



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
Informe de Gestión Gubernamental. Diciembre 2018-Septiembre 2024
Tercera etapa.

ANEXO 3. TERCERA ETAPA_PTAR
PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

A continuación se enlistan los riesgos identificados por la institución conforme a la metodología propuesta por la Secretaría de la Función Pública. Asimismo, se mencionan las principales acciones implementadas.

Ejercicio 2018. Riesgos identificados.

2018_1 Medicamentos de alto riesgo administrados de forma incorrecta.

2018_2 Pacientes del servicio de Neurocirugía con riesgo de presentar úlceras por presión identificados de manera incorrecta.

2018_3 Instalaciones eléctricas operando deficientemente.

2018_4 Capacitación técnico-administrativa operada de manera deficiente.

2018_5 Protocolos de investigación dictaminados en forma inapropiada.

2018_6 Planes de Mejora elaborados sin estandarización.

2018_7 Proceso de Administración de la Seguridad de la Información implementado de manera inadecuada.

2018_8 Programa académico de internado de pregrado operado en forma deficiente

2018_9 Sistema de cobro de cuotas de recuperación con seguridad vulnerable

2018_10 Servicios de red con operación limitada por la antigüedad de la infraestructura y tecnología.

Derivado del comunicado por parte de la Secretaría de la Función Pública en la cual indica que las acciones de mejora y de control comprometidas en la Administración de Riesgos (PTAR) 2018, deberán ser concluidas en el mes de octubre del 2018, esto en consideración del próximo cierre de la administración 2012-2018, se informa que este hospital dio cumplimiento al 100% a todas las acciones de control comprometidas durante el ejercicio 2018.

Ejercicio 2019. Riesgos identificados.

2019_1 Precauciones por vías de transmisión sin apego a la normatividad por parte de los profesores y estudiantes de ciclos clínicos de medicina.

2019_2 Modelo de atención al usuario(a) sin apego a estándares de Gestión de información y comunicación institucional.

2019_3 Capacitación en Metodología de Investigación para Médicos Residentes deficiente.

2019_4 Proceso de Escalafón sin apego a la normatividad.

Al período que se informa se concluyeron 12 acciones de mejora, lo que equivale al 100% de las acciones. Las áreas presentaron avances sustanciales en la atención de las acciones comprometidas para el cierre del ejercicio, dando conclusión a los compromisos pactados.

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alcde. Gustavo A. Madero, CDMX
Tel: (55) 5747 7560 extensión 7526 www.gob.mx/salud/hjm





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Cabe señalar que derivado del comunicado por parte de la Secretaría de la Función Pública en la cual indica que las acciones de mejora y de control comprometidas en la Administración de Riesgos (PTAR) 2019, deberán ser concluidas a más tardar el último día hábil de diciembre de cada año, se informa que este hospital dio cumplimiento al 100% a todas las acciones de control comprometidas durante el ejercicio 2019.

Ejercicio 2020. Riesgos identificados.

2020_1 Estructura funcional modificada en forma irregular.

2020_2 Intervenciones quirúrgicas realizadas con retraso en quirófano central.

2020_3 Compatibilidad de empleos realizada de manera deficiente.

2020_4 Derechos adicionales por trabajar en áreas nocivo peligrosas de alto, mediano y bajo riesgo otorgados sin apego a la normatividad.

2020_5 Procesos de entrega-recepción realizados con deficiencias o sin cumplir con los términos de ley.

2020_6 Eventos académicos dentro del HJM programados inadecuadamente.

2020_7 Seguimiento a los proyectos de investigación científica realizado con deficiencia.

Referente al Riesgo 1 se puede señalar que su avance fue continuo, ya que se obtuvo el Procedimiento para validar los movimientos de la Estructura Funcional, lo que permite tener criterios establecidos para evaluar las propuestas de creación, cancelación y/o fusión de áreas o servicios que se pudieran presentar.

