y Cunas” con lo que se garantiza el contar con mobiliario clínico seguro para los pacientes con discapacidad temporal.

---

## **Estrategia prioritaria 5.2.- Conducir eficientemente los objetivos del Hospital, asignando los recursos humanos, materiales, financieros y de tiempo, que permitan alcanzar los mejores resultados con los menores costos a través de la aplicación de soluciones gerenciales.**

**Acción Puntual 5.2.1** Seleccionar a los miembros de la gerencia hospitalaria y asignar a cada uno tareas y objetivos, así como funciones dentro de éste.

### **Avance:**

Se realizó el nombramiento de la Jefa del Departamento de Trabajo Social a partir del 1 de enero de 2021.

Las diferentes clínicas multidisciplinarias están organizadas con participación de diferentes especialistas, cuentan con procedimientos establecidos para su funcionamiento.

**Acción Puntual 5.2.2** Definir claramente los objetivos, así como de los roles y ámbitos de competencia y poder de cada uno de los miembros, la información que solicite el grupo será clara y transparente, ya que es usada para tomar decisiones.

### **Avance:**

Las funciones y objetivos de cada uno de los Directores y Subdirectores de área se encuentran en el Estatuto Orgánico actualizado en diciembre de 2020 y en el Manual de Organización Específico del Hospital.

**Acción Puntual 5.2.3** Fortalecer los protocolos y mecanismos para la atención de víctimas de acoso laboral y sexual, con el fin de garantizar su atención desde una perspectiva de género, a través de acciones de actualización y formación específica del personal en temas de acoso, discriminación, entre otros.

### **Avance:**

Durante el 2022, desde la atención del Comité de Ética del Hospital General Dr. Manuel Gea González, se atendieron 15 quejas, de las cuales 8 fueron por motivos de presuntos actos de hostigamiento sexual o acoso sexual; 3, por probable

---

hostigamiento laboral; mientras que las restantes, fueron por diversos temas, todas ellas atendidas bajo los Lineamientos Generales de los Comités de Ética de la Administración Pública, y los Protocolos de atención a cada uno de los casos, tanto de tipo sexual como laboral.

Participaron un total de 103 personas servidoras públicas en cursos referentes al Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.

Así mismo se ha hecho la difusión y fomentado la obligatoriedad de que el personal del Hospital, se capacite en cursos como:

Curso: Administración Pública Federal Libre de Violencia. Combate al Acoso Sexual y al Hostigamiento Sexual: 103

Curso: ¡Súmate al Protocolo!: 59

Curso: Inducción a la Igualdad entre Mujeres y Hombres: 62

Masculinidades, Modelos para transformar: 84

Comunicación incluyente y sin sexismo: 85

Yo sé de Género 1-2-3, Conceptos básicos de Género (ONU): 121

Derechos Humanos en el Servicio Público: 63

-Acceso sin discriminación a los servicios de salud para las personas de la Diversidad Sexual: 509

Por lo que en total la capacitación en materia de Ética e Integridad Pública, Conflicto de Intereses, Equidad de Género y Derechos Humanos, en colaboración con el Departamento de Empleo y Capacitación, se tuvo un total de 1692 acciones de capacitación, en 2022.

**Acción Puntual 5.2.4** Administrar el reclutamiento, la selección, la contratación y la capacitación administrativa gerencial del personal para que se efectúen de acuerdo a las normas, políticas y lineamientos establecidos.

### **Avance:**

En el periodo de enero a diciembre de 2022 se llevaron a cabo 157 procesos de revisión de candidatos(as), que incluyen los movimientos en plazas federales de

---

nuevos ingresos, promociones y/o reingresos, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Catálogo Sectorial de Puestos, así como de otras disposiciones normativas vigentes de aplicación general en materia de reclutamiento y selección de personal.

Asimismo, a efecto de atender la contingencia COVID se han contratado 190 ingresos acumulados a la fecha, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Catálogo Sectorial de Puestos, así como de otras disposiciones normativas vigentes de aplicación general en materia de reclutamiento y selección de personal.

En el periodo de enero a diciembre de 2022, se realizaron 87 acciones de capacitación con costo, en materia administrativa-gerencial, y 1,692 acciones de capacitación en línea sin costo

**Acción Puntual 5.2.5** Actualizar la base datos del Sistema de Administración de Personal y Pago de Nómina (SAPPN), con los movimientos (altas, bajas, cambios y continuidades), quincenales del personal de este Hospital de acuerdo a las plazas vacantes.

**Avance:**

La Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Análisis y Programación en el periodo de enero a diciembre 2021, ha mantenido actualizado (quincenalmente), el sistema de administración de personal y pago de nómina, donde se registran las altas, bajas, cambios y continuidades del personal del Hospital, a la fecha se han aplicado 24 quincenas.

**Acción Puntual 5.2.6** Coordinar, supervisar y controlar, la elaboración de las nóminas quincenales para la remuneración del personal, así como nóminas extraordinarias por otro tipo de pago, de conformidad con la legislación y normatividad aplicables.

