

INDICADORES DE INVESTIGACIÓN
ASPECTOS CUANTITATIVOS

| INVESTIGACIÓN | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| AÑO | Enero – Junio 2016 | Enero – Junio 2017 |
| 1) Núm. de artículos | 165 | 170 |
| Grupo I: | 28 | 26 |
| Grupo II: | 10 | 21 |
| Total: | 38 | 47 |
| Grupo III: | 45 | 61 |
| Grupo IV: | 62 | 50 |
| Grupo V: | 8 | 5 |
| Grupo VI: | 8 | 7 |
| Grupo VII ¹ : | 4 | 0 |
| Total: | 127 | 123 |
| 2) Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) | | |
| ICM A: | 22 | 19 |
| ICM B: | 23 | 21 |
| ICM C: | 44 | 42 |
| ICM D: | 36 | 39 |
| ICM E: | 10 | 14 |
| ICM F: | 19 | 19 |
| ² Emérito: | 1 | 1 |
| Total: | 155 | 155 |
| 3) Artículos (I-II) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII | 0.2 | 0.3 |
| 4) Artículos de los grupos (III-IV-V- VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII¹ | 0.8 | 0.8 |
| 5) Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII | 0.8 | 0.7 |
| 6) Sistema Nacional de Investigadores | | |
| Candidato: | 13 | 15 |
| SNI I: | 101 | 114 |
| SNI II: | 29 | 33 |
| SNI III: | 29 | 32 |
| Total ³ : | 172 | 194 |
| 7) Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII¹ | 0.7 | 0.8 |
| 8) Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII¹ e investigadores vigentes en el SNI | 1.4 | 1.0 |
| 9). Producción | 125 | 61 |
| Libros editados: | 8 | 6 |
| Capítulos en libros: | 117 | 55 |

1 Los artículos publicados del grupo III-VII (123), se observa diferente a lo reportado en la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 periodo enero-junio (122), la información se actualizó. Sin embargo no se alteró el total de las publicaciones, permaneció en 170.

2 La plaza se encuentra vacante.

3 Además se cuenta con 5 investigadores Nivel 1 y 3 candidatos. Estos investigadores se encuentra en la Red de Apoyo para la Investigación RAI.

| INVESTIGACIÓN | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| AÑO | Enero – Junio 2016 | Enero – Junio 2017 |
| <i>10) Núm. de tesis concluidas</i> | | |
| Especialidad: | 21 | 17 |
| Maestría: | 7 | 13 |
| Doctorado: | 4 | 6 |
| <i>11) Núm. de proyectos con patrocinio externo:</i> | 82 | 93 |
| Núm. agencias no lucrativas: | 21 | 14 |
| *Monto total: | 29,018 | 26,324 |
| Núm. industria farmacéutica: | 31 | 37 |
| *Monto total: | 15,064 | 21,552 |
| <i>12) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:</i> | 25 | 16 |

13) Señale las 10 líneas de Investigación más relevantes de la Institución.

1. Fisiopatología del aparato reproductor del humano.
2. Hígado graso y reconstrucción de lesiones de vías biliares iatrogénicas.
3. Genómica y biología molecular de la obesidad, diabetes mellitus y dislipidemias.
4. Tuberculosis: epidemiología molecular, diagnóstico y resistencia a fármacos.
5. VIH/SIDA. Nuevos antiretrovirales, resistencia a medicamentos.
6. Fisiopatología y mecanismos de daño en lupus eritematoso sistémico.
7. Fisiología Molecular del transporte renal de sal. Implicaciones en la hipertensión arterial.
8. Papel del receptor de mineralocorticoides en la prevención de la insuficiencia renal aguda.
9. Mecanismos de trombocitopenia en el síndrome antifosfolípido.
10. Nutrigenómica en población mexicana. Valor nutritivo de alimentos autóctonos.

14) Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V) Cita bibliográfica completa:

El total de artículos científicos publicados en los grupos III, IV, V, VI y VII suman 123, correspondiendo 61 al grupo III, 50 al IV, 5 al V y 7 al VI; debido a lo extenso del listado, aquí sólo se presentan los correspondientes al nivel V, VI y VII. La lista completa se presenta en el CD de anexos.

“Los detalles de la información se encuentran en el Anexo Estadístico de Investigación”

**INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN
DEL DIRECTOR GENERAL 2017
INDICADORES DE ENSEÑANZA
ASPECTOS CUANTITATIVOS**

| ENSEÑANZA | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| AÑO | Enero – Junio 2016 | Enero – Junio 2017 |
| 1) <i>Total de residentes:</i> | 452 | 482 |
| Número de residentes extranjeros: | 61 | 62 |
| Médicos residentes por cama: | 3 | 3 |
| 2) <i>Residencias de especialidad:</i> | 24 | 25 |
| 3) <i>Cursos de alta especialidad:</i> | 43 | 44 |
| 4) <i>Cursos de pregrado:</i> | 13 | 13 |
| 5) <i>Núm. estudiantes en Servicio Social</i> | 68 | 63 |
| 6. <i>Núm. de alumnos de posgrado:</i> | 513 | 538 |
| 7) <i>Cursos de Posgrado:</i> | 2 | 2 |
| 8) ⁴ <i>Núm. autopsias:</i> | 15 | 12 |
| ⁵ <i>% núm. de autopsias / núm. de fallecimientos</i> | 23% | 13.2% |
| 9) <i>Participación extramuros</i> | | |
| a) <i>Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):</i> | 179 | 115 |
| b) <i>Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):</i> | 0 | 0 |
| 10) <i>% Eficiencia terminal (Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados):</i> | 96.9% | 95.9% |
| 11) <i>Enseñanza en enfermería</i> | | |
| Cursos de pregrado: | 4 | 4 |
| Cursos de Posgrado: | 2 | 2 |
| 12) <i>Cursos de actualización (educación continua)</i> | 36 | 38 |
| * <i>Asistentes a cursos de actualización (educación continua)</i> | 1,788 | 1,822 |
| 13) <i>Cursos de capacitación:</i> | 51 | 21 |
| 14) <i>Sesiones interinstitucionales:</i> | N/A | N/A |
| <i>Asistentes a sesiones interinstitucionales</i> | N/A | N/A |
| 15) <i>Sesiones por teleconferencia:</i> | 13 | 2 |
| 16) <i>Congresos organizados:</i> | 16 | 14 |
| 17) <i>Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:</i> | 20 | 13 |

“Los detalles de la información se encuentran en el Anexo estadístico de Enseñanza”

⁴ Es necesario mencionar que las autopsias dependen del consentimiento de los familiares del fallecido.

⁵ Se presentaron 91 defunciones en el periodo, de las que se practicó necropsia en 12 casos.

**INDICADORES DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD
ASPECTOS CUANTITATIVOS**

Se presentan a continuación los indicadores del Programa de Acción Específico que aplican en el Instituto; la información estadística se presenta en el CD de anexos estadísticos.

| | 2016 | 2017 |
|---|-------------------|--------------------|
| I. CONSULTA EXTERNA | | |
| 1) Índice de utilización de consultorio | | |
| Número de consultas otorgadas x Sumatoria de tiempos de cada consulta /Número de consultorios x días laborables | 176.6 | 193.79 |
| 2) Porcentaje de consultas de primera vez/preconsulta | | |
| Número de consultas de primera vez /Número de preconsultas x 100 | 48.98 | 48.51 ⁶ |
| 3) Proporción de consultas subsecuentes/primer vez | | |
| Número de consultas subsecuentes/Número de consultas de primera vez x 100 | 57.7 | 62.05 |
| 4) Porcentaje de consultas programadas otorgadas | | |
| Número de consultas realizadas/Número de consultas programadas x 100 | 98.20 | 95.6 |
| II. URGENCIAS | | |
| 5) Razón de urgencias calificadas atendidas | | |
| Número de urgencias calificadas/Número de urgencias no calificadas | I/ND ⁷ | 0.36 |
| 6) Porcentaje de internamiento a urgencias | | |
| Número de internamientos a observación de urgencias/Total de atenciones de urgencias x 100 | 5.60 | 5.15 |
| 7) Porcentaje de ingresos a hospitalización por urgencias | | |
| Número de ingresos a hospitalización por urgencias/Total de atenciones en urgencias x 100 | 7.80 | 6.07 |
| 8) Porcentaje de ocupación en urgencias | | |
| Número de horas paciente en observación de urgencias/Número de horas cama de observación de urgencias x 100 | I/ND ⁸ | 88.9 |

6 La información que se presenta es diferente al reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 del periodo enero-junio, debido a que dicha información se actualizó.

7 El indicador se implementó a partir del periodo 2017. En la H. Junta de Gobierno 2016/02 se comentó que "el indicador se reportará a partir de la 1ra. Sesión Ordinaria 2017".

8 Bis, 6.

| | 2016 | 2017 |
|--|--------------------|---------------------|
| III. HOSPITALIZACIÓN | | |
| 9) Promedio de días estancia | | |
| Número de días estancia/Total de egresos | 10.20 | 11.17 ⁹ |
| 10) Porcentaje de ocupación hospitalaria | | |
| Número de días paciente/Número de días camas censables x 100 | 90.84 | 93.85 |
| 11) Índice de rotación de camas | | |
| Número de egresos/Número de camas censables | 15.83 | 14.72 |
| 12) Intervalo de sustitución | | |
| Porcentaje de desocupación x promedio de días estancia/porcentaje de ocupación | 1.03 | 0.73 |
| 13) Porcentaje de cumplimiento de NOM SSA 004 en revisión de expedientes clínicos | | |
| Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004/Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100 | 67.69 | 71.43 |
| 14) Porcentaje de pacientes referidos para atención médica | | |
| Número de expedientes clínicos abiertos con referencia/Total de expedientes clínicos abiertos x100 | 36.97 | 41.55 ¹⁰ |
| 15) Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y/o curación | | |
| Número de egresos hospitalarios por mejoría y/o curación/Total de egresos hospitalarios x 100 | 92.17 | 90.81 |
| 16) Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico definitivo CIE | | |
| Número de pacientes con diagnóstico de egreso CIE en expediente clínico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso en expediente clínico x 100 | 100 | 100 |
| 17) Proporción de ingresos a los diferentes servicios de hospitalización de pacientes admitidos, sin referencia, por patología no resuelta | I/ND ¹¹ | |
| Número de pacientes admitidos con patología no resuelta/Total de pacientes admitidos x 100 | | |
| 18) Tasa de reingreso hospitalario por patología no resuelta | I/ND ¹² | |
| Número de pacientes reingresados por patología no resuelta en los 30 días posteriores al alta/Total de egresos x 1000 | | |
| 19) Tasa bruta de mortalidad hospitalaria | | |
| Número de defunciones hospitalarias/Total de egresos x1000 | 24.59 | 37.1 ¹³ |
| 20) Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria (48 horas) | 21.19 | 31.72 |

9 Bis, 6.

10 Bis, 6.

11 Actualmente el sistema del expediente electrónico se encuentra en fase de implementación. Se está considerando dentro del mismo diversa información estadística; actualmente se encuentra en la detección de mejoras para la obtención de información efectiva, por lo que por el momento no se tiene la información para este indicador.

12 Bis, 8.

13 El número de defunciones hospitalarias del primer semestre del 2017 en comparación con el periodo anterior, pasó de 65 a 91 defunciones. Esto debido, a la complejidad de las patologías de los pacientes.

| | 2016 | 2017 |
|--|-------------------------------|---------------------|
| Defunciones ocurridas con más de 48 horas de estancia hospitalaria/Total de egresos x 1000 | | |
| 21) Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de calidad en atención hospitalaria superior a 80 puntos | 87.12 | 87.02 |
| Número de usuarios con percepción de satisfacción de calidad de atención hospitalaria recibida superior a 80 puntos / Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100 | | |
| 22) Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas | Indicador Anual ¹⁴ | |
| Número de auditorías clínicas realizadas/Número de auditorías clínicas programadas x 100 | | |
| IV. CIRUGÍA | | |
| 23) Proporción de cirugías programadas realizadas | 101.05 | 95.74 |
| Número de intervenciones quirúrgicas realizadas/Total de intervenciones quirúrgicas programadas x 100 | | |
| 24) Índice de utilización de salas de cirugía | I/ND ¹⁵ | 4.83 |
| Número de cirugías programadas realizadas x Sumatoria de tiempos quirúrgico de cada cirugía/Número de salas de operaciones x días laborables | | |
| 25) Porcentaje de cirugías ambulatorias | 24.05 | 17.05 ¹⁶ |
| Número cirugías ambulatorias /Total de cirugías realizadas x 100 | | |
| 26) Porcentaje de diferimiento quirúrgico por cirugía electiva | I/ND | 100 |
| Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de solicitada la cirugía/Total de pacientes operados por cirugía electiva x 100 | | |
| 27) Porcentaje de diferimiento quirúrgico por saturación de cirugía electiva | I/ND ¹⁷ | 100 |
| Número de cirugías electivas realizadas después de 7 días de establecida la necesidad de cirugía/ Total de pacientes operados por cirugía electiva x 100 | | |
| 28) Porcentaje de uso de la hoja de cirugía segura¹⁸ | 100 | 100 |
| Número de expedientes clínicos con hoja de cirugía segura /Total de expedientes clínicos de procedimientos quirúrgicos x 100 | | |
| 29) Índice de cirugía de alta especialidad | 0.72 | 0.73 |
| Número de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad/Total de procedimientos quirúrgicos | | |
| 30) Tasa de complicaciones quirúrgicas | I/ND ¹⁹ | 49.36 |
| Número de complicaciones quirúrgicas/Total de cirugías realizadas x 1000 | | |
| 31) Tasa de complicaciones anestésicas perioperatorias | I/ND ²⁰ | 69.20 |
| Número de complicaciones anestésicas perioperatorias/Total de procedimientos anestésicos x 1000 | | |
| 32) Tasa de mortalidad quirúrgica | 3.70 | 3.73 |
| Defunciones post intervención quirúrgica/Total de cirugías practicadas x 100 | | |
| 33) Tasa de mortalidad quirúrgica ajustada (72 horas) | 3.70 | 3.73 |

¹⁴ El reporte del indicador es anual. Sin embargo, en el apartado de Atención Médica se menciona el grado de avance de las Auditorías que se están implementando.

¹⁵ Bis, 7.

¹⁶ Número cirugías ambulatorias del primer semestre del 2017 en comparación con el periodo anterior, pasó de 188 a 384 cirugías. Esto debido, al tipo de patologías de los pacientes.

¹⁷ Bis, 7.

¹⁸ Se consideran el total de procedimientos quirúrgicos realizados.

¹⁹ Bis, 7.

²⁰ Bis, 7.

| | 2016 | 2017 |
|--|--------------------|-------|
| Número de defunciones posteriores a 72 horas de realizada la intervención quirúrgica/Total de cirugías realizadas x 100 | | |
| V. TERAPIA INTENSIVA | | |
| 34) Porcentaje de ocupación en terapia intensiva e intermedia | 61.11 | 66.30 |
| Número de días paciente en terapia intensiva/Número de días cama en terapia intensiva x 100 | | |
| 35) Porcentaje de autopsias en terapia intensiva realizadas | I/ND ²¹ | 4.55 |
| Número de autopsias realizadas por defunciones en terapia intensiva/Total de defunciones x 100 | | |
| 36) Porcentaje de pacientes que desarrollan úlceras por de decúbito durante estancia en terapia intensiva | I/ND ²² | 10.1 |
| Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión o decúbito durante su estancia en UTI /Número de pacientes egresados de UTI durante el período x 100 | | |
| 37) Porcentaje de extubación no planificada | I/ND ²³ | 2.27 |
| Número de extubaciones no planificadas/Total de pacientes intubados x 100 | | |
| VI. CONTROL DE INFECCIONES | | |
| 38) Tasa de infección nosocomial | 5.49 | 5.82 |
| Número de pacientes con infección nosocomial/ Total de días de estancia en el período x 1000 | | |
| 39) Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva | 7.06 | 8.38 |
| No. de pacientes con infecciones nosocomial en terapia intensiva /Total de días de estancia en el período x 1000 | | |
| 40) Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central | I/ND ²⁴ | 0.11 |
| Número de infecciones asociadas a catéter venoso central/Número de días catéter venoso central x 1000 | | |
| 41) Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical | I/ND ²⁵ | 3.16 |
| Número de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario/Número de días catéter urinario x 1000 | | |
| 42) Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica | I/ND ²⁶ | 8.84 |
| Número de neumonías asociadas a ventilador mecánico/ Número de días ventilador mecánico x 1000 | | |
| 43) Tasa de bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina resistente | I/ND ²⁷ | 0 |
| Número de bacteriemias por Staphylococcus aureus meticilina resistente /Número de hemocultivos tomados x 10000 | | |

21 Bis, 7.

22 Bis, 7.

23 Bis, 7.

24 Bis, 7.

25 Bis, 7.

26 Bis, 7.

27 Bis, 7.

| | 2016 | 2017 |
|---|--------------------|---------------------|
| 44) Porcentaje de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes | I/ND ²⁸ | 165.90 |
| Número de infecciones por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes/Número de infecciones intrahospitalarias x 1000 | | |
| 45) Proporción de infección nosocomial por Clostridium difficile | I/ND ²⁹ | 100 |
| Número de infecciones por Clostridium difficile/Número casos de diarrea intrahospitalaria x 100 | | |
| VII. ATENCIÓN AMBULATORIA | | |
| 46) Porcentaje de sesiones rehabilitadoras especializadas realizadas respecto al total realizado | 81.00 | 80.0 |
| Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas/Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100 | | |
| 47) Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados | 7.17 | 10.49 ³⁰ |
| Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados considerados de alta especialidad por la institución/Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100 | | |
| 48) Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados | 10.98 | 3.79 ³¹ |
| Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución/Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100 | | |
| 49) Porcentaje de percepción de satisfacción de calidad en atención ambulatoria superior a 80 puntos | 85.25 | 85.02 |
| Número de usuarios ambulatorios con percepción de satisfacción de calidad de atención recibida superior a 80 puntos/Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100 | | |
| 50) Porcentaje de estudios interpretados de acuerdo a estándar de tiempo | I/ND ³² | 100 |
| Número de estudios interpretados en tiempo estándar/Número de estudios realizados x 100 | | |
| VIII. DE INMUNIZACIÓN POR VACUNACIÓN | | |
| 51) Porcentaje de vacunación contra influenza en pacientes atendidos en el periodo invernal | I/ND ³³ | 100 |
| Pacientes vacunados contra influenza en el periodo invernal / Total de pacientes atendidos en el mismo periodo x 100 | | |
| 52) Porcentaje de personal de salud inmunizado para hepatitis B con esquema completo de vacunación | 51.46 | 50.24 ³⁴ |
| Número de trabajadores en contacto con pacientes inmunizados con esquema completo de hepatitis B /Total de trabajadores en contacto con pacientes x 100 | | |
| 53) Porcentaje de personal de salud vacunado contra influenza en temporada invernal | Indicador Anual | |
| Número de trabajadores vacunados contra influenza en temporada invernal/Total de trabajadores x 100 | | |

28 Bis, 7.

29 Bis, 7.

30 Debido al análisis de los resultados alcanzados en 2016 referente al total de procedimientos, se detectó que había información de áreas en el concentrado de actividades que no estaban incluidas. Para este periodo 2017 se incluyeron dichas áreas, con la finalidad de integrar un concentrado de actividades clínicas más completo que represente todas las actividades que realiza el Instituto. Por ello el indicador pareciera que disminuyera, sin embargo solo fue una reorganización de la información.