En cuanto al Riesgo 2 durante, al cierre del ejercicio, se culminaron las tareas pendientes, se rediseñó el pase de admisión de los pacientes a cirugía, de acuerdo con lo detectado en el Riesgo y conforme a las sugerencias del Órgano Interno de Control. Se implementó la acción de enviar por oficio al Archivo Clínico, el listado de pacientes programados, con la finalidad de tener disponibles sus expedientes el día de la cirugía y mediante oficio se indicó a los Jefes de Servicio, que debían verificar la totalidad de los expedientes de candidatos a cirugía electiva. Se creó una red de comunicación con la farmacia hospitalaria y se estableció un envío semanal del inventario de insumos en farmacia, con la finalidad de verificar la existencia de medicamentos o material que será requerido durante el procedimiento programado.

En el Riesgo 3 se determinó su cumplimiento, considerando que mediante oficio DA/SRMS/313/2020, de fecha 25 de septiembre del presente, la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios notificó la imposibilidad de efectuar en el presente ejercicio fiscal, la contratación de un Servicio de Adhesión de archivos digitales y administración de Compatibilidad de Empleos; la Subdirección de Recursos Humanos solicitó el estudio de factibilidad respectivo, para estar en aptitud de realizar la contratación pertinente en el próximo ejercicio fiscal (2021).

En oficio dirigido al CIIMEIT, de fecha 02 de octubre de 2020, se solicitó registrar el Estudio de Factibilidad del proyecto denominado MANTENIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRAL DE RECURSOS HUMANOS DEL PERSONAL ADSCRITO AL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO 2021, en la Herramienta de Gestión de la Política TIC (HGPTIC) de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX
Tel: (55) 5747 7560 extensión 7526 www.gob.mx/salud/hjm





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



En el Riesgo 4 vale la pena señalar que la acción que faltaba culminar es una actividad constante, para el trimestre octubre-diciembre fueron dictaminadas 27 solicitudes; en la sesión celebrada el 29 de octubre de 2020, se aprobaron 17 casos de solicitudes de derechos adicionales por trabajar en áreas nocivo-peligrosas de alto, mediano o bajo riesgo. Todas las solicitudes fueron avaladas por la Comisión, como se hace constar en el acta respectiva.

En el Riesgo número 5 todas las acciones fueron cumplidas al 100% en el tercer trimestre; sin embargo, en este período se entregaron oficios personalizados a todos los sujetos obligados a presentar el proceso de Entrega-Recepción, así como a sus jefes inmediatos.

El Riesgo 6 del área de Enseñanza cumplió con todas sus acciones, en este trimestre presentó el reglamento para el funcionamiento de la Comisión de Cursos actualizado y debidamente firmado por quienes participaron en su elaboración y aprobación. Asimismo, presentó el Programa Académico para el período 2021 concluido, lo cual representa una antelación de mes y medio con respecto a lo que se venía realizando en años anteriores.

El Riesgo 7 cumplió al 100% con todas sus acciones en el tercer trimestre; sin embargo, en este período se continuó con el seguimiento a las actividades de los investigadores.

Cabe señalar que este Hospital cumplió al 100% con todas las acciones de mejora comprometidas en el PTAR 2020.

Ejercicio 2021. Riesgos identificados.

2021_1 Gratuidad total en los servicios de salud implementada de manera deficiente.

2021_2 Datos personales en posesión de sujetos obligados tratados sin apego a la normatividad en la materia.

2021_3 Recomendaciones epidemiológicas para el control de infecciones atendidas de manera deficiente por el personal en áreas no COVID-19.

2021_4 Proyectos de investigación científica realizados de manera deficiente.

2021_5 Cursos de educación continua impartidos de manera deficiente.

2021_6 Medicamentos y material de curación abastecidos de manera deficiente.

En el Riesgo 1 se establecieron mecanismos de seguridad para la tramitación de facturas de bienes o prestación de servicios. Se cumplió ante la Secretaría de Hacienda, y para atender el acuerdo de gratuidad, se solicitó ampliación líquida, el monto a favor del Hospital, y se informó que sí se realizó gasto de bolsillo. Todas las acciones fueron cubiertas al 100%, pero por considerarse un Riesgo que corresponde a una política de salud, se continuará trabajando para el ejercicio 2022.