**Avance:**

La Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Remuneraciones e Incidencias, en el periodo de enero a diciembre 2021, han elaborado la nómina (quincenalmente) mediante el cálculo de las percepciones y

---

deducciones de todos los trabajadores de este Hospital General, conforme a la normatividad vigente, a la fecha se han elaborado 24 nóminas ordinarias.

**Acción Puntual 5.2.7** Atender el total de requisiciones enviadas por las distintas áreas del hospital para la compra de material de curación, medicamentos y demás necesidades del Hospital, bajo el enfoque de austeridad y el uso racional de los recursos.

**Avance:**

Durante el periodo de enero a diciembre de 2022, el Departamento de Compras de la Subdirección de Recursos Materiales, recibió un total de 148 Requisiciones de bienes por parte de las diferentes áreas requirentes del Hospital.

**Acción Puntual 5.2.8** Fomentar las compras consolidadas y evaluar los contratos registrados en el sistema CompraNet.

**Acción Puntual 5.2.9** Realizar la identificación y el registro de las necesidades de compra que tiene cada una de las áreas que conforman al Hospital, indispensables para su operación, con base en el Programa Anual de Adquisiciones y Obra Pública.

**Avance:**

En el periodo comprendido de enero a diciembre de 2022, se participó en las consolidadas con el INSABI, se realizaron los contratos correspondientes a las adquisiciones de Medicamentos y Material de curación, teniendo en dicho periodo un total de 65 contratos y 120 pedidos realizados

**Acción Puntual 5.2.10** Atender las solicitudes de las diferentes áreas del Hospital para el mantenimiento de equipo médico, administrativo y demás servicios necesarios para su contratación bajo el enfoque de austeridad y uso racional de los recursos para garantizar las condiciones óptimas en su operación.

**Avance:**

El Departamento de Vinculación y Gestión de Tecnologías Aplicadas en la Salud, se encuentra trabajando junto con las áreas médicas del hospital, con la finalidad de

integrar las carpetas de contratación de los distintos mantenimientos de equipo biomédico. Privilegiando los procesos de contratación mediante licitación.

A su vez el, con la intención de atender las solicitudes de las diferentes áreas del Hospital, el Departamento de Mantenimiento, contrató el “*Suministro de Refacciones y Materiales para Mantenimiento*” de 2022, a efecto de contar con los insumos básicos necesarios para dar continuidad al mantenimiento del mobiliario médico y administrativo con mano de obra propia, lo que llevó a racionalizar y eficientar los recursos.

### **Estrategia prioritaria 5.3.- Crear sistemas para compartir información y difundir el capital de conocimiento existente en el Hospital.**

**Acción Puntual 5.3.1** Identificar los sistemas críticos de información y las áreas de desarrollo que permitan acceder a la información relevante para el análisis y toma de decisiones en el funcionamiento de la práctica médica y administrativa.

**Avance;**

Se identificaron sistemas críticos: SIGHO, RdPacCe y SEU GEA; los cuales se encuentran en operación.

### **Avances de la Meta para el bienestar y Parámetros del Objetivo prioritario 5**

Indicador		Línea Base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
Meta para el bienestar	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en el Hospital para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.	(2018)	ND (2019)	NA (2020)	NA (2021)	0% (2022)	90% (2024)
Parámetro 1	Demoler al 100% la Torre de Hospitalización.	(2018)	N.D. 2019	20% (2020)	100% (2021)	100% (2022)	NA (2024)
Parámetro 2	Porcentaje de atención a los requerimientos de mantenimiento de inmuebles y equipos solicitados por las áreas operativas	(2018)	82% (2019)	30.1% (2020)	NA (2021)	47.5% (2022)	90% (2024)

Nota:

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

---

**Objetivo prioritario 6. Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos para aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de adversidades, manteniendo el ritmo de sus operaciones y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.**

La relevancia del objetivo prioritario 6 Es indispensable el manejo responsable, transparente efectivo y eficaz de los recursos financieros del Hospital, así como el fortalecimiento de los mecanismos de control interno para evitar o inhibir la corrupción.

## **Resultados**

### **Actividades relevantes**

**Estrategia prioritaria 6.1.- Identificar diversas fuentes de financiamiento y establecer las condiciones necesarias para recibir dicho financiamiento en el Hospital.**

**Acción Puntual 6.1.1** Identificar los diversos actores que proporcionan financiamiento al sector público.

**Avance:**

Dentro de los principales actores que participan en el financiamiento dentro del sector público, se encuentran el Instituto de Salud para el Bienestar, así como la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

**Acción Puntual 6.1.2** Continuar con el proceso de modificación del Decreto de creación para lograr obtener recursos de terceros para apoyar a la investigación, enseñanza y atención médica.

**Avance:**

Dentro de los principales actores que participan en el financiamiento dentro del sector público, se encuentran el Instituto de Salud para el Bienestar, así como la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.



---

**Estrategia prioritaria 6.2.- Administrar los ingresos económicos y evitar los desvíos de materiales, por medio de la programación del presupuesto basada en costos reales que generará una mayor productividad de los recursos financieros asignados.**

**Acción Puntual 6.2.1** Programar la distribución del gasto a través del control de costos, con la finalidad de salvaguardar los recursos verificando la variación y fluctuación de los costos de los bienes ingresados lo que permitirá llevar a cabo un ejercicio inteligente de los recursos.