31 Bis, 30.

32 Bis, 7.

33 Bis, 7.

34 Se consideran; médicos, personal de enfermería, personal técnico y de apoyo a la atención médica y a la investigación y médicos residentes.

| | 2016 | 2017 |
|--|---------------------|--------|
| 54) Porcentaje de personal médico residente vacunado contra influenza en temporada invernal | Indicador Anual | |
| Número de médicos residentes vacunados contra influenza en temporada invernal/Total de médicos residentes x 100 | | |
| IX. INDICADORES ESPECIALES | | |
| 58) Tasa de supervivencia posterior a trasplante renal | Indicador Anual | |
| Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a trasplante renal/Total de pacientes trasplantados x 1000 | | |
| 60) Tasa de supervivencia posterior a cáncer mamario | Indicador Anual | |
| Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer mamario/Total de pacientes tratados por cáncer mamario x 1000 | | |
| 61) Tasa de supervivencia posterior a cáncer de próstata | Indicador Anual | |
| Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer de próstata/Total de pacientes tratados por cáncer de próstata x 1000 | | |
| 62) Tasa de supervivencia posterior a cáncer pulmonar | Indicador Anual | |
| Número de pacientes con supervivencia de cinco años posterior a cáncer de pulmón/Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón x 1000 | | |
| DE PERSONAL DE ENFERMERÍA | | |
| 74) Índice de enfermeras tituladas-técnicas | 1.14 | 1.85 |
| Número de enfermeras tituladas/Número de enfermeras tituladas técnicas | | |
| DE TRABAJO SOCIAL | | |
| 75) Índice de estudios socioeconómicos por trabajadora social | 274.81 | 250.19 |
| Total de estudios socioeconómicos realizados/Total de personal de trabajo social | | |
| 76) Índice de camas x trabajadora social | ³⁵ 10.44 | 10.44 |
| Total de camas censables/Total de personal de trabajo social | | |
| 77) Índice de casos nuevos por trabajadora social | 177.81 | 158.56 |
| Total de casos nuevos/Total de personal de trabajo social | | |
| INDICADORES ESPECIALES (FARMACIA) | | |
| 78) Porcentaje de abasto de medicamentos | 91.25 | 98.15 |
| Total de recetas surtidas/Total de recetas x 100 | | |
| 79) Porcentaje de medicamentos genéricos | 52.47 | 57.61 |
| Total de medicamentos genéricos surtidos/Total de medicamentos surtidos en el período x 100 | | |
| 80) Porcentaje de medicamentos de patente adquiridos | 47.53 | 42.39 |
| Total de medicamentos de patente surtidos /Total de medicamentos surtidos en el período x 100 | | |

35 El indicador del IAMA considera el total de trabajadoras sociales con las que cuenta el instituto. Sin embargo, no todas estas designadas a la atención en hospitalización. Se cuenta con 5 trabajadoras sociales para la atención de 167 camas.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



| | 2016 | 2017 |
|--|--------|--------|
| 81) Porcentaje de medicamentos adquiridos por licitación | | |
| Total de medicamentos adquiridos por licitación/Total de medicamentos adquiridos x 100 | 100.00 | 100.00 |
| 82) Porcentaje de medicamentos adquiridos por adjudicación directa | | |
| Total de medicamentos adquiridos por adjudicación directa/Total de medicamentos x 100 | 0.02 | 0.21 |

“Los detalles de la información se encuentran en el Anexo estadístico de Asistencia”

**INDICADORES DE ADMINISTRACIÓN
ASPECTOS CUANTITATIVOS**

| ADMINISTRACIÓN | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| AÑO | Enero – Junio 2016 | Enero – Junio 2017 |
| 1) <i>Presupuesto federal original</i> | 1,291,260 | 1,335,710 |
| 1.1) <i>Recursos propios original</i> | 508,982 | 484,000 |
| 2) <i>Presupuesto federal modificado</i> | 1,264,917 | 1,337,154 |
| 2.1) <i>Recursos propios modificado</i> | 508,982 | 484,000 |
| 3) <i>Presupuesto federal ejercido</i> | 602,154 | 587,872 |
| 3.1) <i>Recursos propios ejercido</i> | 146,043 | 159,804 |
| 4) <i>% del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:</i> | 57% | 58% |
| 5) <i>% del Presupuesto a gastos de investigación:</i> | 19% | 19% |
| Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación | 64,237 | 73,084 |
| 6) <i>% de Presupuesto a gastos de enseñanza:</i> | 4% | 4% |
| Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza | 3,619 | 3,885 |
| 7) <i>% del Presupuesto a gastos de asistencia:</i> | 75% | 76% |
| Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia | 242,303 | 270,174 |
| 8) Total de recursos de terceros | 25,693 | 29,964 |
| Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS | N/A | N/A |
| Recursos de origen externo: | N/A | N/A |
| 9) <i>Núm. de plazas laborales:</i> | 2,809 | 2,853 |
| Núm. de plazas ocupadas | 2,766 | 2,792 |
| Núm. de plazas vacantes | 43 | 61 |
| % del personal administrativo: | 23.9% | 23.6% |
| % del personal de áreas sustantivas: | 73.3% | 73.6% |
| % del personal de apoyo (Limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.): | 2.8% | 2.8% |
| 10) <i>Núm. de plazas eventuales:</i> | 0 | 0 |

(Miles de pesos)

“Los detalles de la información se encuentran en el Anexo estadístico de Administración”

**INVESTIGACIÓN
ASPECTOS CUALITATIVOS**

A continuación, se presentan los puntos más relevantes del apartado de investigación que se realiza en el Instituto, con el objetivo de presentar el desempeño de la gestión del primer semestre del periodo 2017.

- **Nº de publicaciones:** El número de publicaciones en revistas indexadas pasó de 165 a 170 con referencia al periodo anterior.

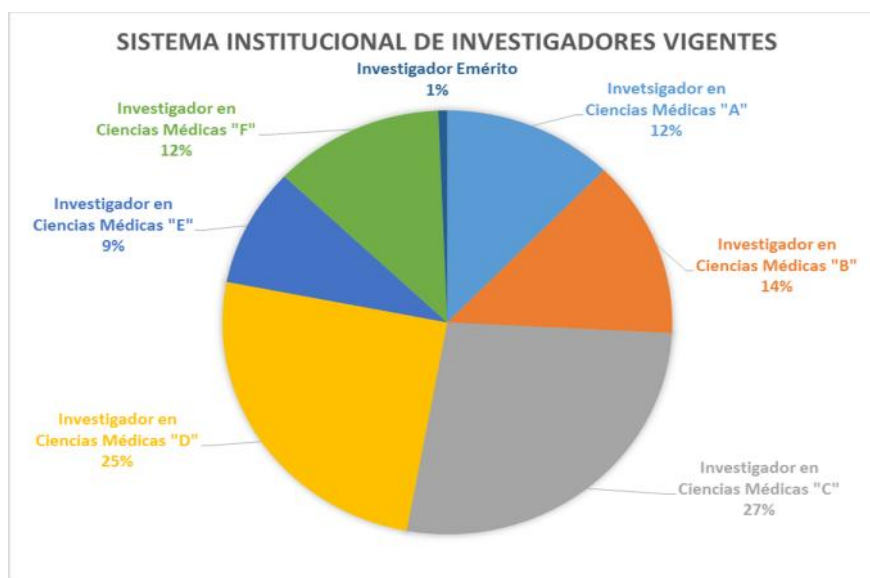
Es importante mencionar que el Instituto figura como primer autor en 96 artículos publicados.

**TABLA 1
ARTÍCULOS PUBLICADOS EN REVISTAS**

| AÑOS | GRUPO I | GRUPO II | GRUPO III | GRUPO IV | GRUPO V | GRUPO VI | GRUPO VII | TOTALES |
|-------------|---------|----------|-----------|----------|---------|----------|-----------|------------|
| 2016 | 28 | 10 | 45 | 62 | 8 | 8 | 4 | 165 |
| 2017 | 26 | 21 | 61 | 50 | 5 | 7 | 0 | 170 |

- **Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII).** Durante el primer semestre del ejercicio 2017, el número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) permaneció en 155. A continuación, en la siguiente gráfica, se presenta el porcentaje por categoría:

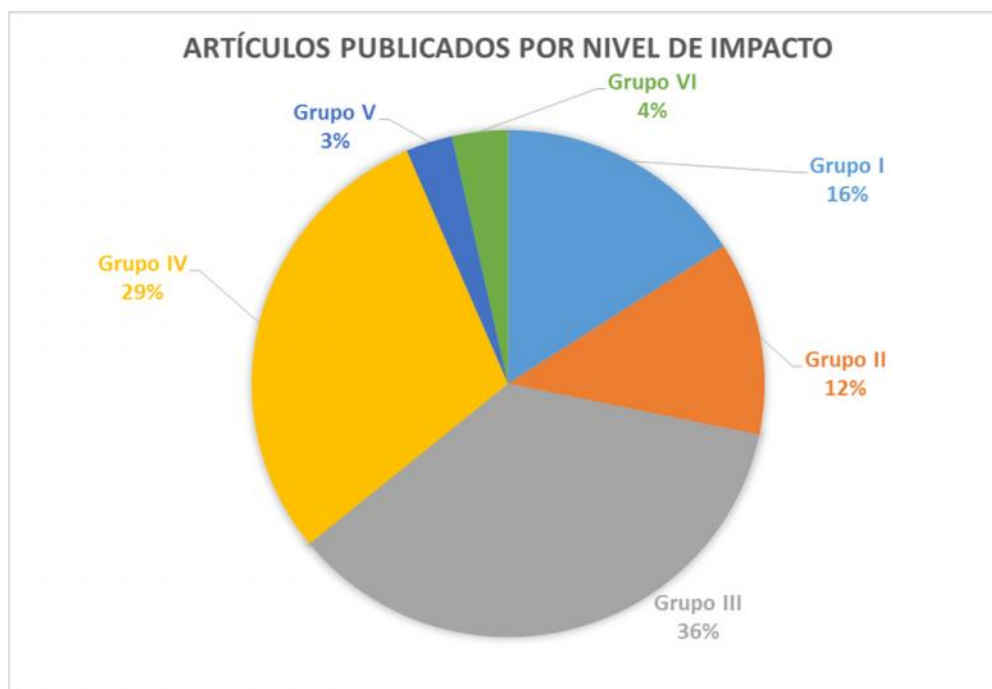
Gráfica 1



- **Publicaciones (I-II) / Investigadores:** Los artículos científicos en revistas del grupo I y II, pasaron de 38 a 47; es decir, 9 artículos más que en el periodo en comparación. El indicador nos muestra una productividad de 0.3 artículos por investigador en estos grupos.
- **Artículos de los grupos (III-IV-V- VI-VII) / Investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII:** Las publicaciones en revistas del grupo III al VII fue de 122. El indicador nos muestra una productividad de 0.8 artículos publicados por investigador en este tipo de revistas.
- **Artículos de los grupos III, IV, V, VI y VII / Número de artículos de los grupos I-VII:** El indicador fue de 0.7; es decir, el 72% de las publicaciones pertenece a los grupos III-VII.

Se presenta gráfica a continuación:

Gráfica 2



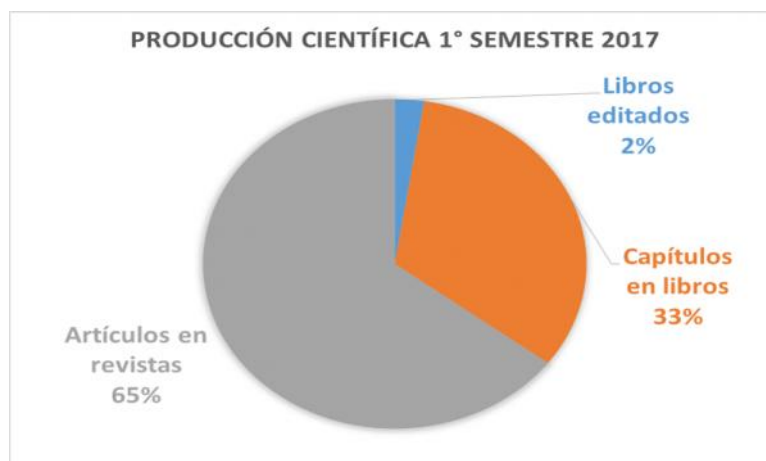
- **Miembros del SNI.** Los miembros del Sistema Nacional de Investigadores pasaron de 172 a 194 en la siguiente forma:

Gráfica 3



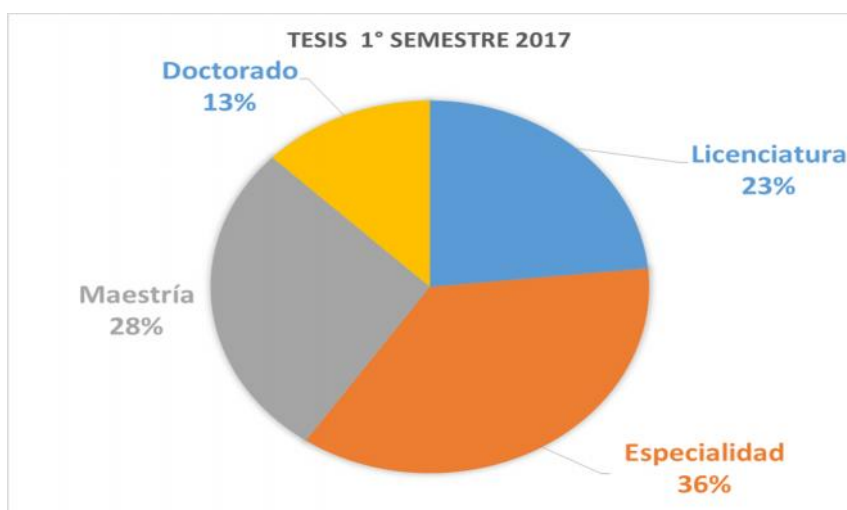
- **Número total de investigadores vigentes en el SNI con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII / Número total de investigadores con nombramiento vigente en ciencias médicas en el SII1.** El 76% de los investigadores se encuentran vigentes en el SNI y con reconocimiento vigente en ciencias médicas.
- **Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores con reconocimiento vigente en ciencias médicas en el SII e investigadores vigentes en el SNI:** Durante el primer semestre del periodo 2017, se publicaron en revistas científicas un total de 170 artículos indexados, así como 6 libros y 55 capítulos de libros para un total de 231 publicaciones producidas. Ello significa una producción de 1.0 publicaciones por investigador, como se muestra a continuación:

Gráfica 4



- **Producción:** Se publicaron 6 libros y 55 capítulos de libros. Estos últimos fueron en su mayoría sobre temas de interés general. Así mismo, se publicaron libros que ofrecen información actualizada y novedosa sobre diversos temas:
 - 10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor tomo VII.
 - Endocrinología clínica, 5° edición.
 - Estado de nutrición en población escolar mexicana que cursa el nivel primaria.
 - Pautas para la estimulación cognitiva en adultos mayores.
 - Recetario para pacientes con disfagia orofaríngea.
 - Cafetería. Menús con aporte Nutricional.
- **Nº de Tesis concluidas:** Se terminaron 47 (especialidad 17, maestría 13 y doctorado 6 y se incluye 11 de licenciatura):

Gráfica 5



- **Nº de Proyectos con Patrocinio Externo.** Durante el ejercicio que nos ocupa 93 proyectos de investigación se desarrollaron gracias al apoyo externo mismo que alcanzó \$47'877,018.01. Este recurso fue otorgado, entre otros, por 14 agencias no lucrativas y 37 de la industria farmacéutica.
- **El Departamento de Investigación Experimental y Bioterio** cuenta con el aviso de funcionamiento por parte de la SAGARPA y tuvo una producción total de 10,342 animales para diferentes proyectos de investigación institucionales.