En el Riesgo 2, se alcanzó el cumplimiento al 100% con la capacitación de 680 servidores públicos de las 27 áreas detectadas con manejo de datos personales. A nivel institucional se capacitó a 1681 personas en el curso "Introducción a la Ley General de Protección de Datos

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alcde. Gustavo A. Madero, CDMX
Tel: (55) 5747 7560 extensión 7526 www.gob.mx/salud/hjm





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Personales en Posesión de Sujetos obligados". El informe de seguimiento a las recomendaciones, se presentó en la Cuarta Sesión Ordinaria del Comité de Transparencia, el día 15 de octubre de 2021.

En el Riesgo 3, derivado del comportamiento de la emergencia sanitaria, se modificaron las recomendaciones epidemiológicas, aunque se continuó con las tareas en los filtros sanitarios y se realizaron 12 rondas de seguridad, se priorizó lo siguiente: Reforzamiento de la difusión de los lineamientos de comportamiento y del semáforo epidemiológico, producción de materiales informativos, además de la sensibilización y capacitación del personal. Con estas acciones se alcanzó el 100% de cumplimiento.

En el Riesgo 4 se recibieron los informes de asistencia y actividades del personal de investigación de octubre de 2021. Se aplicó la Herramienta de análisis de la calidad de la productividad generada y en reunión realizada el 15 de octubre de 2021 con los investigadores, se les informó sobre los puntajes obtenidos y la distribución de recursos.

En el Riesgo 5 para alcanzar el cumplimiento del 100% del Riesgo se decidió: Actualizar las metas con base en el contexto epidemiológico local y nacional, contratación de una plataforma virtual, fortalecimiento de la difusión del programa académico a través de oficios, banners y redes sociales, impartición del curso Excel intermedio del área técnico-gerencial, capacitando a 16 profesionales y cubriendo la meta proyectada, se programó el curso de movilización y traslado de pacientes, del área técnico-médica y se alimentó la base de datos de los cursos de capacitación y formación impartidos.

Para dar cumplimiento al Riesgo 6, los encargados de Farmacia Intrahospitalaria (Almacén de Farmacia) y de Almacén de Generales, enviaron correos informativos sobre medicamentos en desabasto y próximos a caducar, para que las áreas tomen sus precauciones y realicen las solicitudes de compra correspondientes. Considerando las compras consolidadas y el cierre presupuestal 2021, durante el cuarto trimestre se dio trámite a 3 órdenes de compra (642, 737 y 749), por lo tanto, se generaron los contratos/pedidos correspondientes, que a saber son: P21- 000632, P21- 000664 y P21- 000695.

Ejercicio 2022. Riesgos identificados.

2022_1 Procesos de gestión documental desarrollados de manera deficiente.

2022_2 Reclutamiento y selección de personal administrado deficientemente.

2022_3 Gratuidad total en los servicios de Salud implementada de manera deficiente.

2022_4 Cursos Técnico-Médicos y Administrativo-Gerenciales administrados deficientemente.

2022_5 Proyectos de investigación realizados sin análisis de impacto.

2022_6 Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria implementado de manera inadecuada.

2022_7 Pacientes con seguridad social atendidos sin trazabilidad en la información de los recursos financieros.

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX
Tel: (55) 5747 7560 extensión 7526 www.gob.mx/salud/hjm





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2022_8 Contrataciones públicas realizadas de manera deficiente.

Riesgo 1. Se elaboró el cuadro de clasificación archivística, la guía simple de archivos y los inventarios documentales al 31 de diciembre de 2021, se impartió un curso de integración del expediente de archivo mediante la plataforma zoom a las personas responsables contando con una asistencia de 100 participantes, se obtuvieron los recursos financieros necesarios para la creación del espacio alterno al archivo de concentración.