**Avance:**

Al cuarto trimestre 2022 se realizan las adecuaciones correspondientes con la finalidad de llevar a cabo un ejercicio de los recursos eficiente y eficaz, así mismo por parte de la coordinadora de sector se han otorgado ampliaciones presupuestales con la finalidad de afrontar el gasto de operación

**Acción Puntual 6.2.2** Fortalecer los mecanismos de registro contable y presupuestal para fomentar la transparencia y rendición de cuentas, así como para facilitar las decisiones sobre la utilización de los recursos del Hospital.

**Avance:**

Dentro de los Departamentos de la Subdirección de Recursos Financieros se cuenta con sistemas y bases de datos en Excel, mediante los cuales se realiza los registros correspondientes, así mismo se implementan constantemente controles nuevos para tener un mejor manejo de la información.

**Estrategia prioritaria 6.3.- Identificar funciones que puedan administrarse a través de servicios integrales que coadyuven con los servicios del Hospital para que estos puedan dedicarse íntegramente a realizar tareas que aportan valor sus usuarios y no dispersar sus funciones en aquellas tareas sin valor.**

---

**Acción Puntual 6.3.1** Evaluar la funcionalidad de Farmacia Hospitalaria para integrar la convocatoria y anexo técnico, con el fin de que se cumplan los estándares de calidad y seguridad del paciente.

**Avance:**

La Farmacia Intrahospitalaria colaboró en la integración de los anexos técnicos para la contratación consolidada de medicamentos y da seguimiento a la ampliación del contrato de medicamentos de 2020 vigente durante el primer trimestre de 2021.

**Estrategia prioritaria 6.4.- Identificar procesos administrativos más utilizados por usuarios internos y externos y determinar una ruta crítica que facilite el cumplimiento de su objetivo.**

**Acción Puntual 6.4.2** Verificar y validar los procesos que se llevan a cabo en diferentes áreas con la finalidad de implementar una reingeniería en los mismos y lograr así un mejor flujo de información mejorando los tiempos de respuesta.

**Avance**

Dentro de los departamentos de la Subdirección de Recursos Financieros se han implementado bases de datos en Excel, mismas que se van actualizando conforme las necesidades de la información, lo anterior, con la finalidad de facilitar los procesos, sin embargo, se prevé implementar nuevos mecanismos y sistemas con la finalidad de facilitar la comunicación entre estos departamentos, cabe resaltar que estas mismas sufren actualizaciones constantes.

**Estrategia prioritaria 6.5.- Realizar una reestructura organizacional para generar estructuras organizativas y de gestión que permitan cumplir los objetivos institucionales, al mismo tiempo que maximizan la capacidad de las áreas para abordar sus entornos.**

---

**Acción Puntual 6.5.1** Seleccionar a los miembros del grupo de reestructura y asignar a cada uno tareas y objetivos, así como funciones dentro de éste.

**Avance:**

Se realizaron las adecuaciones a la justificación de propuesta de la modificación a la estructura orgánica del Hospital autorizada por la H. Junta de Gobierno y a los perfiles de puestos, de acuerdo a las sugerencias de la Subdirección de Evaluación Organizacional de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud.

Asimismo, se está en espera de la autorización del escenario NBB\_REFRENDO2102111157 y de las actualizaciones que hará la Subdirección de Recursos Humanos en atención a la solicitud de la Secretaría de la Función Pública mediante oficio No. SRCI/UPRH/1393/2020, una vez logrado lo anterior, se presentará ante la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, la carpeta para la modificación de la estructura orgánica del Hospital autorizada por la H. Junta de Gobierno.

Con oficio No. DGRHO/4801/2021, de fecha 11 de junio de 2021, la Directora de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud, comunica a este Hospital que antes de llevar a cabo el Refrendo de la Estructura es indispensable actualizar en el Sistema RH net el registro de los puestos de categorías, conforme a lo anterior la Subdirección de Recursos Humanos de este Hospital General, con oficios No. HGMGG-DG-DA-E348-2021, HGMGG-DG-DA-E352-2021, HGMGG-DG-DA-E353-2021, HGMGG-DG-DA-E354-2021, HGMGG-DG-DA-E355-2021, HGMGG-DG-DA-E357-2021, de fechas 31 de mayo, 01 y 02 de junio de 2021, envió a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud, realizo registro de plazas eventuales de Influenza y Covid-19 con los siguientes números de escenarios COVID\_GEA12105251456, COVID\_GEA22105251501, COVID\_GEA32105251504, COVID\_GEA42105251507, COVID35\_GEA2105311513, GEAINF\_EVENT2105311640, GEA\_EVENTINFLUENZA2106011522, COVID\_1GEA2106011253 y COVID\_2GEA2106021030, se está en espera de la autorización de los registros.

---

**Acción Puntual 6.5.2** Definir claramente los objetivos, así como de los roles y ámbitos de competencia y poder de cada uno de los miembros, la información que solicite el grupo será clara y transparente, ya que es usada para tomar decisiones.