TABLA 2
BIOTERIO

| Animales producidos | | Animales en alojamiento | |
|---------------------|---------------|-------------------------|------------|
| Especie | Cantidad | Especie | Cantidad |
| Ratones | 8,668 | *Cerdos | 43 |
| Ratas | 1,674 | *Ranas | 120 |
| | | Conejos | 3 |
| Total | 10,342 | | 166 |

*Estos animales solo se tienen en mantenimiento, no son animales producidos en el Departamento.

PREMIOS, RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES RECIBIDOS

- Los Dres. Guerra De Blas Paola del Carmen, Pedro Torres González, Bobadilla del Valle Judith Miriam, y Sada Oval, ganaron el premio "Jesús Kumate", otorgado al 1er. lugar en la Categoría de Investigación Biomédica. Cartel D24. Evaluación del Efecto de la Simvastatina sobre el crecimiento y la respuesta Inmune. El premio fue otorgado por la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, A.C.
- La Dra. Delgadillo Puga Claudia recibió la Distinción como Investigador Anfitrión. XXII Verano de la Investigación Científica y Tecnológica del Pacífico. Delfín. La Distinción fue otorgado por CONACYT.
- El Dr Gómez Pérez Francisco Javier recibió del Consejo Académico el grado de Doctor Honoris Causa por sus significativos y valiosos aportes a la docencia y a la Investigación en el tratamiento de los problemas de salud, el grado fue otorgado por la Universidad Autónoma de Chiriquí de República de Panamá
- Los Dres. Pérez Cortes Villalobos Armelle, Calva Mercado Juan José, Morales Buenrostro Luis E., Rosado Canto R, ganaron el premio Gerhard Domagk, que otorga el 3er. lugar en Investigación Clínica en Infectología, con el trabajo "Respuesta Inmune a la Vacuna de Bordetella Pertussis en Candidatos y Receptores a Trasplante de Órgano Sólido. El premio fue otorgado por la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, A.C.
- La Dra. Bourlon de los Rios Christianne recibió, una Beca para asistir al curso de investigación del Clinical Research Training Institute in Latin America. La beca fue otorgada como reconocimiento a investigadores en Hematología por American Society of Hematology.
- Al Dr. Gómez Pérez Francisco Javier, le confieren el reconocimiento como Miembro Honorario por haberse destacado con su labor científica y por la trascendencia de su obra en pro del adelanto de la diabetología en América Latina. El reconocimiento fue otorgado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes en Bogotá Colombia.
- La Dra. Salas Valenzuela Monserrat Amada recibió un reconocimiento por su participación en el grupo de expertos para establecer la Posición de México en la Modificación de la Norma para Preparados Complementarios (Codex-Stan 156-1987) CCNFSDU. El reconocimiento fue otorgado por COFEPRIS, SSA.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



- El Dr. Hernández Pando Rogelio Enrique recibió el Premio Nacional de Farmacología 2013-2016 “Dr. Francisco J. Morón Rodríguez”. Trabajo: Obtención de candidatos vacunales novedosos contra la tuberculosis. El Premio fue otorgado por la Sociedad Cubana de Farmacología.
- El Dr. Aguilar Salinas Carlos Alberto recibió reconocimiento como Investigador de Excelencia, otorgado por la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud.
- La Dra Tusie Luna María Teresa recibió el XXIII Premio Gen de Investigación sobre defectos al nacimiento. Trabajo titulado: "Determinantes genéticos para diabetes mellitus gestacional y rasgos metabólicos relacionados en mujeres mexicanas." El premio fue otorgado por Grupo Gen de Estudios del Nacimiento A.C.

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

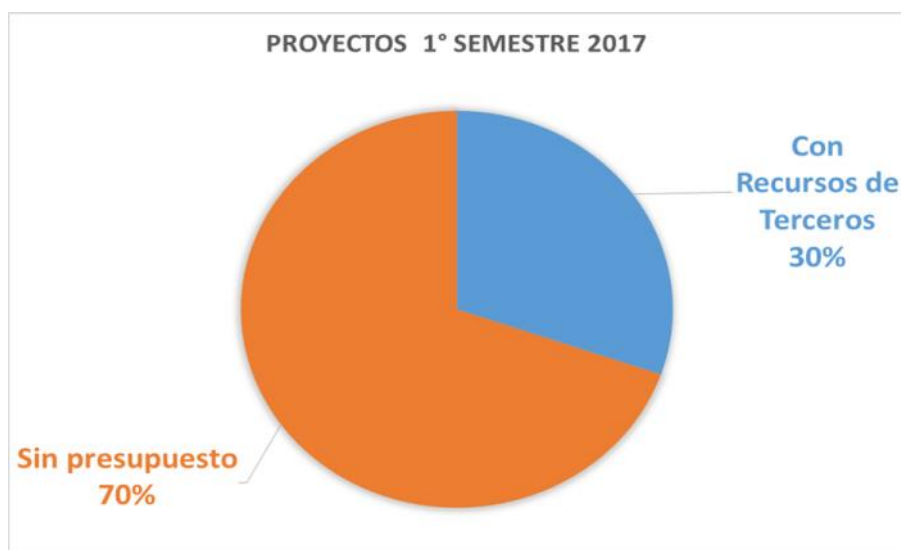
Informe Técnico del Avance de Proyectos de investigación

Durante el primer semestre del periodo 2017 contó con:

- 178 proyectos con recursos de terceros.
- 409 proyectos sin presupuesto.

Para un total de **587** proyectos.

Gráfica 6



Se autorizaron 118 protocolos en el periodo, de los cuales:

- 22 proyectos contaron con presupuesto.
- 96 proyectos sin presupuesto.

Finalizaron 48 proyectos:

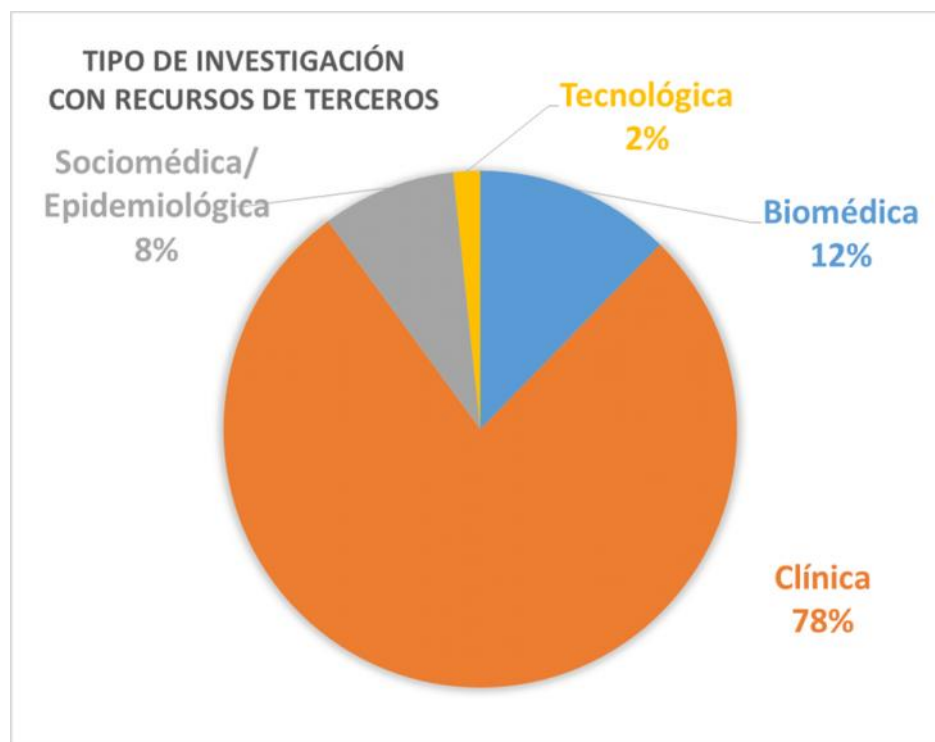
- 13 proyectos con presupuesto.
- 35 proyectos sin presupuesto.

Tipo de Investigación

Con recursos de terceros (178).

Los protocolos que iniciaron y continúan vigentes con recursos de terceros, se clasifican en las siguientes áreas de investigación:

Gráfica 7

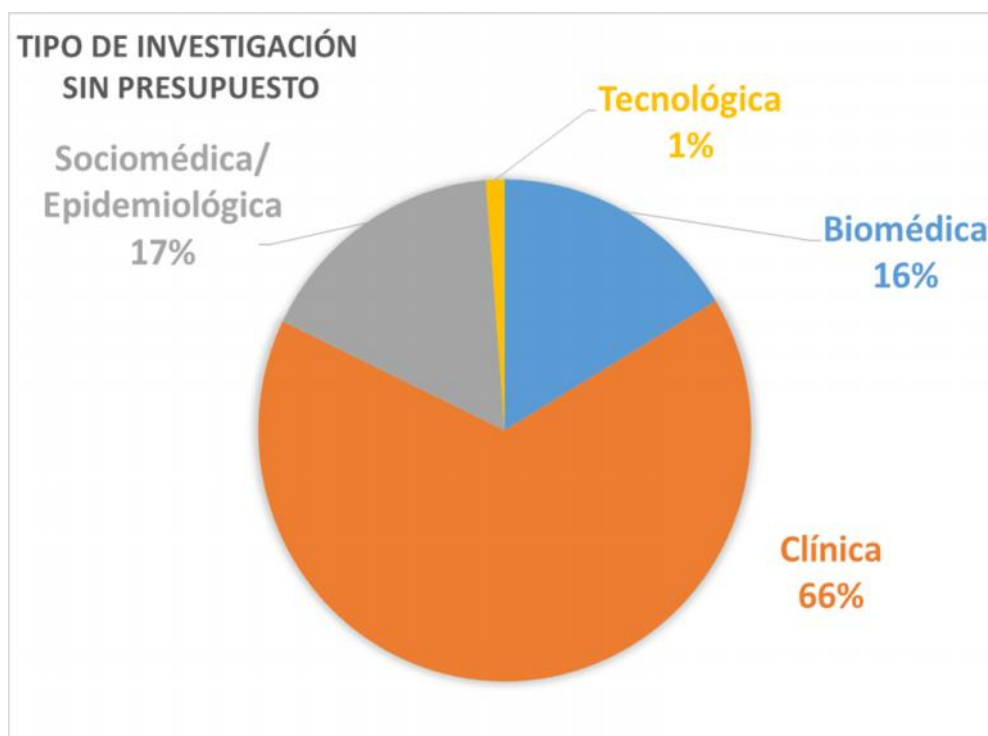


- 22 proyectos en el área de Investigación Biomédica.
- 138 proyectos en el área de Investigación Clínica.
- 15 proyectos en el área de Investigación Sociomédica/ Epidemiológica.
- 3 proyectos en el área de Investigación Tecnológica.

Sin presupuesto (409).

Los protocolos que iniciaron y continúan vigentes sin presupuesto se clasifican en las siguientes áreas de investigación:

Gráfica 8

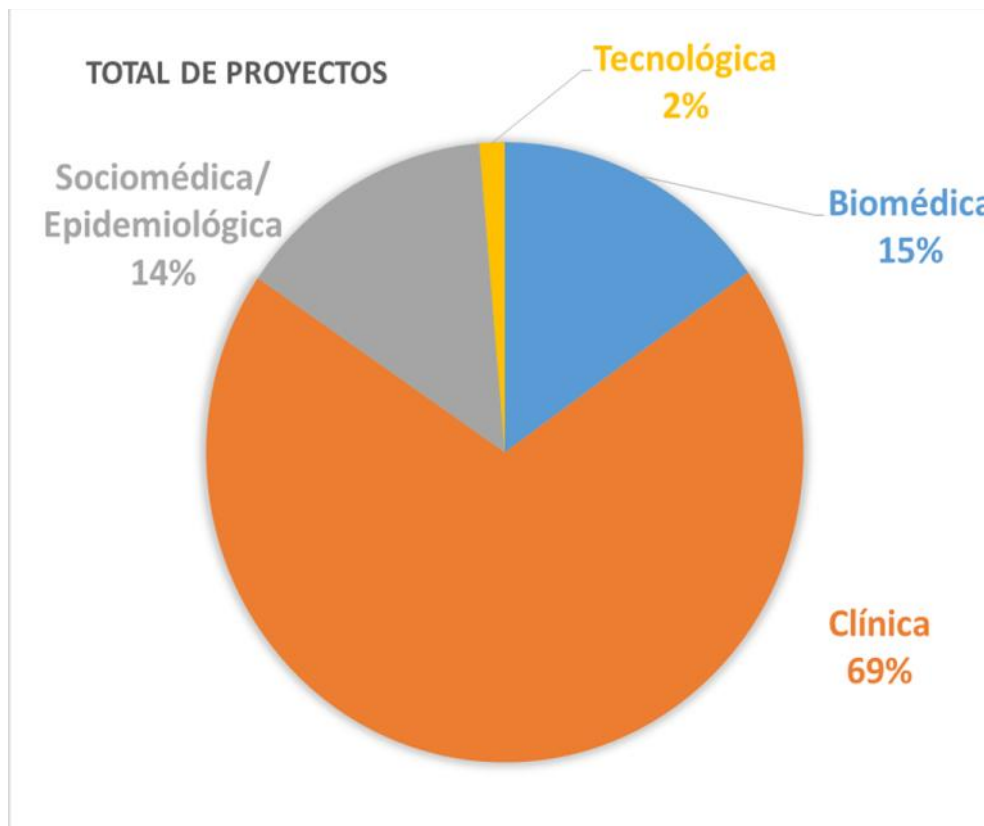


- 67 proyectos en el área de Investigación Biomédica.
- 269 proyectos en el área de Investigación Clínica.
- 68 proyectos en el área de Investigación Sociomédica/ Epidemiológica.
- 5 proyectos en el área de Investigación Tecnológica.

Total de Proyectos clasificados por área de investigación.

Los 587 protocolos que iniciaron y continúan vigentes con y sin presupuesto, se clasifican en las siguientes áreas de investigación:

Gráfica 9



- 89 proyectos en el área de Investigación Biomédica.
- 407 proyectos en el área de Investigación Clínica.
- 83 proyectos en el área de Investigación Sociomédica/ Epidemiológica.
- 8 proyectos en el área de Investigación Tecnológica.

El listado de las investigaciones se presenta en el archivo “Anexos Investigación”, el cual contiene la siguiente información:

- Número de proyecto.
- Clave asignada.
- Título de la investigación.
- Investigador responsable.
- Fecha programada de inicio.
- Fecha estimada de término.
- Tipo de financiamiento.
- Situación del proyecto.
- Fecha real de término.
- Área de investigación.

Producción científica derivada de los proyectos de Investigación.

El Instituto logró contar con 170 publicaciones en revistas de impacto a nivel Nacional e Internacional, así como 6 libros y 55 capítulos de libros para un total de 231 productos producidos.

- 123 artículos científicos publicados en los niveles III a VII³⁶.
- 48 artículos científicos publicados en los niveles I y II.

³⁶ Los artículos publicados del grupo III-VII (123), se observa diferente a lo reportado en la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 periodo enero-junio (122), debido que la información se actualizó. Sin embargo no se alteró el total de las publicaciones, permaneció en 170.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



INFORME SEMESTRAL 2017

ORIGEN Y FUNCIONES

La Red de Apoyo a la Investigación (RAI) abrió las puertas de sus instalaciones el 15 de enero de 2015 y fue oficialmente inaugurada el 15 de junio del mismo año. Tiene, por lo tanto, un año y medio en funciones.

Dentro de la CIC, la RAI forma parte de la Unidad de Proyectos Especiales en Apoyo a la Investigación y la Docencia. Su función es proveer servicios de investigación multidisciplinaria mediante la interacción de diferentes profesionales del ámbito médico y universitario, generar nuevos conocimientos y sistemas de diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, con base en la aplicación coordinada de los resultados de investigaciones de frontera, que empleen tecnología de punta.

Los laboratorios de la RAI abarcan una superficie de 700 m² y se ubican en los pisos 2° y 3° del edificio de Radiooncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

COMPOSICIÓN

La RAI está integrada por un Consorcio de instituciones médicas y académicas constituido por 4 Institutos Nacionales de Salud (INS: INCAN, INC "Ignacio Chávez", INCMN "Salvador Zubirán" e INMEGEN) y la Coordinación de la Investigación Científica de la UNAM.

OBJETIVOS

Los objetivos de la RAI son los siguientes:

1. Proveer servicios y asesoría en alta tecnología, y bioinformática a investigadores de las instituciones pertenecientes al Consorcio, resolviendo estudios, y análisis de datos de muestras provenientes de estudios in vivo e in vitro, a nivel celular y molecular, así como la interpretación de los recursos de investigación.