Riesgo 2. Se implementó el formato de check list para los candidatos de nuevo ingreso, se valida la documentación presentada en páginas oficiales, se implementó un correo electrónico institucional para la recepción de documentos de aspirantes como parte del rediseño de la bolsa de trabajo.

Riesgo 3. Se remitió a las direcciones el reporte con el presupuesto ejercido de los contratos administrados por las áreas a su cargo, se realizaron reuniones mensuales entre la Dirección Médica, Administración y Planeación Estratégica en donde se dio seguimiento a las necesidades prioritarias por Dirección conforme a las suficiencias autorizadas.

Riesgo 4. Se actualizó la herramienta Detección de Necesidades de Capacitación, se implementó el instrumento para la evaluación en los cursos de capacitación llevando a cabo un análisis de los cursos administrados.

Riesgo 5. Se desarrollo la ruta para la organización de actividades del Sedecyt, se actualizó y difundió el procedimiento para el control y seguimiento de los proyectos de investigación, se desarrolló el análisis de impacto de los productos derivados de los proyectos de investigación.

Riesgo 6. Integración del Procedimiento para programar cirugía mayor ambulatorio, distribución de la programación quirúrgica y de las reprogramaciones oportunas efectuadas por los servicios quirúrgicos al servicio de Admisión Hospitalaria, revisión e integración constante de las solicitudes de cirugía y dictados quirúrgicos.

Riesgo 7. Se actualiza el procedimiento para la identificación y registro de usuarios y usuarias no sujetos a gratuidad para la prestación de servicios de salud, se desarrolló una herramienta informática que permite tener un manejo más adecuado de los pacientes sujetos a gratuidad.

Riesgo 8. Se desarrolló un reporte de seguimiento de entrega de garantías en el cual se visualizan los tiempos de entrega, se llevó a cabo una plática informativa al curso que imparte la SFP, se realizaron contrataciones por licitación pública por un monto de 612.30 millones que representan el 75.69% con respecto al total de las contrataciones realizadas, asimismo se formalizaron 3 convenios al amparo del artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, por un total de 12.97 millones de pesos, que representan el 4.61% respecto al total de las contrataciones, se acreditó el curso denominado responsabilidades administrativas de las personas servidoras públicas en el portal de SICAVISP.

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX
Tel: (55) 5747 7560 extensión 7526 www.gob.mx/salud/hjm





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Ejercicio 2023. Riesgos identificados.

2023_1 Información presupuestal contable generada deficientemente.

2023_2 Atención médica proporcionada de manera deficiente.

2023_3 Gratuidad total en los servicios de dispensación implementados deficientemente.

2023_4 Proyectos de Investigación realizados de manera deficiente.

2023_5 Formación de recursos humanos para la salud realizada de manera deficiente.

2023_6 Personas Servidoras públicas que brindan apoyo en la atención médica realizado de manera inadecuada.

2023_7 Atención a Solicitudes de información realizada de forma inadecuada.

2023_8 Contrataciones públicas realizadas de manera deficiente.

2023_9 Los ensayos clínicos financiados por la industria farmacéutica realizados de manera deficiente.

A continuación se presentan las principales acciones realizadas.

2023_8 Contrataciones públicas realizadas de manera deficiente

Fortalecer la comunicación y seguimiento de entrega de garantías relativas a las contrataciones consolidadas, así como utilizar de manera eficaz el semáforo diseñado para medir los tiempos establecidos para la entrega de garantías, conforme a los contratos y pedidos que aplique la solicitud de dicho documento.

Girar oficios a los proveedores, en los cuales se les indique claramente los tiempos máximos para la entrega de garantía de cumplimiento.

Se programaron al menos dos pláticas informativas relativas a las responsabilidades y obligaciones que tienen las personas servidoras públicas cuando fungen como administradores de contratos.

Realizar reuniones mensuales entre el área requirente y contratante, a fin de definir la concentración de necesidades que eviten la recurrencia de las adjudicaciones directas al amparo del artículo 42 de la LAASSP.