**Avance:**

Se está llevando a cabo el análisis, identificación de áreas de oportunidad y actualización del Estatuto Orgánico de la institución, conforme al “Programa de trabajo para el análisis y actualización de los Estatutos Orgánicos de las entidades coordinadas en la CCINSHAE”.

Asimismo, la institución cuenta con el Manual de Organización Específico autorizado en marzo del 2012 y vigente a la fecha, el cual contiene: la visión y misión de la Institución, así como la estructura orgánica autorizada vigente, los objetivos y funciones de sus direcciones y subdirecciones.

**Acción Puntual 6.5.3** Plantear soluciones a la problemática analizada y se implementen las medidas para mejorar.

**Avance:**

Se están analizando y revisando los procesos esenciales con cada una de las áreas para adecuarlos a la situación actual de cada uno de ellos y con el tema de Gratuidad. Se han ido implementando cambios que permitan mejorar la experiencia del paciente y disminuir los trámites administrativos para favorecer la atención. Una vez que se implementen todos los procesos esenciales podrán ser valorados. El hospital cuenta a la fecha con 259 procesos esenciales (áreas médicas, enseñanza, investigación y auxiliares de diagnóstico), de la revisión y actualización de todos los procesos se tiene un avance del 49%.

**Estrategia prioritaria 6.6.- Reestructurar el sistema de control documental, como base en la gestión clínico/administrativa del Hospital.**

Acción Puntual 6.6.1 Reestructurar el Estatuto Orgánico, el Manual de Organización Específico y las Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Avance

Durante el periodo no se realizaron modificaciones al Estatuto Orgánico, Manual de Organización Específico.

Se actualizaron las Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

### Avances de la Meta para el bienestar y Parámetros del Objetivo prioritario 6

Indicador		Línea Base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje del gasto público ejercido en atención Médica.		100% (2019)	100% (2020)	N.D. (2021)	100% (2022)	100% (2024)
Parámetro 1	Programar el presupuesto del ejercicio con base al análisis del gasto obtenido en ejercicios anteriores.		101.14% (2019)	112.96% (2020)	N.D. (2021)	106.6% (2022)	100% (2024)
Parámetro 2	Porcentaje de requerimientos atendidos.	91.5% (2018)	N.D. (2019)	92.9% (2020)	N.D. (2021)	100% (2022)	98% (2024)

Nota:

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.

- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.

- p/: Cifras preliminares.



# 4

## ANEXO

## 4- Anexo.

### Avance de las Metas para el bienestar y Parámetros

**Objetivo prioritario 1.- Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.**

#### 1.1

#### Meta para el bienestar

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR INVESTIGACIÓN			
<b>Nombre</b>	Porcentaje de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, así como las afecciones propias y enfermedades de la población usuaria del Hospital.		
<b>Objetivo prioritario 1</b>	Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.		
<b>Definición</b>	El indicador mide la proporción de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores, en relación a la productividad global de artículos producidos por personal del Hospital, enfocados a atender alguna de las enfermedades de nuestra población usuaria.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Enseñanza e Investigación

<b>Método de cálculo</b>	Número de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores/Total de artículos científicos producidos por el personal del Hospital, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, enfermedades o afecciones propias de nuestra población usuaria.				
<b>Observaciones</b>					
<b>SERIE HISTÓRICA</b>					
<b>Valor de la línea base 2018</b>	<b>Resultado 2019</b>	<b>Resultado 2020</b>	<b>Resultado 2021</b>	<b>Resultado 2022</b>	<b>Meta 2024</b>
39.4%			37.3%	56.3%	42.0%
<b>Nota sobre la Línea base</b>			<b>Nota sobre la Meta 2024</b>		
NA			NA		
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores	<b>Valor variable 1</b>	76	<b>Fuente de información variable 1</b>	Artículos de investigación realizados
<b>Nombre variable 2</b>	Total de protocolos realizados por personal del Hospital, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, enfermedades o afecciones propias de la población usuaria del Hospital.	<b>Valor variable 2</b>	135	<b>Fuente de información variable 2</b>	Protocolos realizados
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$76/135 * 100 = 56.3\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.



## 1.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR INVESTIGACIÓN			
<b>Nombre</b>	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones.		
<b>Objetivo prioritario 1</b>	Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.		
<b>Definición</b>	El indicador mide la proporción de proyectos realizados en colaboración inter-servicios clínicos o con otras instituciones de investigación.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Enseñanza e Investigación
<b>Método de cálculo</b>	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones/Total de protocolos de investigación.		
<b>Observaciones</b>			
SERIE HISTÓRICA			

Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
31.7%.			32.8%	20.8%	33.2%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			
NA		NA			



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones	<b>Valor variable 1</b>	28	<b>Fuente de información variable 1</b>	Protocolos de investigación realizados en colaboración con redes de investigación
<b>Nombre variable 2</b>	Total de protocolos de investigación.	<b>Valor variable 2</b>	135	<b>Fuente de información variable 2</b>	Protocolos de investigación
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$28/135 \times 100 = 20.8\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