2. Generar nuevos conocimientos derivados de la investigación en genómica, biología molecular y celular, bioquímica, microscopía, farmacología, bioinformática y bioestadística, y mediante la ejecución de proyectos de investigación interdisciplinaria desarrollados por investigadores y técnicos residentes de la RAI.
3. Promover y facilitar la interacción entre diversos campos del conocimiento y entre los investigadores pertenecientes al consorcio INS-UNAM, a través del desarrollo de proyectos interinstitucionales.
4. Capacitar y formar recursos humanos calificados en las diferentes áreas de la investigación clínica y biomédica que requieran de la aplicación de tecnología de punta.

CAPACIDAD EXPERIMENTAL

La RAI opera con las siguientes unidades y laboratorios ubicados en sus instalaciones: Laboratorio de Genómica; Laboratorio de Biología Molecular; Laboratorio de Cultivo Celular; Unidad de Citometría de Flujo; Unidad de Microscopía (ubicada tanto en la RAI como en el Instituto Nacional de Cancerología) Laboratorio de Metabolómica y Proteómica, Bioestadística y Biología Computacional; Área Creativa de Difusión y Divulgación de la Ciencia.

A partir de enero del 2017, se iniciará la operación del Laboratorio de Espectrometría de Masas, como parte de la Unidad de Proteómica y de Metabolómica así como de un Biobanco para el almacenamiento de muestras que provengan de estudios de investigación clínica en enfermedades metabólicas y cáncer, principalmente realizados por los investigadores pertenecientes al consorcio.

El equipo será instalado en el Laboratorio de Espectrometría de masas, cuyo equipo fue adquirido en diciembre del 2015 y recibido en la RAI en febrero del 2016, en tanto que el equipo del Biobanco fue adquirido durante el primer semestre del presente año a través de un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, NL.

Investigadores del Sistema Nacional Institucional en la RAI.

- Inti Alberto De la Rosa Velázquez.
- José Luis Maravillas Montero.
- Juan Francisco Martínez Aguilar.
- Osvaldo Resendis Antonio.
- Teresa Zariñán García.
- David Eduardo Meza Sánchez.
- Guillermo Juárez Vega.
- Nancy Raquel Mejía Domínguez.

Actividades al primer semestre 2017

La productividad científica al primer semestre del año 2017, con créditos al personal académico de la RAI fue la siguiente:

- Instalación del espectro de masa AB Sciex Triple TOF 5600+ e inauguración del laboratorio de Espectrometría de Masa en el tercer piso del edificio de Radiooncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).
- La inauguración del Biobanco del Instituto, que será manejado y administrado por la RAI.
- Se incluyeron 2 Tesis de grado dirigidas por investigadores de la RAI: la primera fue dirigida por el Dr. José Luis Maravillas Montero para Ernesto Acevedo Ochoa el 19 de mayo de 2017 y la segunda por el Dr. Alfredo Ulloa Aguirre para Bernardo Gutiérrez Cervantes, el 7 de junio de 2017.

Publicaciones

- Germán Acacio J.M. and Morales Combination Therapy Including Metformin hydrochloride for the Treatment of Diabetes and Related Comorbidity: A Patent Filed Survey. Organic and Medicinal Chemistry International Journal, Volume 1 Issue 4 - March 2017.
- Pérez- Martínez, C. A., Maravillas-Montero, J.L., Meza-Herrera, I., Vences-Catalán, F., Zlotnik, A. and Santos-Argumedo, L. (2017) Tspan33 is Expressed in Transitional and Memory B Cells, but is not Responsible for High ADAM10 Expression. Scandinavian Journal of Immunology, 86(1): 23-30. doi: 10.1111/sji.12559.

- Gutierrez Najera, N.A., Resendis-Antonio, O., Nicolini, H. "Gestaltomics": Systems biology schemes for the study of neuropsychiatric diseases. *Frontiers in Physiology*, doi: 10.3389/fphys.2017.00537.
- Resendis-Antonio, O., Diener, C. Editorial: Systems Biology and the Challenge of Deciphering the Metabolic Mechanisms Underlying Cancer. *Frontiers in Physiology* 8:6-7. doi: 10.3389/fphys.2017.00537.
- Valadez-Cano, C., Olivares- Hernández, R., Resendis-Antonio, O., De Luna, A., Delaye, L. Natural selection drove metabolic specialization of the chromatophore in *Paulinella chromatophora*. *BMC Evolutionary Biology*, 17(1), 99. (2017) 17:99. doi: 10.1186/s12862-017-0947-6.
- Domínguez - López P, Díaz-Cueto L, Arechavaleta-Velazco-M, Caldiño-Soto F, Ulloa-Aguirre A, Arechavaleta-Velasco F. The follicle-stimulating hormone receptor AnSwer 680 polymorphism is associated with preterm birth in Hispanic women. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, Feb. 2017. Doi: 10.1080/14767058.20171292245.
- Jennes L, Ulloa-Aguirre A, Janovick J and Conn PM. Gonadotropin releasing hormone and its receptor. I: Pfaff DW et al, eds, *Hormones, Brain and Behavior*, 3rd edition, Chapt. 17: 1645-1669. New York: Academic Press; 2017.
- Ulloa-Aguirre A, Dias JA Bousfield G. Gonadotropins. En: *Endocrinology of the Testis and Male Reproduction-Handbook of Endocrinology-*, Simoni M, Huhtaniemi I, Editores. Springer-Verlag GmbH, Germany, 2017. doi: 10.1007/978-3-319-29456-8-3-1.

REPORTE DE LOGROS INSTITUCIONALES PRIMER SEMESTRE 2017
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|--|---|---|--------------------|
| UNIDAD DE PROPIEDAD INTELECTUAL (UPI) Conforme a las Reglas de propiedad Intelectual aprobadas por la junta de Gobierno, en el primer semestre se gestionaron los REGISTROS DE DERECHO DE AUTOR siguientes: | <p>Compendio del material educativo CAIPaDI de los autores: Dr. Sergio Cesar Hernández Jiménez, Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas y Dra. Ana Cristina García Ulloa.</p> | <p>Investigadores en Ciencias Médicas y personal de salud del instituto y del sector salud, población interesada.</p> | PERMANENTE |
| | <p>Portafolio para la elaboración de alimentos especializados para pacientes con disfagia faríngea (Video) de los autores: Dra. Aurora Serralde, Dra. Lorena Cassis Nosthas, Dra. Lilia Catillo Martínez y Dr. Alberto Reyes Torres.</p> | | |
| | <p>Portafolio para la elaboración de alimentos especializados para pacientes con disfagia faríngea (Recetario) de los autores: Dra. Aurora Serralde, Dra. Lorena Cassis Nosthas, Dra. Lilia Castillo Martínez y Dr. Alberto Reyes Torres.</p> | <p>Incremento de activos intelectuales propiedades del instituto o de regalías.</p> | |
| | <p>Menús saludables, cafetería Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de los autores: Mtra. Blanca Estela Medina Carranza, Lic. Aurora Elizabeth Serralde Zúñiga</p> | | |
| | <p>Manual de procedimientos utilizado para atender a los pacientes del CAIPaDI, de los autores: Dr. Sergio Cesar Hernández Jiménez, Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas y Dra. Ana Cristina García Ulloa.</p> | | |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|---|--|---|--------------------|
| Se gestionaron los siguientes REGISTROS DE SOLICITUD DE PATENTE: | Segundo uso de la piridostigmina para el tratamiento de VIH, inventor: Dr. Sergio Iván Valdés. | | |
| PATENTES OTORGADAS: | <p>La geranina como un diurético de efecto prolongado inventores: Dra. Reyna Erika Moreno Martínez, Dr. Gerardo Gamba Ayala y Dra. Norma Araceli Bobadilla Sandoval.</p> <p>Portafolio dietario para la disminución de peso, inventores: Dra. Nimbe Torres y Torres y Dr. Armando Tovar.</p> | | |
| Se elaboraron los siguientes REPORTES DE PATENTE: | <p>Dispositivo para la eliminación de trombos en un solo movimiento, solicitantes: Dr. Carlos Hinojosa Becerril y Dr. Guerrero colaboración BSE-Biomedical.</p> <p>Uso de inmunoglobulinas intravenosas como coadyuvante del tratamiento de tuberculosis, solicitante: Dr. Rogelio Hernández Pando.</p> <p>Uso de Silimarina en el tratamiento de la tuberculosis solicitante: Dr. Rogelio Hernández Pando, Dra. Eden Marcela Rodríguez Flores, Dr. Mauricio Castañón Arreola, Dr. Jorge Alberto Barrios Payan, Dra. Dulce Adriana Mata Espinosa, Dra. Brenda Noemí Marquina Castillo.</p> <p>Identificador inalámbrico de temperatura corporal. Dr. Carlos Polanco.</p> <p>Sistemas de seguridad para control y seguridad en ambientes Hospitalario. Solicitante: Ing. Fanny Alvarado e Ing. Ricardo Bautista.</p> <p>Sistema de liberación controlada de antimicrobiano. Solicitante: Dr. Carlos Hernández Hernández.</p> <p>REGISTROS DE MARCAR:</p> <p>El Tlacualero, número de registro: 1767442</p> <p>En el rubro de divulgación se emitió una circular sobre derechos de autor, una prevención a la divulgación de material con posibilidad de ser protegido y diversas asesorías para la protección de derechos y autores.</p> | Incremento de activos intelectuales propiedad del Instituto o de regalías | PERMANENTE |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|--|---|--|----------------------------------|
| <p>POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA</p> | <p>Se autorizó la comisión en la UPI de la Ing. María Yolanda Arce Orozco. La servidora pública iniciará el desarrollo del modelo de transferencia de tecnología que la Dirección propondrá a la Dirección General del Instituto.</p> | | |
| <p>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES METABÓLICAS (UIEM)</p> | <p>En enero de 2017 se realizó el Simposium “Retos y oportunidades en el estudio de enfermedades metabólicas en México”, que abordó la importancia de las unidades metabólicas en el estudio de la diabetes y la obesidad. La UIEM se inauguró el 28 de febrero consolidando el proyecto de colaboración con el ITESM para disponer de un espacio destinado al desarrollo de proyectos sobre trastornos metabólicos y avanzar en la investigación traslacional en áreas sustantivas dentro del instituto. La plantilla está integrada por 4 investigadores de tiempo completo, una de ellas Cátedra CONACYT; 3 investigadores de tiempo parcial; 2 estudiantes de doctorado; 4 estudiantes de maestría y 4 pasantes de medicina o nutrición; 1 enfermera y 1 afanador.</p> <p>Es importante señalar que cada laboratorio (7) tiene un proyecto emblema y un coordinador. En el periodo que se informa 12 proyectos están en el desarrollo, se realizan sesiones académicas semanales que funcionan como un taller de ideas o de revisión de proyectos específicos y 4 manuscritos están en preparación.</p> <p>La UIEM está vinculada con las clínicas de Enfermedad vascular cerebral para evaluar la función vascular en la Hipercolesterolemia Familiar, con la Clínica de Obesidad /Cirugía endocrina para la evaluación de cambios hormonales inducidos por la cirugía metabólica y con Neuropatía autonómica para la medición de la velocidad del pulso en caso con diversas etiologías de neuropatía autonómica.</p> | <p>Investigadores en Ciencias Médicas del Instituto, TecSalud, Investigadores en formación ya que la UIEM presta servicios a todos los departamentos y áreas dedicadas a la investigación del Instituciones del Sector Salud que lo soliciten.</p> | <p align="center">PERMANENTE</p> |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|--|---|--|---|
| UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES METABÓLICAS (UIEM) | <p>Presta servicios de evaluación metabólica de las participantes en el Estudio EsMaestras, proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública, durante mayo evaluó 300 personas. Recibió la visita de cuatro profesores extranjeros (UCLA, U.Groningen, Washington, UC San Francisco). La UIEM solicitó ante COFEPRIS su registro para llevar a cabo estudios fase I y II, se impartió un curso de redacción de artículos científicos, implementó un sistema de seguimiento de procesos basado en códigos de barra y entrenó al personal en temas de bioseguridad y manejo de materiales biológicos.</p> <p>La UIEM aplicó al Fondo Sectorial de Salud, la Fundación Río Arronte e Institutos Nacionales de Salud (RO1) de EUA en la búsqueda de apoyos para estudios de investigación, con el objeto de lograr su expansión. Con el objeto de lograr su expansión académica UIEM está preparando el programa de Doctorado, promoviendo su vinculación con Unidades metabólicas de reconocido prestigio. Un componente relevante es la proyección del desarrollo de productos patentables.</p> | <p>Investigadores en Ciencias Médicas del Instituto, TecSalud, Investigadores en formación ya que la UIEM presta servicios a todos los departamentos y áreas dedicadas a la investigación de Instituciones del Sector Salud que lo soliciten</p> | <p style="text-align: center;">PERMANENTE</p> |
| ACCIONES PARA SOLVENTAR LAS DOS OBSERVACIONES DERIVADAS DE LA AUDITORIA 01/2017 A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN | <p>El Manual de Organización de la Dirección de Investigación se actualizó por última vez 23 de octubre de 2009. La estructura orgánica respondía a atribuciones y modelos de organización que habían sido superados. En 2015 inicia un proceso de revisión y análisis de la estructura funcional que tiene como marco el programa de investigación 2020, resultado del taller de planeación Estratégica 2009, en cuya elaboración 36 miembros de la institución y el programa de trabajo 2012-2017 del Director General.</p> <p>Este proceso de reestructuración busca fortalecer el desarrollo de investigación original y de vanguardia, la investigación traslacional, la innovación tecnológica y el desarrollo de productos patentables, incorporando los novedosos modelos de investigación colaborativa con el sector social y privado que contemplan las reformas a la Ley de Ciencia y Tecnología.</p> | <p>Investigadores en ciencias médicas y personal que realiza investigación.</p> | <p style="text-align: center;">SOLVENTADAS al 100% junio 2017</p> |



INCMNSZ

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|---|---|--|--|
| <p>ACCIONES PARA SOLVENTAR LAS DOS OBSERVACIONES DERIVADAS DE LA AUDITORIA 01/2017 A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN</p> | <p>Así como asumir de manera programada las funciones de integración y manejo de la información de investigación. La gradualidad responde a la necesidad de evitar vacíos administrativos que resulten en incumplimientos ante las dependencias fiscalizadoras.</p> <p>La creación y funcionamiento de RAI, UPI y UIEM son el resultado de este proceso. Desde el punto de vista de la gestión administrativa se está trabajando para consolidar las funciones del Departamento de Normatividad y Gestión en Investigación con el propósito de solventar la observación 3 relacionada con la deficiente integración de expedientes de proyectos de investigación, se realizaron reuniones interdepartamentales acordando que es inviable integrar un expediente único de protocolos de investigación, debido a que el expediente técnico y administrativo son de diversas naturaleza jurídico administrativa.</p> <p>Para homologar el contenido de los varios tipos de expedientes que en materia de investigación manejan las áreas, se revisaron las listas del cotejo que permitirán armonizar los procedimientos utilizados en la actualización de los expedientes de los protocolos de investigación.</p> <p>La herramienta para sensibilizar a los investigadores, sobre la importancia de mantener actualizando el expediente de los protocolos de investigación que tienen autorizados, fue la Circular en el sitio web que divulgó la Recomendación Preventiva 2 del Órgano Interno de Control.</p> | <p>Miembros de los comités de investigación, ética en investigación, investigación en animales.</p> <p>Personal administrativo de la Dirección de investigación y de apoyo a los comités de investigación en animales.</p> | <p>SOLVENTADAS al 100% junio 2017</p> |
| <p>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA INFORMÁTICO DE INVESTIGACIÓN (SERPI)</p> | <p>La Subdirección de Investigación Clínica, con la participación de los responsables del desarrollo del SERPI y de la Dirección de Planeación y Mejora de la calidad evaluará la calidad/confiabilidad de la información. Lo anterior para definir la fecha a partir de la cual SERPI será la fuente única de información.</p> | <p>Miembros de los comités de investigación, ética en investigación, investigación en animales para la evaluación de proyectos de investigación.</p> <p>Mandos médicos y superiores para apoyar la toma de decisiones en materia de investigación y para cumplir con el requerimiento de información de la Dirección de Planeación y Mejora de la Calidad.</p> | <p>PROCESO</p> <p>31 de Julio 2017</p> |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|--|---|---|--------------------|
| CULTURA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA | <p>En cumplimiento de la normativa en materia de Transparencia, Rendición de Cuentas y Administración de Archivos, se atendieron 28 solicitudes de información y 3 recursos de revisión.</p> <p>Se revisaron 28 expedientes de protocolos de investigación con animales de laboratorio para preparar el proceso de alimentación del Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia (SIPOT).</p> <p>En abril la mesa de apoyo a los Comités de Investigación inicio y/o depuración de los expedientes de protocolos de investigación activos, cerrados o terminados con el propósito de gestionar su baja o incorporación al SIPOT.</p> | Personal profesional y técnico del DIEB. | |
| DESARROLLO DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL Y BIOTERIO(DIEB) | <p>En coordinación con el Programa Universitario de Bioética, se impartió el segundo curso de "Ética en la investigación con animales", participaron 39 personas.</p> <p>La titular del DIEB asistió a los cursos: "Buenas prácticas de producción, manejo y experimentación con animales de laboratorio", "Capacitación de recursos y gestión de excelencia de proyectos de investigación con animales" y se incorporó a los ponentes del curso de "Ética en la investigación con animales".</p> <p>Se autorizó el Manual de Bioseguridad y salud ocupacional del DIEB.</p> <p>La titular del DIEB forma parte del grupo de trabajo del Subcomité de protección Zoonosaria, (SAGARPA) responsable de elaborar el "Anteproyecto de modificación a la NOM-062-ZOO-1999, Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio "</p> | Usuario del Bioterio. Incidencia técnica en la definición pública en materia de animales de laboratorio. | PERMANENTE |
| SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN BIOMEDICINA | <p>Con el propósito de divulgar, en un foro de discusión y generación de ideas, los proyectos de investigación que se realizan en el Instituto y en otros organismos de salud y educativos, en coordinación con la UNAM en el primer semestre se realizaron 24 sesiones, con la participación de 739 asistentes.</p> | Investigadores de diversas instituciones del Sector Salud y de Educación Superior | |



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



REPORTE DE LOGROS INSTITUCIONALES PRIMER SEMESTRE 2017 DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN

- **Departamento de Vigilancia Epidemiológica**

Se inició la interacción del departamento con la Comisión Nacional para el conocimiento y Uso de la biodiversidad (CONABIO) para la colaboración en aspectos de alimentación y medio ambiente, interacción que debe resultar en un convenio en el que participarán varios departamentos de la Dirección de Nutrición.