El personal del Departamento de Abastecimiento se inscribió al menos a 2 cursos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, que son difundidos en el portal de CompraNet de la SHCP y/o el SICAVISP de la SFP u otra instancia.

Riesgo 2: Los ensayos clínicos financiados por la industria farmacéutica realizados de manera deficiente:

Difusión de los procesos de solicitud, evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación a los investigadores institucionales.

Comunicación entre los comités institucionales en materia de investigación y ética para el monitoreo de ensayos clínicos financiados por la industria farmacéutica.

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX
Tel: (55) 5747 7560 extensión 7526 www.gob.mx/salud/hjm





En atención al numeral 4 del Oficio CGGEP/UCMAPF/DGCG/004/2023 de fecha 31 de octubre de 2023 y derivado de las reuniones celebradas por el grupo de trabajo, integrado por las áreas responsables de la administración de riesgos, la Coordinadora de Administración de Riesgos, los representantes de Órgano Interno de Control y el Enlace de Administración de Riesgos, se integró el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos que integra los siguientes riesgos:

1. Atención médica proporcionada de manera deficiente.
2. Información presupuestal – contable generada deficiente.
3. Contrataciones públicas realizadas de manera deficiente.
4. Atención a solicitudes de información realizada de forma inadecuada.
5. Proyectos de investigación realizados de manera deficiente.
6. Rotaciones de médicos externos gestionadas de forma inadecuada.

Ejercicio 2024.

Los riesgos identificados son:

1. Atención Médica proporcionada de manera deficiente
2. Información presupuestal - contable generada deficiente
3. Contrataciones públicas realizadas de manera deficiente
4. Atención a solicitudes de información realizada de forma inadecuada.
5. Proyectos de investigación realizados de manera deficiente.
6. Rotaciones de médicos externos gestionadas de forma inadecuada

Segundo trimestre.

El estatus en la atención de las 18 acciones de control, es el siguiente:

- Dos acciones de control concluidas
- 15 acciones se encuentran en proceso de atención
- Una acción de control sin avances.

Es preciso mencionar que respecto de las acciones 4.1.1 “Establecer una política en conjunto con las áreas para prevenir aquellas solicitudes que no sean claras” y 5.3.1 “Realizar una política para establecer el grado de similitud aceptable de un protocolo de investigación original y tesis para evaluación de los comités”, no se ha concluido la actualización de las políticas comprometidas por el Departamento de la Unidad de Transparencia y la División de Investigación.



A continuación se presenta el porcentaje de avance de cada acción de control:

Lista de Acciones de Control		
No. Acción de Control	Descripción de la Acción de Control	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre Institución
1.1.1	Revisión, actualización y difusión del procedimiento denominado interconsultas del Servicio de Urgencias Adultos.	70
1.2.1	Establecer mecanismos de comunicación entre el personal médico de Urgencias Adultos y los interconsultantes.	80
1.3.1	Establecer un rol por servicio de médicos adscritos responsables de la atención de interconsultantes.	50
1.4.1	Revisión, actualización y difusión del procedimiento denominado interconsultas del Servicio de Urgencias Adultos	70
2.1.1	Obtener la opinión favorable del estudio de factibilidad por parte de la Unidad de Gobierno Digital en la Secretaría de la Función Pública.	40
2.2.1	Gestionar los recursos financieros para la partida presupuestal requerida para la contratación del sistema de gestión de recursos gubernamentales.	40
3.1.1	Programar una plática informativa trimestral relativa a la operación del MFII, que tienen las personas servidoras públicas cuando fungen como firmantes y/o administradores de contratos, y aquellos aspectos que se consideren relevantes de verificación dentro de la formalización de contratos.	40
3.2.1	Programar una plática informativa trimestral relativa a la operación del sistema BESA, que tienen las personas servidoras públicas cuando sea necesario que se relice la carga de seguimiento de contratos al ser los administradores de éstos.	40
3.3.1	Programar una plática informativa trimestral con las Direcciones, Subdirecciones y Divisiones médicas, relativa al marco normativo que regula las contrataciones públicas.	40
4.1.1	Establecer una política en conjunto con las áreas para prevenir aquellas solicitudes que no sean claras.	10
4.2.1	Capacitación al personal institucional en el curso Clasificación de la Información, de acuerdo con el Programa de Capacitación Institucional.	25
5.1.1	Generar un reporte del porcentaje de similitud encontrada en los protocolos de investigación originales y tesis.	100
5.2.1	Generar criterios de porcentajes de similitudes para evaluar los protocolos de investigación originales y tesis	75
5.3.1	Realizar una política para establecer el porcentaje de similitud aceptable de un protocolo de investigación original y tesis para su evaluación por los comités.	0
6.1.1	Crear un procedimiento de Rotaciones para médicos visitantes	80
6.2.1	Difundir el procedimiento de Rotaciones para médicos visitantes a sedes externas que solicitan rotación.	25
6.3.1	Realizar lineamientos para médicos visitantes	100
6.4.1	Realizar una programación anual de las rotaciones de médicos visitantes, con base en el número autorizado por los profesores y/o jefes de servicio.	50