## 1.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR INVESTIGACIÓN			
<b>Nombre</b>	Proporción de investigadores institucionales de alto nivel		
<b>Objetivo prioritario 1</b>	Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.		
<b>Definición</b>	El indicador mide la relación de investigadores institucionales de alto nivel respecto al total de investigadores de la institución.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Enseñanza e Investigación
<b>Método de cálculo</b>	Número de investigadores institucionales de alto nivel en el Hospital / Total de investigadores de la institución.		
<b>Observaciones</b>			
SERIE HISTÓRICA			

Valor de la línea base	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Meta
2018	2019	2020	2021	2022	2024
44.7%	52.6%	52.4%	45.9%	46.2%	46.2%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			
NA		NA			



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de investigadores institucionales de alto nivel en el Hospital (Investigadores con nombramiento vigente de la CCINSHAE D, E, F o investigadores SNI I, 2,3).	<b>Valor variable 1</b>	18	<b>Fuente de información variable 1</b>	Nombramiento de investigadores
<b>Nombre variable 2</b>	Total de investigadores de la institución.	<b>Valor variable 2</b>	39	<b>Fuente de información variable 2</b>	Investigadores en plantilla del Hospital
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$18/39 \times 100 = 46.2\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

**Objetivo prioritario 2.- Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.**

**2.1**

**Meta para el bienestar**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ENSEÑANZA			
<b>Nombre</b>	Porcentaje de cursos de educación médica continua impartidos		
<b>Objetivo prioritario 2</b>	Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.		
<b>Definición</b>	El indicador mide la proporción de cursos de educación médica continua impartidos.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Período de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Enseñanza e Investigación
<b>Método de cálculo</b>	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo / Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100		
<b>Observaciones</b>			
<b>SERIE HISTÓRICA</b>			



Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
100%	96.4%	50%	90.6%	100%	100%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			
NA		NA			
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	<b>Valor variable 1</b>	65	<b>Fuente de información variable 1</b>	Expedientes de cursos, base de datos de cursos
<b>Nombre variable 2</b>	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	<b>Valor variable 2</b>	65	<b>Fuente de información variable 2</b>	Programación anual
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$65/65 \cdot 100 = 100\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.

- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.

- p/: Cifras preliminares.

## 2.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ENSEÑANZA					
<b>Nombre</b>	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de especialidades troncales.				
<b>Objetivo prioritario 2</b>	Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.				
<b>Definición</b>	Mide el nivel de otorgamiento de servicio médico especializado a las poblaciones más vulnerables, a través de la prestación del servicio social profesional de las y los médicos residentes de las especialidades troncales				
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual		
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre		
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Enseñanza e Investigación		
<b>Método de cálculo</b>	Número de médicos residentes de las especialidades troncales que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado / Total de médicos residentes de las especialidades troncales asignados para prestar servicio social profesional en el periodo asignado X100				
<b>Observaciones</b>					
SERIE HISTÓRICA					
<b>Valor de la línea base</b> 2018	<b>Resultado</b> 2019	<b>Resultado</b> 2020	<b>Resultado</b> 2021	<b>Resultado</b> 2022	<b>Meta</b> 2024
100%.	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			

NA			NA		
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022		
<b>Nombre variable 1</b>	Número de médicos residentes de las especialidades troncales que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado	<b>Valor variable 1</b>	24	<b>Fuente de información variable 1</b>	Programación de servicio social profesional para médicos residentes de las especialidades troncales
<b>Nombre variable 2</b>	Total de médicos residentes de las especialidades troncales asignados para prestar servicio social profesional en el periodo asignado	<b>Valor variable 2</b>	24	<b>Fuente de información variable 2</b>	Base de datos de médicos residentes del último año de las especialidades troncales
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$24/24 * 100 = 100\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.

- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.

- p/: Cifras preliminares.



## 2.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ENSEÑANZA					
<b>Nombre</b>	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de la especialidad de anestesiología.				
<b>Objetivo prioritario 2</b>	Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.				
<b>Definición</b>	Mide el nivel de otorgamiento de servicio médico especializado a las poblaciones más vulnerables, a través de la prestación del servicio social profesional de las y los médicos residentes de la especialidad de anestesiología.				
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual		
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre		
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Enseñanza e Investigación		
<b>Método de cálculo</b>	Número de médicos residentes de la especialidad de anestesiología que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado / Total de médicos residentes de la especialidad de anestesiología asignados para prestar servicio social profesional en el período asignado X100				
<b>Observaciones</b>					
<b>SERIE HISTÓRICA</b>					
<b>Valor de la línea base 2018</b>	<b>Resultado 2019</b>	<b>Resultado 2020</b>	<b>Resultado 2021</b>	<b>Resultado 2022</b>	<b>Meta 2024</b>
100%.			100%	100%	100%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			

NA			NA		
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022		
<b>Nombre variable 1</b>	Número de médicos residentes de la especialidad de anestesiología que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado	<b>Valor variable 1</b>	13	<b>Fuente de información variable 1</b>	Programación de servicio social profesional para médicos residentes de la especialidad en anestesiología
<b>Nombre variable 2</b>	Total de médicos residentes de la especialidad de anestesiología asignados para prestar servicio social profesional en el periodo asignado	<b>Valor variable 2</b>	13	<b>Fuente de información variable 2</b>	Base de datos de médicos residentes del último año de la especialidad en anestesiología
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$13/13 * 100 = 100\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