- **Departamento de Ciencias y Tecnología de Alimentos**

Participó en los comités de métodos de prueba del Consejo para el fomento de la Calidad de la Leche COFOCALEC, en el comité Técnico de Normalización Nacional NALI-10, en el Organismo Nacional de normalización de Productos Lácteos AC, en el Grupo Técnico de OMENT G7 de la Secretaria de Salud y en el Grupo de enlace para la promoción del amaranto. Como resultado se han publicado las Normas Mexicanas NMX-F-624-NORMEX-Alimentos-Agua para fines analíticos, NMX-F-490, PROY-NMX-800-SCFI 2017 Proteína texturizada de soya, NMX-F-613- NORMEX-2017 Determinación de Fibra, NMX-F-320-NORMEX-2015 determinación de fosfatos en alimentos.

En enero se recibió la visita de vigilancia y finalmente en mayo, se recibió el documento de la recertificación del Laboratorio del Departamento por parte de la Entidad Mexicana de Acreditación.

Reconocimientos del Consejo para el Fomento de la calidad de la leche y sus derivados y de la Sociedad Mexicana de Normalización y Certificación.

- **Departamento de Fisiología de la Nutrición**

Además de las publicaciones en revistas indexadas, finalmente se obtuvo la patente del INPI para el primero de los portafolios dietarios.

- **Dirección de Nutrición**

En conjunto con los departamentos fisiología de la Nutrición y de Trasplantes se impartió el curso avanzado de Nutrición e Inmunología a médicos y nutriólogos.

Se entregó a la Comisión Nacional de Protección Social en la Salud CNPSS de la Secretaría de Salud el informe de resultados del estudio Beneficios del Consumo de los suplementos Alimenticios de Progresá Programa de Inclusión Social.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



Además de la vigilancia del Estado de Nutrición de menores de 5 años en la Zona Mazahua, en los municipios de Villa Victoria y San José del Rincón y del seguimiento de neurodesarrollo de escolares en San José del Rincón, se logró fomentar la producción local y consumo de verduras y su comercialización directa a familias de la zona que era “cuello de botella”.

Se hizo la publicación impresa; *Estado de nutrición en población escolar mexicana que cursa el nivel primaria que corresponde al Registro Nacional de Peso y Talla realizado en colaboración con el sistema DIF Nacional en 13 millones de escolares de toda la República.* Este registro es dinámico y permite tener los datos y localización de cada uno de los niños.

Se hizo un CD con la cartografía nacional (documento digital) e infografías con los resultados de sobrepeso, obesidad y talla baja en los 32 estados evaluados en el Registro Nacional de Peso y Talla en escolares.

Se trabajó con el departamento de Nutrición Hospitalaria y Ambulatoria, con el servicio de Nutriología Clínica; con la Dirección General y con la Unidad de Propiedad Intelectual para nutriología del sistema de menús para la cafetería, “El Tlacualero” y su registro de derechos de autor.

**ENSEÑANZA
ASPECTOS CUALITATIVOS**

Se presentan a continuación los puntos más relevantes del apartado de enseñanza del Instituto, cuyo objetivo es presentar el desempeño de la gestión del primer semestre del periodo 2017.

- **Total de Residentes:** durante el primer semestre del ejercicio 2017, el Instituto inició cursos de especialidades de entrada directa, subespecialidades y cursos de alta especialidad con 505 médicos residentes de los cuales permanecen 482. De los residentes, 62 fueron de origen extranjero (12.9 %).

**TABLA 3
TOTAL DE RESIDENTES POR ESPECIALIDAD**

| ESPECIALIDADES DE ENTRADA DIRECTA | Enero – Junio 2017 | |
|--|--------------------|---|
| | N | E |
| Anatomía patológica | 8 | 0 |
| Anestesiología | 13 | 7 |
| Cirugía general | 29 | 0 |
| Genética médica | 9 | 0 |
| Geriatría | 7 | 0 |
| Imagenología diagnóstica y terapéutica | 20 | 2 |
| Medicina interna | 103 | 2 |
| Urología | 13 | 0 |
| CURSOS DE SUBESPECIALIDAD | | |
| Angiología y Cx. Vascular | 5 | 0 |
| Biología de la Reproducción | 4 | 2 |
| Coloproctología | 6 | 0 |
| Dermatología | 6 | 0 |
| Endocrinología | 8 | 5 |
| Gastroenterología | 11 | 4 |
| Geriatría | 7 | 0 |
| Hematología | 8 | 9 |
| Infectología | 7 | 1 |
| Medicina Crítica | 7 | 1 |
| Nefrología | 17 | 1 |
| Neurología | 8 | 3 |
| Nutriología Clínica | 1 | 1 |
| Neurofisiología Clínica | 5 | 1 |
| Oncología | 8 | 3 |
| Reumatología | 7 | 0 |
| Urología | 19 | 0 |
| | | |
| | | |
| CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD | | |
| | | |
| Algología intervencionista | 1 | 0 |
| Anestesia en trasplantes | 1 | 1 |
| Cardioneumología | 1 | 0 |
| Cirugía bariátrica | 1 | 0 |
| Cirugía de la mano reumática | 1 | 0 |
| Cirugía endócrina | 1 | 0 |

| ESPECIALIDADES DE ENTRADA DIRECTA | Enero – Junio 2017 | |
|--|--------------------|-----------|
| | N | E |
| Cirugía hepato-pancreato-biliar | 2 | 1 |
| Cirugía toracoscópica | 1 | 0 |
| Diabetes y metabolismo | 2 | 1 |
| Diagnóstico por imagen en neurología | 2 | 1 |
| Ecocardiografía clínica | 6 | 0 |
| Endoscopia gastrointestinal | 3 | 0 |
| Endoscopia gastrointestinal 2 | 4 | 1 |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | 1 | 0 |
| Enfermedades del metabolismo mineral | 1 | 1 |
| Enfermedades neuromusculares | 0 | 1 |
| Enfermedad vascular cerebral | 1 | 2 |
| Enfermedades tiroideas | 1 | 1 |
| Gammopatías monoclonales y mieloma múltiple | 0 | 0 |
| Geriatría neurológica | 2 | 0 |
| Hepatología clínica y trasplante hepático | 2 | 0 |
| Imagen cardiovascular por tomografía computada multicorte y resonancia magnética | 2 | 0 |
| Imagen en cabeza y cuello | 2 | 0 |
| Imagen por tomografía computada de tórax y abdomen | 2 | 1 |
| Imagen y procedimientos de intervención en la glándula mamaria | 5 | 0 |
| Medicina del dolor y paliativa | 7 | 1 |
| Medicina perioperatoria | 0 | 1 |
| Motilidad gastrointestinal | 1 | 0 |
| Nefrología del trasplante | 3 | 1 |
| Neuropatología | 0 | 0 |
| Neuroendocrinología | 4 | 0 |
| Obesidad | 4 | 0 |
| Oftalmología en medicina interna | 1 | 0 |
| Patología gastrointestinal | 1 | 0 |
| Patología molecular y subcelular aplicada al diagnóstico morfológico | 1 | 0 |
| Psiquiatría de enlace | 3 | 0 |
| Radiología intervencionista vascular periférica torácica abdominal y oncológica | 3 | 0 |
| Reconstrucción articular de cadera y rodilla | 2 | 0 |
| Resonancia magnética | 1 | 2 |
| Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en adultos | 1 | 1 |
| Trasplante renal | 1 | 1 |
| Trasplante renal 2 | 1 | 1 |
| Trastornos del sistema nervioso autónomo | 2 | 0 |
| Ultrasonido de abdomen y ultrasonido doppler | 1 | 0 |
| Ultrasonido endoscópico | 1 | 1 |
| VIH-sida | 1 | 0 |
| TOTAL | 420 | 62 |
| | 482 | |

N= Nacional

E= Extranjero

- El Instituto ofrece 8 **especialidades** de entrada directa, 17 **subespecialidades** y 44 cursos de **alta especialidad**; estos cursos se listan en la tabla 3.
- **Cursos de Pregrado:** Durante el primer semestre del periodo 2017, se impartieron 13 cursos de pregrado en el área médica en los que participaron 678 alumnos y 70 profesores.

El número de estudiantes de medicina que realizaron su servicio social en el Instituto fue de 63.

TABLA 4

| ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|--|--------------------|
| Médicas | | | | Enfermería | |
| Residencias de especialidad | Cursos de alta especialidad | Cursos de pregrado | Cursos de Posgrado | Cursos de pregrado (Enseñanza en enfermería) | Cursos de Posgrado |
| 25 | 44 | 13 | 2 | 4 | 2 |

- **Número de autopsias:** Se realizaron autopsias en el 13.2% de las defunciones, cuyo número fue de 91. Es necesario mencionar que las autopsias dependen del consentimiento por parte de los familiares del fallecido.
- **Rotación de otras instituciones:** El Instituto recibió a 115 médicos residentes de otras sedes. Estos alumnos rotaron por diferentes especialidades tales como: Anestesiología, Cuidados Paliativos, Radiología, Angiología, Biología de la Reproducción, Cardiología, Cirugía, Cirugía Plástica, Clínica de Obesidad, Clínica de Páncreas, Clínica del Dolor, Dermatología, Endocrinología y Epidemiología entre otras. Estos residentes (alumnos de subsede) provienen de diversos hospitales de estados de la república e Institutos Nacionales de Salud entre otros.
- **Eficiencia Terminal:** Se formaron 482 residentes, egresaron 221 especialistas de los cuales 33 fueron extranjeros. El índice de conclusión en formación es del 95.9%.

Enseñanza en Enfermería

- **Cursos de Pregrado:** La Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito del Instituto ofrece la Licenciatura presencial en Enfermería y Obstetricia y en el Sistema de Universidad Abierta, la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia SUA.
- **Cursos de Posgrado:** Se imparten los cursos de Especialidad de Enfermería del Anciano y de Enfermería del Adulto en Estado. La duración del curso es de un año acreditado a través de la ENEO/UNAM y la FES-Zaragoza-UNAM.

Educación continua y capacitación

- Se impartieron 38 Cursos de actualización en diferentes temas (el listado completo se puede consultar en los anexos) a los que asistieron más de 1,822 asistentes.
 - IV Curso Internacional de Cirugía de la Pared Abdominal.
 - IX Curso anual de Actualidades en Angiología y Cirugía Vascular.
 - XXIV Curso Anual de Actualidades de Cirugía Hepatopancreatobiliar.
 - VIII Curso Anual de Actualidades en Trasplante Hepático.
 - IV Curso Internacional de Actualidades en Anestesiología.
 - 3er. Curso de Calidad y Seguridad en el traslado – movilización del paciente.
 - Simposio en: Actualidades sobre la infección por Clostridium difficile: prevención, diagnóstico y manejo oportuno.
 - Simposium Internacional de Enfermería Inflamatoria Intestinal.
 - Simposium Retos y oportunidades en el estudio de enfermedades metabólicas en México.
 - Curso Ultrasonido y Ecocardiografía en anestesia.
 - Taller de Identificación de Riesgos Biológicos y su prevención.
- **Cursos de capacitación:** Se realizaron 21 cursos de capacitación enfocados al personal del Instituto. Estos cursos en su mayoría fueron para fortalecer y mejorar conocimientos, habilidades, actitudes y conductas de las personas en sus puestos de trabajo.

La Unidad de Educación para la Salud realizó la producción de videos y folletos educativos e informativos. La divulgación y trasmisión del material audiovisual educativo se realizó en las pantallas de la sala de espera de la Unidad de Toma de Muestras y en la Unidad del Paciente Ambulatorio, por tratarse de áreas de mayor tránsito.

Los videos realizados fueron en temas como:

- Hipertensión arterial.
- Dislipidemias.
- Comer sano fuera de casa.
- Potasio.
- Hipertensión, Portal en el paciente con Cirrosis.
- Alimentación para pacientes con Trasplante de Hígado.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Enfermedad de hígado graso de origen no alcohólico.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



INFORMACIÓN PUBLICADA EN LA CAMISETA Órgano Oficial de Comunicación Interna

Enero

- Premio a la Solidaridad Humana Salvador Zubirán 2016
Enf. Raúl David Bernal Flores

Febrero

- Reconocimiento de la AMINNSZ 2016
Dr. Lorenzo de la Garza Villaseñor
- Premio ALAD-BD educación en Diabetes 2016
Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes
- Premio en Investigación en Nutrición 2016
Categoría Investigación aplicada
Investigadores del Departamento de Ciencia y Tecnología de los Alimentos
Categoría básica
Investigadores del Departamento de Biología de la Reproducción

Abril

- Premio Juan Rull Rodrigo
Dr. Eduardo Carrillo Maravilla
- Premio Ganar Ganar
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Junio

- Renovación del ISO 9000 en los laboratorios clínicos
- Toma de posesión del Dr. David Kershenobich como Director General 2017-2022

Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:

Entre los premios y distinciones recibidos-en el primer semestre 2017 destacan:

- El Dr. Torres Villalobos Gonzalo Manuel recibió el reconocimiento Best of the SSAT at DDW, Dor Versus Toupet Funduplication after Laparoscopic Heller myotomy: report from a 2 years randomized trial evaluated by high resolution manometry“. Chicago, Illinois El reconocimiento fue otorgado por SSAT at DDW.
- La Dra. Olin Sandoval Viridiana recibió reconocimiento por Certificate of Completion. Successfully completed the NIH Web-based training course "Protecting Human Research Participants" El reconocimiento fue otorgado por The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research.
- La Dra Morales Guerrero Josefina Consuelo, recibió reconocimiento por Certificate of Completion. Successfully completed the NIH Web-based training course "Protecting Human Research Participants" El reconocimiento fue otorgado por The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research.
- La Q.F.B. Acevedo Osorio Gloria Nieves recibió reconocimiento por Certificate of Completion. Successfully completed the NIH Web-based training course "Protecting Human Research Participants" El reconocimiento fue otorgado por The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research.
- La Dra. Vasquez Ortiz Zuilma Yurith, recibió un reconocimiento por ser Coordinador del capítulo de Ecocardiografía 2016-2018. El reconocimiento fue otorgado por la Sociedad Mexicana de Cardiología.
- El Dr. Correa Rotter José Ricardo recibió un reconocimiento por Coordinador del ISN World Congress Of Nephrology 2017, el reconocimiento fue otorgado por International Society of Nephrology.
- La Dra. Armengol Alonso Alejandra recibió del American College of Cardiology Conference 2017, el premio al mejor poster latinoamericano "HER2 positive breast cancer and subclinical cardiotoxicity by ECHO 3d stran". El premio fue otorgado por American College of Cardiology.
- La Dra. Silvia Carrillo Domínguez fue Invitada por la Revista Journal Of Applied Phycology como revisor del Manuscrito Ulvan Extracted From Enteromorpha Sp. As New Natural Additives In Diets For Laying Hens. El reconocimiento fue otorgado Journal of Applied Phycology.

- El Dr. Hernández Hernández Carlos recibió Medalla por 30 años de Servicio docente, la medalla fue otorgada por División de estudios de Posgrado e Investigación Facultad de Odontología, UNAM
- El Dr. Soto Ramírez Luis Enrique recibió un reconocimiento, por su participación como Coordinador del tema, " VIH/Sida " durante el curso de Internado de pregrado de la carrera de Medicina. Hospital Médica Sur. El reconocimiento fue entregado por el decano del Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Popular Autónoma del Edo. de Puebla.
- El Dr. Gabilondo Pliego Bernardo recibió el reconocimiento como Profesor Asociado del curso de Actualización. Preparación para presentar el examen nacional de aspirantes a residencias médicas. El reconocimiento fue otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Fundación Clínica Médica Sur, A.C.
- El Dr. Rodríguez Covarrubias Francisco Tomas Enrique recibió el reconocimiento como Profesor Asociado del curso de actualización preparación para el examen nacional de residencia médica. Organizado por la Fundación Clínica, Médica Sur, A.C. El reconocimiento fue otorgado por Fundación Clínica Médica Sur, A.C.
- La Dra. Vásquez Ortiz Zuilma Yurith recibió el reconocimiento como Profesor del Comité Académico para la elaboración del examen del Consejo de Ecocardiografía, el premio fue otorgado por el Consejo Mexicano de Ecocardiografía.