Información estimada de julio a septiembre de 2024.

Se prevé cumplir al 100% con la implementación de siete acciones de control concluidas, quedando 11 en proceso de atención.

En relación a las acciones 2.2 y 3.1 relacionadas de los riesgos “Información presupuestal -contable generada deficientemente” y “Contrataciones públicas realizadas de manera deficiente”, no se han reportado los avances esperados debido a la entrada en vigor de las disposiciones específicas para el cierre del ejercicio presupuestario 202, por lo que no fue posible realizar el proceso de contratación del GRP.

No obstante, la institución ha presentado la información presupuestal -ontable en tiempo y forma y se han formalizado los instrumentos jurídicos indispensables para la operación de la Institución.



A continuación se detallan las acciones de control en proceso establecidas por la institución en el PTAR y que tendrán continuidad en el periodo julio-diciembre de 2024:

No. Acción de Control	Descripción de la Acción de Control	Porcentaje de Avance al 2° Trimestre
1.2.1	Establecer mecanismos de comunicación entre el personal médico de Urgencias Adultos y los Interconsultantes.	90
1.3.1	Establecer un rol por servicio de médicos adscritos responsables de la atención de Interconsultantes.	75
2.2.1	Gestionar los recursos financieros para la partida presupuestal requerida para la contratación del Sistema de Gestión de Recursos Gubernamentales.	70
3.1.1	Programar una plática informativa trimestral relativa a la operación del MFIJ, que tienen las personas servidoras públicas cuando fungen como firmantes y/o administradores de contratos, y aquellos aspectos que se consideren relevantes de verificación dentro de la formalización de contratos.	40
3.2.1	Programar una plática informativa trimestral relativa a la operación del sistema BESA, que tienen las personas servidoras públicas cuando sea necesario que se realice la carga de seguimiento de contratos al ser los administradores de éstos.	90
3.3.1	Programar una plática informativa trimestral con las Direcciones, Subdirecciones y Divisiones médicas, relativa al marco normativo que regula las contrataciones públicas.	80
4.2.1	Capacitación al personal institucional en el curso Clasificación de la Información, de acuerdo con el Programa de Capacitación Institucional.	50
5.2.1	Generar criterios de porcentajes de similitudes para evaluar los protocolos de investigación originales y tesis.	90
5.3.1	Realizar una política para establecer el porcentaje de similitud aceptable de un protocolo de investigación original y tesis para su evaluación por los comités.	30
6.2.1	Difundir el procedimiento de Rotaciones para médicos visitantes a sedes externas que solicitan rotación.	70
6.4.1	Realizar una programación anual de las rotaciones de médicos visitantes, con base en el número autorizado por los profesores y/o jefes de servicio.	75