**Objetivo prioritario 3.- Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores.**

### 3.1

#### Meta para el bienestar

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA			
Nombre	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria).		
Objetivo prioritario 3	Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores.		
Definición	Expresa el riesgo de presentar una infección nosocomial por cada mil días de estancia		
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre
Dimensión	Calidad	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección Médica
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte}}{\text{Total de días estancia en el periodo de reporte} \times 1000}$		



<b>Observaciones</b>					
<b>SERIE HISTÓRICA</b>					
<b>Valor de la línea base</b> 2018	<b>Resultado</b> 2019	<b>Resultado</b> 2020	<b>Resultado</b> 2021	<b>Resultado</b> 2022	<b>Meta</b> 2024
7.9%	7.2%	6.1%	6.3%	5.5%	7.9%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			
NA		NA			
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el ejercicio que se reporte	<b>Valor variable 1</b>	241	<b>Fuente de información variable 1</b>	Informe Bioestadístico
<b>Nombre variable 2</b>	Total de días estancia en el ejercicio que se reporta x 1000	<b>Valor variable 2</b>	44,128	<b>Fuente de información variable 2</b>	Informe Bioestadístico
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$241/44,128 \times 1000 = 5.5\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.

- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.

- p/: Cifras preliminares.

### 3.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA					
<b>Nombre</b>	Porcentaje de surtimiento de recetas para pacientes hospitalizados.				
<b>Objetivo prioritario 3</b>	Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores				
<b>Definición</b>	Mide en forma directa la dotación de medicamentos a la población usuaria del Hospital				
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual		
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre		
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección Médica		
<b>Método de cálculo</b>	Total de recetas para pacientes hospitalizados surtidas completamente / Total de recetas emitidas X 100				
<b>Observaciones</b>					
<b>SERIE HISTÓRICA</b>					
<b>Valor de la línea base 2018</b>	<b>Resultado 2019</b>	<b>Resultado 2020</b>	<b>Resultado 2021</b>	<b>Resultado 2022</b>	<b>Meta 2024</b>
99%.	96.72%.	99.61%.	99.1%	95.4%	100%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			



NA			NA		
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022					
<b>Nombre variable 1</b>	Total de recetas para pacientes hospitalizados surtidas completamente	<b>Valor variable 1</b>	56,240	<b>Fuente de información variable 1</b>	Recetas
<b>Nombre variable 2</b>	Total de recetas emitidas	<b>Valor variable 2</b>	58,954	<b>Fuente de información variable 2</b>	Recetas
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	56,240/58,954X100=95.4%				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

### 3.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA					
<b>Nombre</b>	Porcentaje de atención médica a pacientes receptores de violencia.				
<b>Objetivo prioritario 3</b>	Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores				
<b>Definición</b>	Este indicador mide la eficiencia de pacientes atendidos víctimas de violencia, violencia familiar, de género o de cualquier tipo, incluye niños, mujeres, adultos mayores y cualquier persona en condiciones de vulnerabilidad.				
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual		
<b>Tipo</b>	Gestión	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Período de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre		
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, y Dirección Médica		
<b>Método de cálculo</b>	Número de casos de posible violencia reportados al Ministerio Público/ Total de pacientes detectados con signos de posible violenciaX100				
<b>Observaciones</b>					
SERIE HISTÓRICA					
<b>Valor de la línea base</b>	<b>Resultado</b>	<b>Resultado</b>	<b>Resultado</b>	<b>Resultado</b>	<b>Meta</b>
2018	2019	2020	2021	2022	2024
ND			100%	100%	100%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			



NA			NA		
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de casos de posible violencia reportados al Ministerio Público por el Departamento de trabajo social	<b>Valor variable 1</b>	2,575	<b>Fuente de información variable 1</b>	Expedientes clínicos
<b>Nombre variable 2</b>	Total de pacientes detectados con signos de posible violencia por el área médica	<b>Valor variable 2</b>	2,575	<b>Fuente de información variable 2</b>	Expedientes clínicos
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$2575/2575 \times 100 = 100\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.



**Objetivo prioritario 4.- Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.**

### 4.1

#### Meta para el bienestar

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA					
Nombre	Porcentaje de mortalidad materna				
Objetivo prioritario 4	Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.				
Definición	Mide la proporción de muertes maternas relación al número de atenciones obstétricas.				
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección Médica		
Método de cálculo	Número de muertes maternas presentadas/ Total de atenciones obstétricas (partos, cesáreas, legrados) realizados en el Hospital X 100				
Observaciones					
SERIE HISTÓRICA					
Valor de la línea base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024



2018						
0%		0%	2.8%	0.3%	0.1%	0%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>						
<b>Nombre variable 1</b>	Número de muertes maternas presentadas	<b>Valor variable 1</b>	1	<b>Fuente de información variable 1</b>		Informe Bioestadístico
<b>Nombre variable 2</b>	Total de atenciones obstétricas (partos, cesáreas, legrados) realizados en el Hospital.	<b>Valor variable 2</b>	877	<b>Fuente de información variable 2</b>		Informe Bioestadístico
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$1/877 \times 100 = 0.1\%$					