Otros resultados relevantes.

- ◆ El Instituto a través del uso de simuladores en el Centro de Desarrollo y Destrezas Médicas (CEDDEM) contribuye a minimizar el error humano en la práctica médica, el objetivo es mejorar la calidad de la atención médica a todos los niveles, entrenar y fomentar el trabajo en equipo. Durante el primer semestre del 2017 se impartieron 61 cursos y 12 prácticas a 1,234 y 103 alumnos respectivamente.
- Planeación, organización y puesta en marcha del servicio de videoconferencias en el Auditorio Principal del Instituto.

**LOGROS DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
PRIMER SEMESTRE DE 2017**

- Actualización del examen de selección a Residencias que se imparten en el INCMNSZ.
- Programación e impartición de los cursos de inducción para todos los nuevos residentes de especialidades de entrada directa, indirecta y alumnos de Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina.
- Inicio del Programa de Apoyo Psicológico-Psiquiátrico para residentes de todas las especialidades de entrada directa o indirecta, en colaboración con la Subdirección de Recursos Humanos y la Dra. Judith González (Psiquiatría de Enlace).
- Divulgación de circulares relativas a la prevención de acoso o humillación académica o sexual. Notificación a residentes de curso a seguir, en caso de tales situaciones.
- Propuesta de formato de reporte de maltrato por pacientes o familiares a personal institucional ante el Comité Hospitalario de Bioética.
- Recepción de 560 solicitudes para sustentar el examen de selección para iniciar residencias en 2018.
- Comunicación e incorporación de 54 alumnos de maestrías y 31 de doctorado en Ciencias Médicas y de la Salud.
- Recepción de 192 residentes de especialidad nacionales y 33 extranjeros a rotaciones por periodos de al menos un mes, de los 23 cursos de especialidad u otros servicios que distinguen a nuestra Institución.
- Recepción de 59 pasantes (31 investigación, 28 vinculación) en servicio social de medicina (un año de estancia).
- En medicina: recepción de 99 asistencias voluntarias y otros alumnos de pre o posgrado nacionales, más 5 extranjeros. En disciplinas diversas (nutrición, psicología, química, fisioterapia, etc.) 81 pasantes de servicio social, más 31 asistencias voluntarias o prácticas profesionales.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



La Unidad de Educación para la Salud, bajo la conducción de Dr. Luis Dávila Maldonado incluye varios logros:

- Consolidación del Programa Piloto de Telemedicina.
- Generación de esquema de asignación de turnos para salas de espera de en la Unidad del Paciente Ambulatorio.
- Producción de videos informativos sobre entidades comunes atendidas en el Instituto.
- Iniciativa de grabación de Sesiones de Casos Completos/Incompletos de Patología, para poner la disciplina como recurso de educación médica continua a la comunidad médica fuera del Instituto.
- Desarrollo y lanzamiento del Curso en Línea de Interpretación de Biopsias Prostáticas, del Dr. Julián Arista Nasr, integrante del Departamento de Patología del INCMNSZ.
- Adquisición de equipo para grabación y edición digital de videos para Educación para la Salud.
- Contribución en el proceso de revisión de la NOM-001SSA3 de las residencias médicas (aún inconcluso).
- Establecimiento y entrega del Premio Juan Rull, al Revisor Clínico en hospitalización y consulta externa más destacado, por votación de los residentes de Medicina Interna (Dr. Eduardo Carrillo Maravilla).

**ATENCIÓN MÉDICA
ASPECTOS CUALITATIVOS**

Se presentan a continuación los puntos más relevantes dentro de la atención médica que se ofrece en el Instituto, que tiene como objetivo presentar el desempeño de la gestión en el primer semestre 2017.

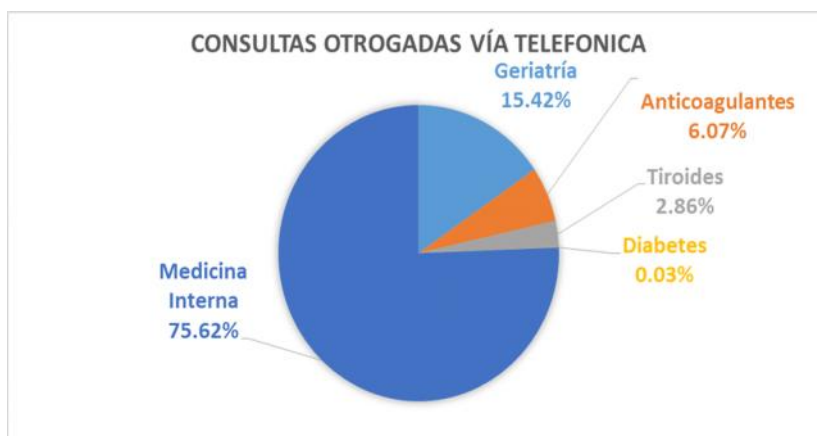
Gráfica 10



En el primer semestre del periodo 2017 se otorgaron **156,858** atenciones médicas; 4,341 preconsultas, 2,106 consultas de primera vez, 130,681 consultas subsecuentes y 19,730 consultas de Atención Institucional Continua y Urgencias³⁷.

Además de 3,741 consultas vía telefónica; 2,829 medicina interna, 577 geriatría, 227 anticoagulantes, 107 tiroides y 1 diabetes.

Gráfica 11



- El índice de utilización de los 116 consultorios en operación con los que cuenta el Instituto fue de 193.79, cada consulta en promedio tiene una duración de 20 minutos, dependiendo del tiempo de atención que requiere el paciente:
- Se abrieron 2,537³⁸ expedientes durante el primer semestre del periodo 2017.

Las principales causas de atención fueron: diabetes mellitus, otros tumores in situ y benignos, obesidad, tirotoxicosis, hipertensión esencial (primaria), otras enfermedades del hígado, otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos, otros trastornos de la tiroides, otros trastornos endocrinos, nutricionales y del metabolismo, trastornos sistémicos del tejido conjuntivo y otras causas.

Su clasificación de acuerdo con su procedencia fue:

Tabla 5
FUENTE DE REFERENCIA

| Periodo 1er semestre | Iniciativa propia | Institución oficial | Médico particular | Otros | Total |
|-------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|---------------------|
| 2016 | 677 | 960 | 834 | 374 | 2,845 |
| 2017 | 284 | 1,054 ³⁹ | 855 | 344 | 2,537 ⁴⁰ |

De acuerdo con la clasificación socioeconómica asignada:

Tabla 6
PACIENTES DE 1ª VEZ CLASIFICADOS EN EL PERIODO

| Periodo 1er semestre | Niveles 0, 1 Y 2 | Niveles 3 y 4 | Niveles 5 y 6 | Otros Niveles | Total |
|-------------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|
| 2016 | 1,464 | 1,181 | 129 | 71 | 2,845 |
| 2017 | 1,308 | 1,089 | 91 | 99 | 2,537 ⁴¹ |

38 Bis, 6.

39 Bis, 6.

40 Bis, 6.

41 Bis, 6.

- El **total de ingresos hospitalarios** fue de **2,495**, el 48% (1,198) fue por ingresos a hospitalización por urgencias y el 52% (1,297) vía ingreso programado.

Gráfica 12



- El total de los **egresos** fue de **2,459**⁴²:

Gráfica 13

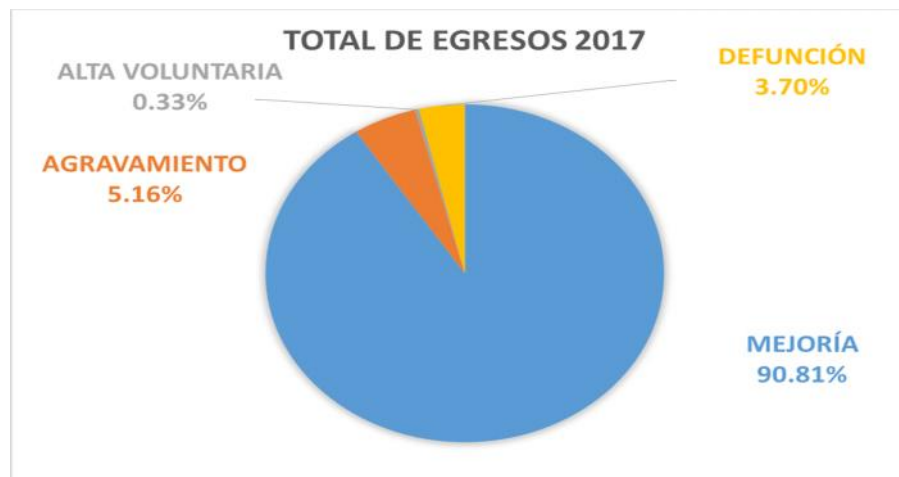


Tabla 7
TIPO DE EGRESO

| Periodo semestre | 1er semestre | Egresos por Mejoría | Alta voluntaria | Traslado a otra unidad | Defunciones | TOTAL |
|------------------|--------------|---------------------|-----------------|------------------------|-------------|---------------------|
| 2017 | | 2,233 ⁴³ | 8 | 127 | 91 | 2,459 ⁴⁴ |

⁴² Bis, 6.

⁴³ Bis, 6.

⁴⁴ Bis, 6.

- El índice de utilización de las salas de cirugía fue de 4.83, el Instituto cuenta con un quirófano y 7 salas de operación.

Gráfica 14

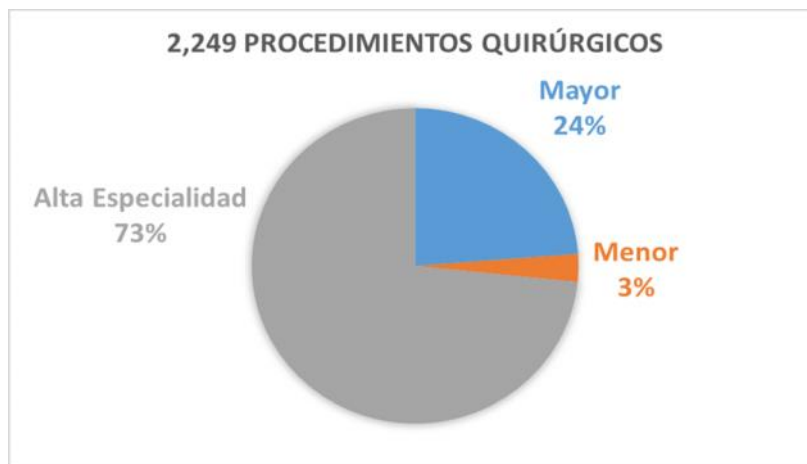


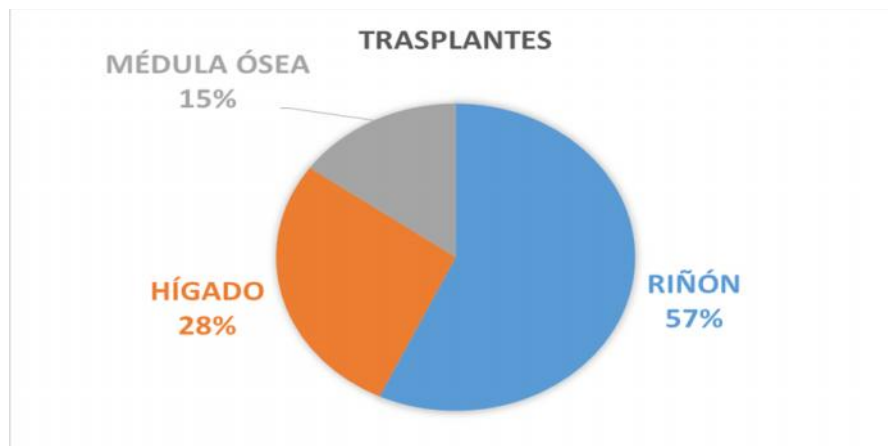
Tabla 8

INFORMACIÓN REFERENTE A CIRUGÍA

| Salas de Operaciones | Días Laborables en cirugía (día laborable x hora hábil) | Cirugías ambulatorias | Porcentaje de cirugías ambulatorias | Cirugías electivas realizadas después de 7 días de solicitada | Total de Pacientes operados por cirugía electiva | Expedientes clínicos con hoja de cirugía segura completamente requisitada |
|----------------------|---|-----------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| 7 | 173 | 384 | 17% | 1,828 | 1,828 | 2,249 |

- Trasplantes:** De los procedimientos quirúrgicos destacan **86 trasplantes** (49 riñón, 24 hígado y 13 médula ósea).

Gráfica 15



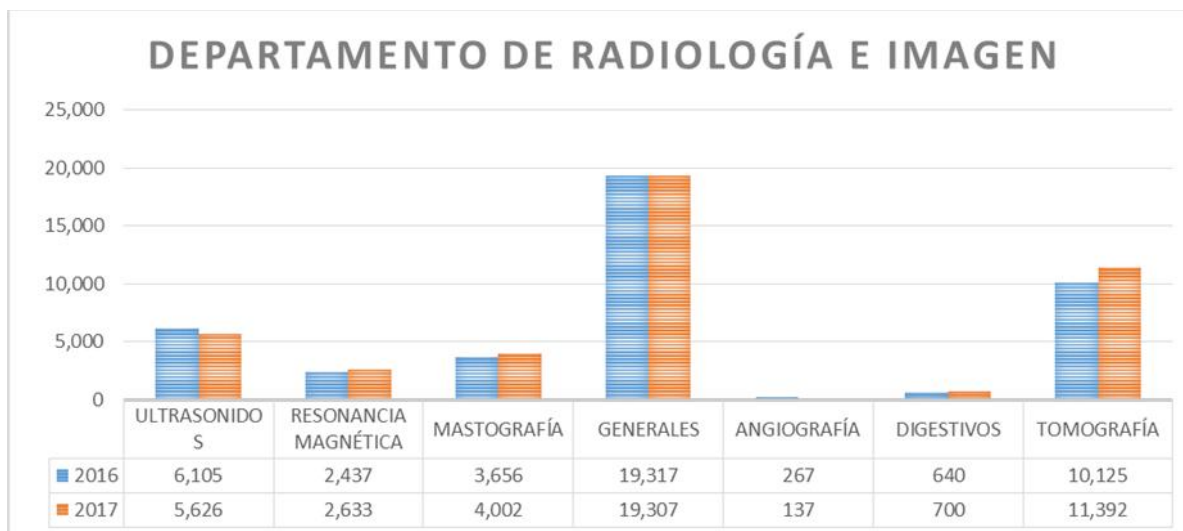
- La supervivencia del trasplante renal es del 93.5%.
 - El número de pacientes con cáncer de mama tratadas en el Instituto con una supervivencia global a 5 años es de 251 de 261.
 - El número de pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en el Instituto durante el primer semestre del 2017 fue de 20.
 - Los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón entre el año 2012 y 2017 fueron de 85.
 - La supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de próstata en activo fue de 92.9% (146/157); los pacientes con cáncer de próstata de primera vez de enero a junio de 2017 fueron 36.
- **Porcentaje de Ocupación Hospitalaria:** La ocupación hospitalaria en el primer semestre del 2017 alcanzó el 93.85%.
 - **El promedio de días estancia** en camas censables fue de 11.17 días.
 - Se cuenta con 167 camas censables y 64 camas no censables.
 - **Del control de infecciones**

Tabla 9
Infectología

| PERIODO 2017 | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Tasa de infección nosocomial período x 1000 | Tasa de infección nosocomial en terapia intensiva x 1000 | Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central x 1000 | Tasa de bacteriuria asociada a cateterismo vesical x 1000 | Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica x 1000 |
| 5.82 | 8.38 | 0.11 | 3.16 | 8.84 |

- La **productividad radiológica** durante el primer semestre del periodo 2017 fue de 43,797 estudios y se presenta a continuación:

Gráfica 16

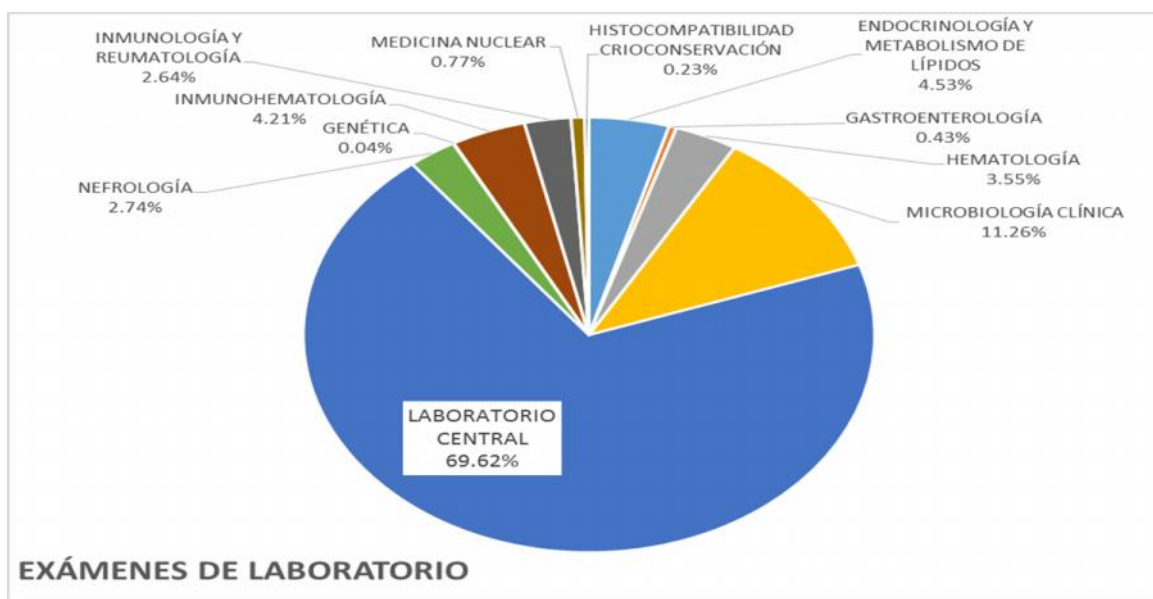


- En lo que respecta a exámenes de laboratorio se realizaron:

Tabla 10

| EXÁMENES DE LABORATORIO | | | |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|-----------|
| Periodo | Exámenes generales | Exámenes Especializados | TOTAL |
| 1er semestre | | | |
| 2017 | 1,010,857 | 67,100 | 1,077,957 |

Gráfica 17



- **Pacientes de Seguro Popular.** Dentro del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, el Instituto se encuentra acreditado en los siguientes padecimientos:
 - Servicio de Alta Especialidad de Hepatitis C del Fondo de Protección contra Gastos catastróficos.
 - Cáncer de mama.
 - Cáncer testicular.
 - Cáncer de Próstata.
 - Linfoma No Hodgkin en Adultos.
 - Trasplante de Médula ósea.

En el primer semestre del periodo 2017 se atendieron 102 pacientes.

- **Personal de atención a la salud.**
 - El Instituto cuenta con 632 enfermeras de la cuales:

Gráfica 18



- **236 médicos adscritos**, de los cuales 183 son médicos clínicos y 53 cirujanos.

- **Grupos de apoyo a pacientes constituidos.**

El Instituto cuenta con diferentes clínicas que sirven de apoyo para la atención de los pacientes: Clínica de Diabetes, Clínica de Dislipidemias, Clínica de Endocrinología, Clínica de Neuroendocrinología, Clínica de Obesidad y Trastornos de la alimentación, Clínica de Paratiroides y Hueso, Clínica de Tiroides, Clínica de páncreas, Clínica de Hígado, Clínica de Hepatitis, Clínica de Cirrosis, Clínica de Insuficiencia Cardíaca, Clínica de Hipertensión Arterial, Clínica de Arritmias y Marcapasos, Clínica de Heridas y Estomas, Clínica de Tabaquismo,



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



Clínica de Catéteres, Clínica del Viajero, Clínica del sueño, Clínica de Enfermedades Vasculares Cerebral, Clínica de epilepsia, Clínica de Neurofisiología Clínica de VIH/SIDA, Clínica de Salud Reproductiva, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica de administración de antibióticos y también se cuenta con un Voluntariado.

- **Farmacia.**

El porcentaje de las recetas surtidas en su totalidad fue del 98.1% (136,665 de 139,247 recetas emitidas), el total de solicitudes de medicamentos surtidos al 100% fue del 90.1% (163,540 de 181,486 del total de solicitudes de medicamentos).

PREMIOS, RECONOCIMIENTOS Y DISTINCIONES RECIBIDOS

Entre los premios y distinciones otorgados al área en el primer semestre 2017 destacan:

- El Dr. Tanimoto Licon Miguel Angel recibió un reconocimiento como Miembro del Comité de Cáncer Gástrico de la Organización Mundial de Endoscopia. El reconocimiento fue otorgado por Organización Mundial de Endoscopia.
- El Dr. Castillejos Molina Ricardo Alonso recibió un reconocimiento por su participación en The 2017 Annual Meeting Of The American Urological Association In Boston. El reconocimiento fue otorgado por The American Urological Association, Inc.
- El Dr. Rodríguez Covarrubias Francisco Tomas recibió un reconocimiento por su participación en The 2017 Annual Meeting Of The American Urological Association In Boston. El reconocimiento fue otorgado por The American Urological Association, Inc.
- El Dr. Ávila Funes José Alberto recibió un reconocimiento como Mmiembro de la red temática envejecimiento, salud y desarrollo social. El reconocimiento fue otorgado por CONACYT.
- La Dra. Kaufer Horwitz Martha recibió el reconocimiento Los 10 Nutriólogos Líderes de México. El reconocimiento fue otorgado por la Universidad Anáhuac.
- El Dr. Gómez Pérez Francisco Javier recibió El Premio Nobel de Medicina Dr. Bernardo Alberto Houssay (Argentina), por su extraordinaria hoja de vida en Bogotá Colombia. El premio fue otorgado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes.
- El Dr. Sierra Salazar Mauricio recibió un reconocimiento como miembro Honorario Extranjero del Colegio Brasileño de Cirujanos, Departamento de Cirugía General de La Asociación Médica Brasileña. El reconocimiento fue otorgado por el Colegio Brasileño de Cirujanos.
- El Dr. Salgado Nesme Noel recibió una distinción como Jurado en la Segunda Fase de Certificación de La Especialidad de Cirugía General. La distinción fue otorgada por Consejo Mexicano de Cirugía General A.C.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



- La Dra. Vásquez Ortiz Zuilma Yurith recibió un reconocimiento por ser Secretario de la Mesa Directiva actual 2016-2018. El reconocimiento fue otorgado por la Sociedad Nacional de Ecocardiografía de México.
- La Dra. Orihuela Sandoval Consuelo recibió un reconocimiento por ser Secretaria de la Mesa Directiva de la Sociedad Mexicana de Ecocardiografía e Imagen Cardiovascular, ciclo 2017-2019. El reconocimiento fue otorgado por la Sociedad Mexicana de Ecocardiografía e Imagen Cardiovascular.
- El Dr. Ricalde Alcocer Alejandro recibió un reconocimiento como Vocal del Consejo Mexicano de Cardiología. El reconocimiento fue otorgado por el Consejo Mexicano de Cardiología.
- El Dr. Vielma Valdez Alberto fue ganador del segundo lugar de trabajos libres. Dentro del XIX Congreso Internacional de la Federación Mexicana de Asociaciones y Colegios de Endoscopia Ginecológica, AC. El premio fue otorgado por la Federación Mexicana de Asociaciones y Colegios de Endoscopia Ginecológica.
- La Dra. Domínguez Cherit Judith Guadalupe recibió el Certificate Of Recognition. El reconocimiento fue otorgado en la Annual Meeting In Orlando Florida, E.U.A.
- El Ing. Mendoza Martínez Eduardo recibió reconocimiento por su destacada participación en las actividades de normalización del Comité Técnico de Normalización Nacional para la Industria Alimentaria Nali-10, en el Subcomité 1, el reconocimiento fue otorgado por la Sociedad Mexicana de Normalización y Certificación S.C. (NORMEX).



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



LOGROS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMER SEMESTRE DE 2017

LOGROS Y AVANCES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

Se ha continuado con la consolidación del sistema del expediente clínico electrónico ehCOS, con la solución de problemas detectados durante su operación y la introducción de mejoras. Se ha impulsado su uso entre todos los médicos y personal administrativo institucional.

En estos meses se resolvieron los problemas que había en el nuevo sistema de cajas para lograr el cobro de los estudios de laboratorio programados en ehCOS. A partir del mes de mayo se logró que todos los estudios de laboratorio se programen en ehCOS. Se validaron las indicaciones de dichos estudios en conjunto con el Departamento de Química Clínica.

En colaboración con el Departamento de Química Clínica, la Toma de Muestras y el Departamento de Infectología se ha perfeccionado la consulta de resultados de Laboratorio Central y del Laboratorio de Microbiología a través de la página web del Instituto.

Se ha logrado que todos los pacientes aceptados para su ingreso al Instituto a través de Consulta Externa cuenten con una nota de preconsulta y una nota de aceptación. Todos estos pacientes cuentan con una Historia Clínica programada en Preconsulta en el sistema ehCOS.

Con excepción de los pacientes evaluados en preconsulta en la Dirección de Medicina y en el Departamento de Hemato-Oncología, todos los pacientes son referidos a Preconsulta para la elaboración de las notas de preconsulta y aceptación correspondiente por parte de las diversas especialidades.

Está pendiente la conclusión de la adaptación de 3 consultorios en la planta alta de la Unidad Donato Alarcón Segovia para la atención de pacientes hospitalizados por los médicos de Oftalmología, Dental, Otorrinolaringología, Ginecología y Clínica de Salud Reproductiva. Se ha solicitado el equipamiento necesario para estos consultorios. Con este paso se disminuirá el traslado de pacientes de Hospitalización a la UPA para recibir atención por parte de estas especialidades, lo que redundará también en la optimización de la atención de pacientes programados.

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Como parte de la mejora a la calidad de la atención del paciente ambulatorio, el Departamento de Consulta Externa continúa llevando a cabo sesiones frecuentes con el personal administrativo y de enfermería asignado al área a fin de mejorar las actitudes de este personal tanto hacia los pacientes y sus familiares como hacia los médicos y sus compañeros con la intención de fomentar un mejor ambiente laboral y elevar la calidad de la atención.

Como complemento a la implementación de programas de atención prioritarios en un modelo de atención multidisciplinario como ha sido el caso de los pacientes con Virus C y Trasplante hepático, se ha logrado reubicar y reestructurar dichas consultas para brindar una atención más eficiente, beneficiando además el funcionamiento de otras consultas al contar con mayor espacio.

Como parte de las actividades del Comité Hospitalario de Bioética, coordinado por la Dra. Judith González, Jefa del Departamento de Consulta Externa, se ha facilitado la vigilancia de los aspectos bioéticos de la atención médica ambulatoria.

En lo que respecta a la operación de la Unidad de Procedimientos Quirúrgicos Menores (UPQ) ya fue posible establecer adecuadamente el proceso de cobro y atención a través de los paquetes prediseñados que se habían trabajado el año pasado, logrando con ello una mejor organización interna, una adecuada captación de las cuotas de recuperación y, sobre todo, una atención al paciente mucho más eficiente.

En cuanto al sistema de organización de turnos programado para cada uno de los niveles de la Consulta Externa, se sigue trabajando en la integración de los despachadores de turnos que son fundamentales para un buen funcionamiento. En este momento ya se encuentra en operaciones el del tercer piso el cual ha mejorado considerablemente la eficacia en la atención durante la programación de citas. Esperamos poderlo implementar en todos los pisos durante el siguiente año.

Por otro lado, se ha colaborado con el programa institucional de seguridad para el paciente actuando a diversos niveles tales como la prevención de caídas, alertando a los usuarios a través de carteles informativos de la necesidad de tener cuidado al incorporarse de los asientos. En este sentido, también se estableció a través de la colocación de unifilas un mecanismo más ordenado y seguro para acceder a los elevadores de la planta baja que representaban un peligro potencial para nuestros usuarios. Finalmente, el grupo de enfermería asignado al área ha trabajado constantemente para contar con la certificación correspondiente de los carros de paro con los que contamos en la Consulta Externa para atender alguna emergencia y se ha proporcionado adiestramiento básico para código azul y morado al personal administrativo y paramédico responsable de atender cotidianamente a los pacientes.

Durante el último año, se ha implementado un recorrido mensual sistematizado por las áreas correspondientes a la Subdirección de Servicios Paramédicos que se encuentran en la UPA y cercana a ella como son todos los pisos de Consulta Externa, Preconsulta, Archivo Clínico y el espacio de Medicina Transfusional a fin de detectar y resolver de manera temprana problemas en el funcionamiento global de estos servicios. Para esta actividad se ha contado con la participación entusiasta y apoyo de la Dirección Administrativa, la Subdirección de Servicios Generales y Recursos Materiales, Subdirección de Informática y Enfermería quienes brindan ideas y proponen soluciones prácticas que permiten mantener una infraestructura en buenas condiciones.

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y ARCHIVO CLÍNICO

- Se abrieron 2,537 expedientes de pacientes de nuevo ingreso.
- Se impartió el curso de capacitación en materia de codificación de información médica.
- Se dio atención a solicitudes de información de investigadores y médicos residentes.
- Se elaboró el Informe Anual de Actividades Asistenciales del año 2016.
- Se continúa participando en las sesiones de avance y evaluación del sistema de expediente clínico electrónico.
- Participación permanente en el Comité del Expediente Clínico, integrando el Orden del día, seguimiento de acuerdos y elaboración de las actas correspondientes.
- Se generó mensualmente el informe de actividades asistenciales y de causas de atención institucional.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

- 12 Trabajadoras Sociales concluyeron su Diplomado de Administración y Desarrollo Gerencial de los Servicios de Salud en marzo pasado.
- Dos Trabajadoras Sociales iniciaron este mismo curso el pasado mes de junio.
- Se continuó trabajando en las Metas de Seguridad del Paciente 1 y 6.
- Se aprobó el Manual de Procedimientos del Departamento y se instaló en los equipos de cómputo de todo el personal del Departamento.
- Se continúa trabajando en dos sistemas informáticos en forma simultánea, y se han estado monitoreando a fin de reportar las incidencias que se presentan en cualquiera de ellos.

- Se continúa con el curso mensual de orientación para pacientes candidatos a Trasplante Hepático.
- Se continúa con el trabajo de gestión social con instituciones y fundaciones de asistencia social para apoyar los tratamientos de los enfermos (Trasplante y Vida, Fundación Slim, FUNDHEPA, Fundación Jandorsy A.C. entre otros).
- 6 Trabajadoras Sociales están elaborando un proyecto de inducción para pacientes y familiares que ingresan a la institución.
- Se aprobó un trabajo para su publicación en la Revista de Salud Pública, "Impacto de las características socioeconómicas de los pacientes evaluados para trasplante hepático en un centro de tercer nivel" cuya autora principal es la Lic. T.S. Eva Almaraz Arriaga.
- Las Trabajadoras Sociales asignadas a los diferentes sectores, continúan proporcionando la atención y seguimiento a los casos.
- Participación continua en los distintos Comités (COCASEP, Hospitalario de Bioética, Trasplantes).
- Participación en las reuniones de Directivos de Trabajo Social y atención al usuario de la CCINSHAE.

LOGROS Y AVANCES DE LA SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA

Con el apoyo de las autoridades, se ha logrado mantener la política de antisépticos, y continuamos utilizando exclusivamente alcohol y clorhexidina, de acuerdo con los beneficios que para ello informa la literatura internacional y que se ha observado en nuestro Instituto.

Con las medidas del paquete preventivo para Bacteriemia, se ha podido mantener la tasa de infección asociada a terapia intravenosa en niveles mínimos, datos presentados en la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, siendo el único centro en lograrlo al momento.

Premio al mejor trabajo libre. Desarrollo de un modelo predictivo de diarrea nosocomial por *Clostridium difficile* en un hospital de tercer nivel. Eric Ochoa Hein, Martha Asunción Huertas Jiménez, Alma Rosa Chávez Ríos, Anabel Haro Osnaya, Karla Colín González, Roxana de Paz García, Carmen Romero Oliveros, Alejandra Vázquez Andrade, Patricia Evangelista Leal Morán, Arturo Galindo Fraga. Quinto Congreso Internacional de Calidad y Seguridad al Paciente, organizado por el Centro de México ABC. 10 de marzo de 2017.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

A continuación, se informa la productividad y/o logros del Servicio de Medicina Transfusional durante el primer semestre de 2017 (01/2017) comparando, mediante gráficos, los resultados con el primer semestre del 2016 (01/2016) a fin de tener un parámetro de referencia.

ÁREA DE DONADORES Y FRACCIONAMIENTO

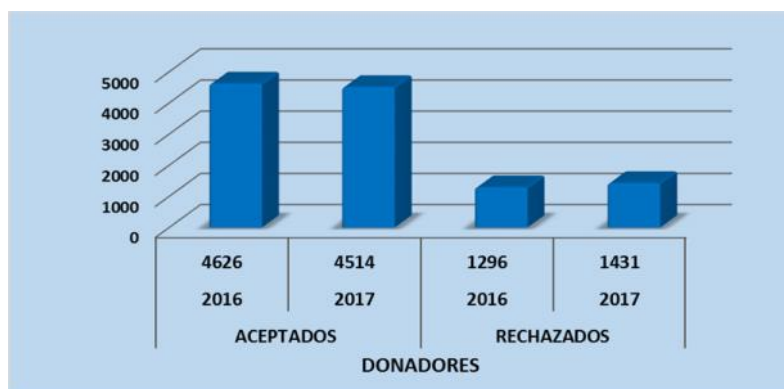
1. La afluencia de candidatos a donación de sangre y de donadores aceptados disminuyó 0.54% y 2.4%, respectivamente. Esto es consecuencia de que la promoción de la donación se realiza de acuerdo con a la cantidad de sangre que se tenga almacenada. Es decir, la promoción se hace de manera razonada. La disminución en donantes es un signo de la eficiencia de los médicos para que la selección de donantes, cumpla con los nuevos criterios de la Norma, sin menoscabo de las necesidades del Instituto.