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

## 4.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA			
<b>Nombre</b>	Reducción de tasa de Cesáreas		
<b>Objetivo prioritario 4</b>	Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.		
<b>Definición</b>	Mide la eficiencia para favorecer el desarrollo de partos naturales en la población usuaria del Hospital.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Descendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
<b>Método de cálculo</b>	Número de cesáreas presentados durante el ejercicio/Total de partos atendidos en el Hospital X 100		
<b>Observaciones</b>			
SERIE HISTÓRICA			

Valor de la línea base	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Meta
2018	2019	2020	2021	2022	2024
35%.	40.60%.	34.99%.	49.3%	39.6%	32%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			

NA			Meta sujeta a la dinámica de los embarazos, ya que el Hospital recibe muchos embarazos de alto riesgo.		
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>					
<b>Nombre variable 1</b>	Número de cesáreas presentados durante el ejercicio	<b>Valor variable 1</b>	347	<b>Fuente de información variable 1</b>	Expedientes clínicos
<b>Nombre variable 2</b>	Total de partos atendidos en el Hospital	<b>Valor variable 2</b>	877	<b>Fuente de información variable 2</b>	Expedientes clínicos
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$347/877 \times 100 = 39.6\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

## 4.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA					
Nombre	Prevalencia de obesidad en niños de 6 a 16 años de edad				
Objetivo prioritario 4	Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.				
Definición	Mide el efecto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes enfocadas a la población infantil.				
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección Médica		
Método de cálculo	Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad con mejora de los parámetros de obesidad / Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad recibidos con obesidad x 100				
Observaciones					
SERIE HISTÓRICA					
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
ND			95.6%	98.3%	100%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			
NA		NA			



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022					
<b>Nombre variable 1</b>	Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad con mejora de los parámetros de obesidad	<b>Valor variable 1</b>	115	<b>Fuente de información variable 1</b>	Registro de pacientes
<b>Nombre variable 2</b>	Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad recibidos con obesidad	<b>Valor variable 2</b>	117	<b>Fuente de información variable 2</b>	Registro de pacientes
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	115/117x100=98.3%				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

**Objetivo prioritario 5.- Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.**

**5.1**

**Meta para el bienestar**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO			
<b>Nombre</b>	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en el Hospital para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.		
<b>Objetivo prioritario 5</b>	Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.		
<b>Definición</b>	Mide el porcentaje de acciones de infraestructura concluidas, a partir de las acciones que fueron registradas y que iniciaron el proceso correspondiente.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Administración
<b>Método de cálculo</b>	Número de construcciones concluidas/ Número de construcciones en procesoX100.		
<b>Observaciones</b>			



		SERIE HISTÓRICA				
Valor de la línea base 2019	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024	
ND	NA	NA	NA	0	NA	
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>				
La línea base está definida en el año 2019		NA				
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>						
<b>Nombre variable 1</b>	Número de construcciones concluidas	<b>Valor variable 1</b>	0	<b>Fuente de información variable 1</b>	Actas de entrega-recepción	
<b>Nombre variable 2</b>	Número de construcciones en proceso X100.	<b>Valor variable 2</b>	1	<b>Fuente de información variable 2</b>	Informes de obra	
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	0/1*100=0					

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.



## 5.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO					
<b>Nombre</b>	Demoler al 100% la Torre de Hospitalización.				
<b>Objetivo prioritario 5</b>	Reestructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el HGMGG pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.				
<b>Definición</b>	Mide el nivel de avance en la demolición de la torre antigua de hospitalización.				
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual		
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre		
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Administración		
<b>Método de cálculo</b>	Demolición programada / Demolición ejecutadaX100				
<b>Observaciones</b>					
SERIE HISTÓRICA					
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
ND	ND	20%	100%	100%	NA
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			



---

NA			NA			
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022			
Nombre variable 1	Demolición programada	Valor variable 1	1		Fuente de información variable 1	Calendario de ejecución de obra programado
Nombre variable 2	Demolición ejecutada	Valor variable 2	1		Fuente de información variable 2	Informe de obra ejecutada
Sustitución en método de cálculo	1/1+100=100%					

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

### 5.3 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO			
<b>Nombre</b>	Porcentaje de atención a los requerimientos de mantenimiento de inmuebles y equipos solicitados por las áreas operativas		
<b>Objetivo prioritario 5</b>	Reestructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el HGMGG pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.		
<b>Definición</b>	Este indicador mide el porcentaje de Mantenimientos Preventivos y Correctivos realizados a los equipos e inmueble propiedad de este Hospital.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Periódico
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Administración
<b>Método de cálculo</b>	Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos contratados /Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos programados X 100		
<b>Observaciones</b>			
SERIE HISTÓRICA			

Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
82%	82%	30.1%		47.5%	90%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			



NA			NA		
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022		
<b>Nombre variable 1</b>	Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos contratados	<b>Valor variable 1</b>	28.	<b>Fuente de información variable 1</b>	Contratos y/o pedidos
<b>Nombre variable 2</b>	Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos programados	<b>Valor variable 2</b>	59	<b>Fuente de información variable 2</b>	Calendario de mantenimientos de Contratos y/o pedidos
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	28/59*100=47.5%.				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

**Objetivo prioritario 6.- Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el HGMGG cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.**

**6.1**

**Meta para el bienestar**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO			
<b>Nombre</b>	Porcentaje del gasto público ejercido en atención Médica.		
<b>Objetivo prioritario 6</b>	Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el HGMGG cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.		
<b>Definición</b>	El indicador mide la proporción del gasto público en salud dedicado a la atención médica como porcentaje del presupuesto ejercido.		
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Tipo</b>	Gestión	<b>Acumulado o periódico</b>	Periódico
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre
<b>Dimensión</b>	Eficiencia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Administración
<b>Método de cálculo</b>	Total de presupuesto ejercido al cierre del ejercicio en el programa E-023/ Total de presupuesto modificado al cierre del ejercicio en el programa E-023*100		
<b>Observaciones</b>			



SERIE HISTÓRICA					
Valor de la línea base 2019	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
100%	100%	100%	N.D.	100%	100%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			
La línea base está definida en el año 2019		NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022					
Nombre variable 1	Presupuesto ejercido	Valor variable 1	Total de presupuesto ejercido al cierre del ejercicio en el programa E-023	1,484,224,836	Fuente de información variable 1
					Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Nombre variable 2	Presupuesto modificado	Valor variable 2	Total de presupuesto modificado al cierre del ejercicio en el programa E-023	1,484,224,836	Fuente de información variable 2
					Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Sustitución en método de cálculo	1,484,224,836/1,484,224,836*100=100%				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

## 6.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO					
<b>Nombre</b>	Programar el presupuesto del ejercicio con base al análisis del gasto obtenido en ejercicios anteriores.				
<b>Objetivo prioritario 6</b>	Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.				
<b>Definición</b>	Mide la proporción del presupuesto Modificado respecto al autorizado.				
<b>Nivel de desagregación</b>	Institucional	<b>Periodicidad o frecuencia de medición</b>	Anual		
<b>Tipo</b>	Estratégico	<b>Acumulado o periódico</b>	Acumulado		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Periodo de recolección de los datos</b>	Enero-Diciembre		
<b>Dimensión</b>	Eficacia	<b>Disponibilidad de la información</b>	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
<b>Tendencia esperada</b>	Ascendente	<b>Unidad responsable de reportar el avance</b>	Dirección de Administración		
<b>Método de cálculo</b>	(Total de presupuesto Modificado / Total de presupuesto autorizado)*100%				
<b>Observaciones</b>					
<b>SERIE HISTÓRICA</b>					
<b>Valor de la línea base 2019</b>	<b>Resultado 2019</b>	<b>Resultado 2020</b>	<b>Resultado 2021</b>	<b>Resultado 2022</b>	<b>Meta 2024</b>
101.14%	101.14%	112.96%		106.6%	100%
<b>Nota sobre la Línea base</b>		<b>Nota sobre la Meta 2024</b>			



La línea base está definida en el año 2019			NA		
<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>					
<b>Nombre variable 1</b>	Total de presupuesto Modificado	<b>Valor variable 1</b>	1,654,153,273.00	<b>Fuente de información variable 1</b>	Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>Nombre variable 2</b>	Total de presupuesto autorizado	<b>Valor variable 2</b>	1,551,441,801.00	<b>Fuente de información variable 2</b>	Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	$1,654,153,273 / 1,551,441,801 * 100 = 106.6\%$				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.



### 6.3 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO					
Nombre	Porcentaje de requerimientos atendidos.				
Objetivo prioritario 6	Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.				
Definición	Mide el nivel de requisiciones solicitadas por las diferentes unidades administrativas adquiridas por el Hospital.				
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Administración		
Método de cálculo	Total de requisiciones atendidas/Total de requisiciones registradas*100				
Observaciones					
SERIE HISTÓRICA					
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Meta 2024
91.50%		92.9%		100%	98%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024			



NA			NA		
			<b>APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022</b>		
<b>Nombre variable 1</b>	Total de requisiciones atendidas	<b>Valor variable 1</b>	2878	<b>Fuente de información variable 1</b>	Consecutivo de requisiciones
<b>Nombre variable 2</b>	Total de requisiciones registradas	<b>Valor variable 2</b>	2878	<b>Fuente de información variable 2</b>	Consecutivo de requisiciones
<b>Sustitución en método de cálculo</b>	2878/2878*100=100%				

- NA: No aplica, en tanto que, derivado del año de la línea base y la frecuencia de medición del indicador, no corresponde reportar valor observado del indicador para este año.
- ND: No disponible, la información para calcular el valor del indicador aún no se encuentra disponible.
- p/: Cifras preliminares.

# 5

## SIGLAS Y ABREVIATURAS



---

## 5.- Siglas y abreviaturas

**AAMATES:** Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud Hospitalaria.

**CONACYT:** Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

**HGMGG:** Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**INSABI:** Instituto de Salud para el Bienestar.

**DEGAMI:** División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional.

**SUG:** Sistema Único de Gestión. (Quejas)

**MIR:** Matriz de Indicadores para Resultados.