Gráfica 19



2. No obstante, se registró un incremento de donantes rechazados, 22% en 01/2016 y 24% en 01/ 2017. La manufactura de hemocomponentes fue mayor (Ver Gráfico 20). Los rechazados son resultado de la meticulosa historia clínica que realizan los médicos.

Gráfica 20



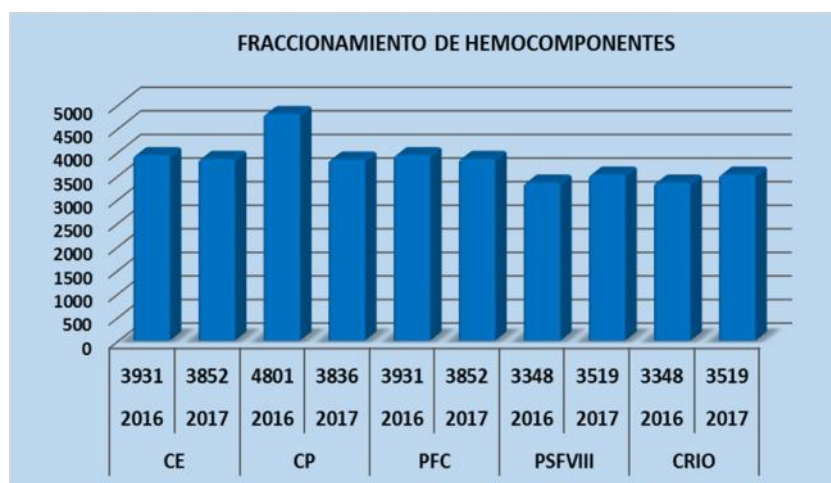
- En el 01/2017 la sangre total para fraccionamiento disminuyó un 4% con respecto al 01/2016, 4125 y 3959, respectivamente. Sin embargo, la producción o manufactura de componentes de la sangre fue mayor en 01/2017. Esto es consecuencia de incremento en la producción de Crioprecipitados necesarios durante este período para abastecer las necesidades de pacientes hemofílicos.

Gráfica 21



- La manufactura de hemocomponentes se muestra en este gráfico. Se destaca que fue ligeramente menor en 01/2017 vs. 01/2016. Pero el fraccionamiento en su totalidad se incrementó gracias al aumento del 5.1% en la producción de crioprecipitados en 01/2017.

Gráfica 22



- Se incrementó la producción de aféresis de plaquetas y de eritrocitos. De 84 aféresis de plaquetas por mes en 01/2016 a 92 por mes en 01/2017. Un aumento del 10%. Es decir, se mantuvo la cobertura de la necesidad de plaquetas por aféresis para los pacientes del Instituto. La eritrocitoféresis se incrementó en 66% para satisfacer las necesidades de pacientes con grupos de sangre infrecuente (v.gr. O negativo).

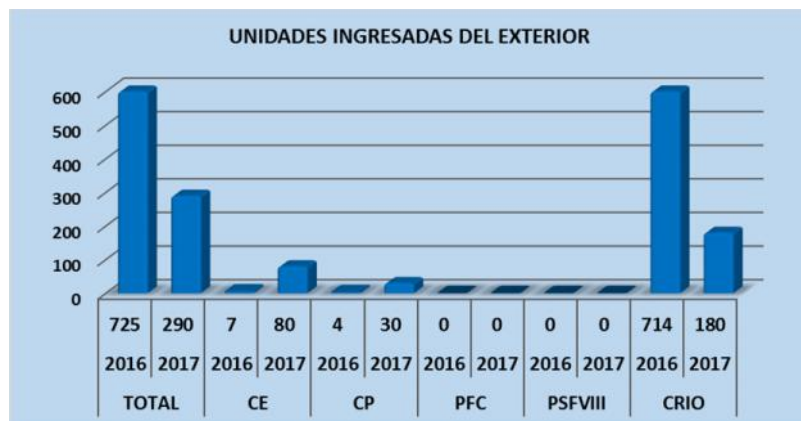
Gráfica 23



APOYO ENTRE INSTITUCIONES Y TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN EL INSTITUTO

- En términos Generales, la solicitud de componentes de la sangre a otras Instituciones, se redujo en un 60% en 01/2017 vs. 01/2016. El incremento en la producción de Crioprecipitados que se mostró en gráficos anteriores permitió una reducción del 75% en la solicitud de este componente al exterior.

Gráfica 24



- El apoyo de hemocomponentes a otras Instituciones comparando 01/2016 vs. 01/2017 disminuyó en un 44%. Esto implica que la cantidad de hemocomponentes que se manufactura en el Servicio son aprovechados en el Instituto por aumento en las propias necesidades.

Gráfica 25



- La Transfusión de hemocomponentes fue de 13,720 vs. 12,494 unidades, en 01/2016 vs. 01/2017 lo que implica, en general, una reducción del 9%. Con respecto a la transfusión de concentrados de eritrocitos (CE) y de plaquetas (CP) hubo un incremento del 5% y del 8%, respectivamente. Esto como consecuencia del aumento de trasplantes de hígado y de células progenitoras hematopoyéticas en el 01/2017.

Gráfica 26

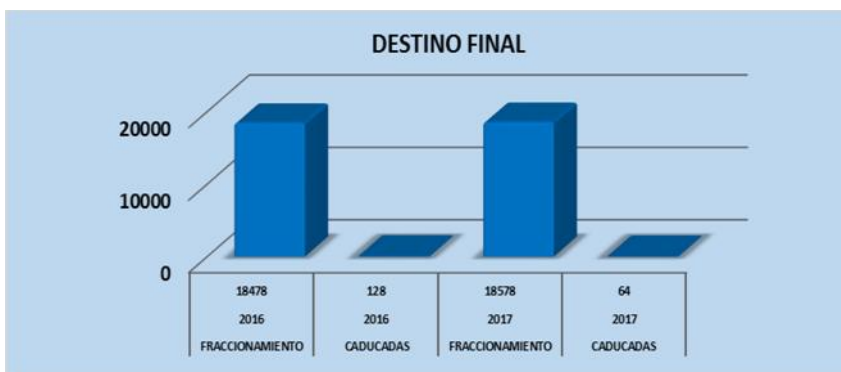


DESTINO FINAL

Se refiere a las unidades de sangre y sus componentes que son desechados. A continuación, se informa de lo más relevante en cuanto a causas de desecho.

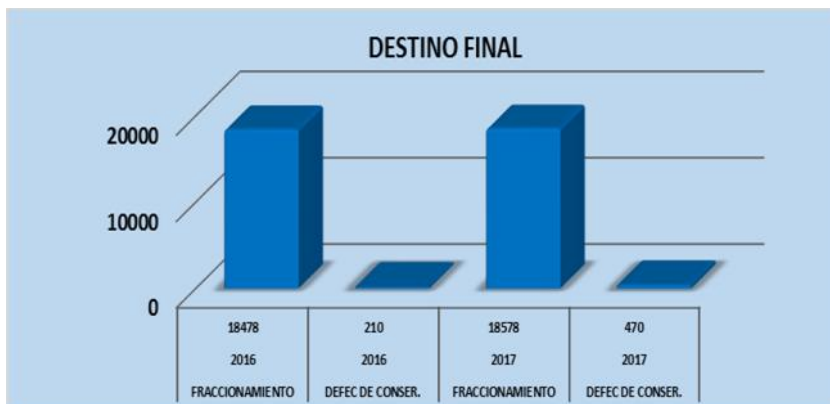
- Se mantiene extremadamente reducida la cantidad de sangre que en el Instituto se lleva a Destino Final por Caducidad. Lo anterior es informativo del cuidado que se tiene para movilizar las unidades de sangre y sus componentes tomando en cuenta la fecha de caducidad para evitar el dispendio de sangre. El Indicador que toma en cuenta el número total de unidades desechadas por caducidad entre el número total de unidades fraccionadas nos informa del porcentaje de sangre desechadas en el Instituto por caducidad. Este Indicador es de 0.7 % y 0.5 % en los años de 2016 y 2017, respectivamente. De acuerdo con datos del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea nuestro Instituto es el que menos desecha unidades por caducidad comparados con los demás Institutos Nacionales de Salud.

Gráfica 27



- Se redujo la cantidad de hemocomponentes que en el Instituto se lleva a Destino Final por defectos en la Conservación 596 vs. 375 en 2016 y 2017 respectivamente.

Gráfica 28



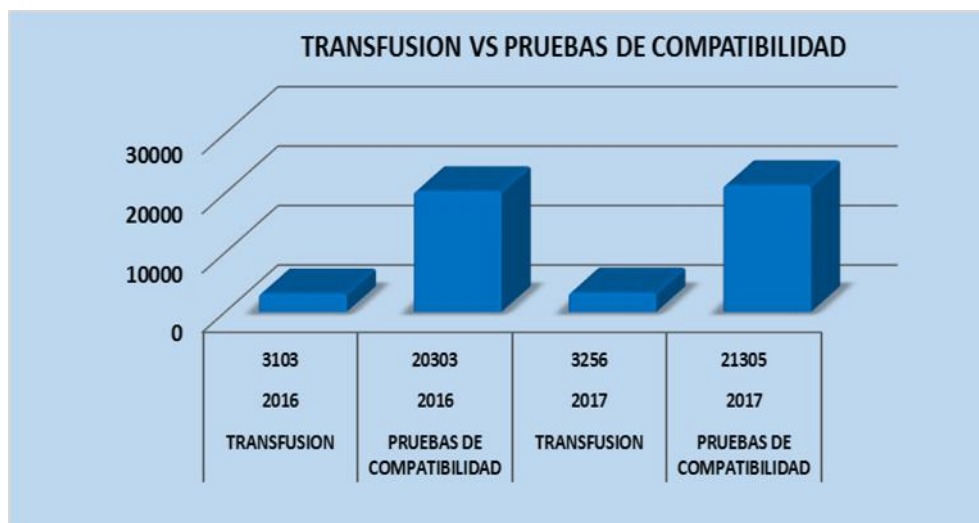
El concepto defectos en la conservación se refiere a los hemocomponentes que egresaron del Servicio de Medicina Transfusional a las áreas de hospitalización y que por razones diversas no fueron transfundidos y sobre todo no conservados apropiadamente. Estas unidades se regresan generalmente a nuestro servicio y les damos Destino Final por las horas o días transcurridos desde su salida.

La reducción en el año 2017 comparada con la de 2016 es resultado de acciones directas con el personal de enfermería y supervisoras de área con las que se mantiene contacto regularmente.

LABORATORIOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA Y CRIOPRESERVACIÓN

1. Se mantiene el cumplimiento apropiado de realizar estrictamente las Pruebas de Compatibilidad para la transfusión de sangre sin riesgos al respecto, a pesar del incremento sustancial en la cantidad de este tipo de pruebas y contar con la misma plantilla de personal desde hace 12 años. Es de notar en el siguiente gráfico la gran diferencia en pruebas de compatibilidad realizadas para transfundir sangre y las transfusiones de facto realizadas.

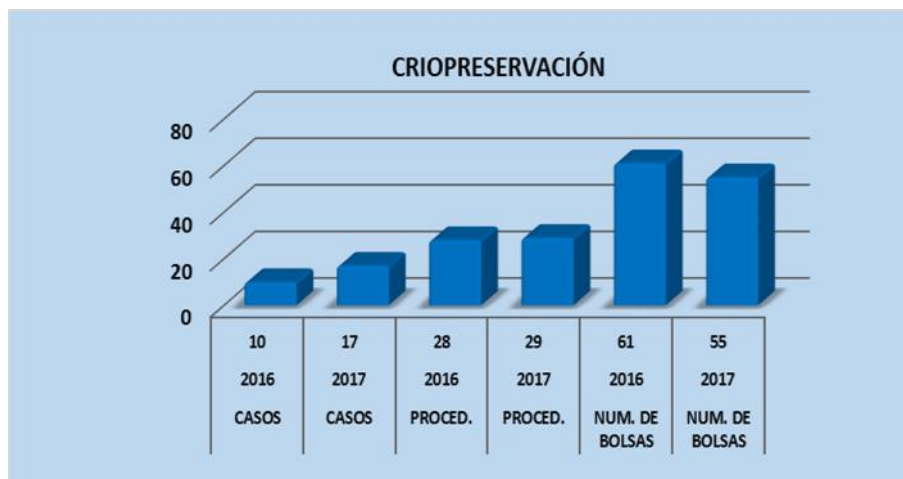
Gráfica 29



En este laboratorio se realizan además de pruebas de compatibilidad, paneles de escrutinio de anticuerpos irregulares, grupos sanguíneos y Rh de pacientes y donadores, fenotipo de Rh de pacientes y donadores, Pruebas de Coombs etc. Se realizaron un total de pruebas de 20,303 vs. 21,305, en los primeros semestres de 2016 y 2017 respectivamente.

- Se incrementó el número de casos y procedimientos que requirieron Criopreservación a menos 180 grados centígrados de las Células Progenitoras Hematopoyéticas de Sangre Periférica y de Médula Ósea. Se satisfacen las necesidades de los pacientes del Instituto para su futuro trasplante.

Gráfica 30

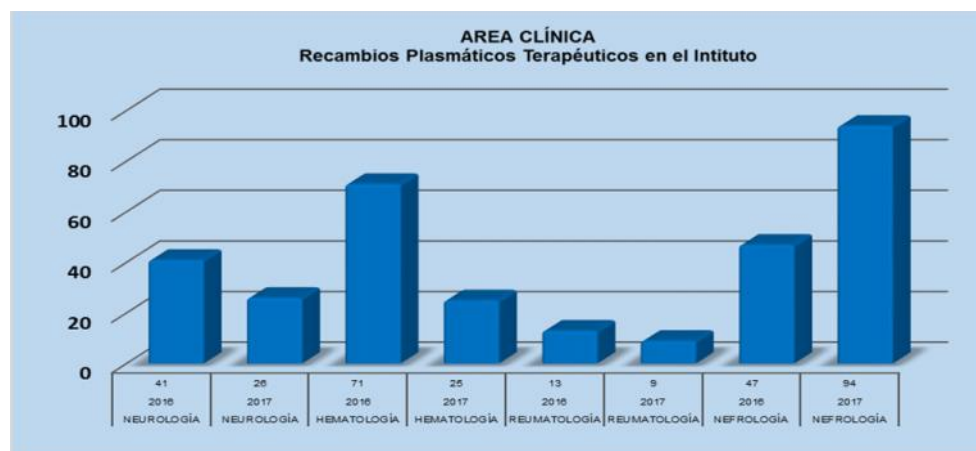


ÁREA CLÍNICA

- Es en esta área donde el Servicio de Medicina Transfusional participa activamente en acciones terapéuticas satisfaciendo las necesidades de los pacientes del Instituto con padecimientos tan graves como son Guillain Barré, Miastenia Gravis, rechazos de riñones trasplantados, Púrpura Trombocitopénica Trombótica y otras microangiopatías.

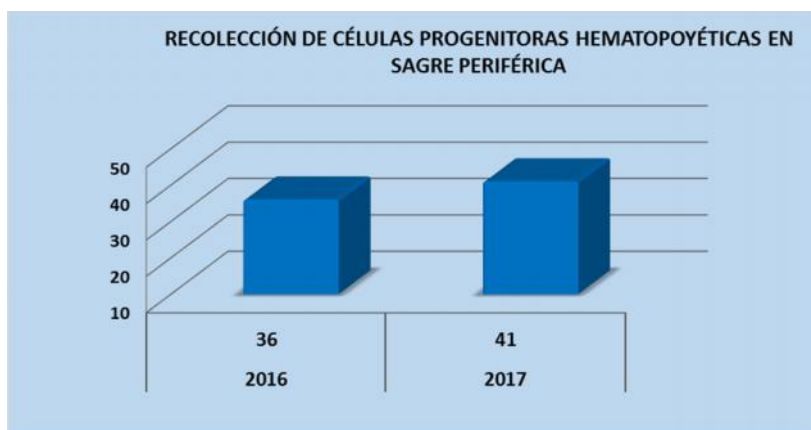
Se realizaron 378 vs 315 recambios plasmáticos terapéuticos en 2016 y 2017 respectivamente. El siguiente gráfico informa a que departamentos se les apoyó.

Gráfica 31



En esta misma área clínica se realizaron 41 y 64 recolecciones de células progenitoras hematopoyéticas de sangre periférica para trasplante en pacientes oncohematológicos, en los años 2016 y 2017, respectivamente. Es indudable el incremento en esta actividad.

Gráfica 32



CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES

- Se ha mantenido el control de calidad de los concentrados de eritrocitos. En las tablas siguientes se aprecian los requerimientos del Consejo Europeo y de la Norma Oficial Mexicana NOM 253-SSA1-2012. Es destacable mencionar que la cantidad de leucocitos totales por concentrados de eritrocitos y plaquetas es mucho menor a lo que exigen las Normas anteriores. La importancia de lo anterior radica en que la probabilidad de reacciones transfusionales no hemolíticas disminuye considerablemente. La hemólisis en los concentrados eritrocitos está muy por debajo de lo requerido.

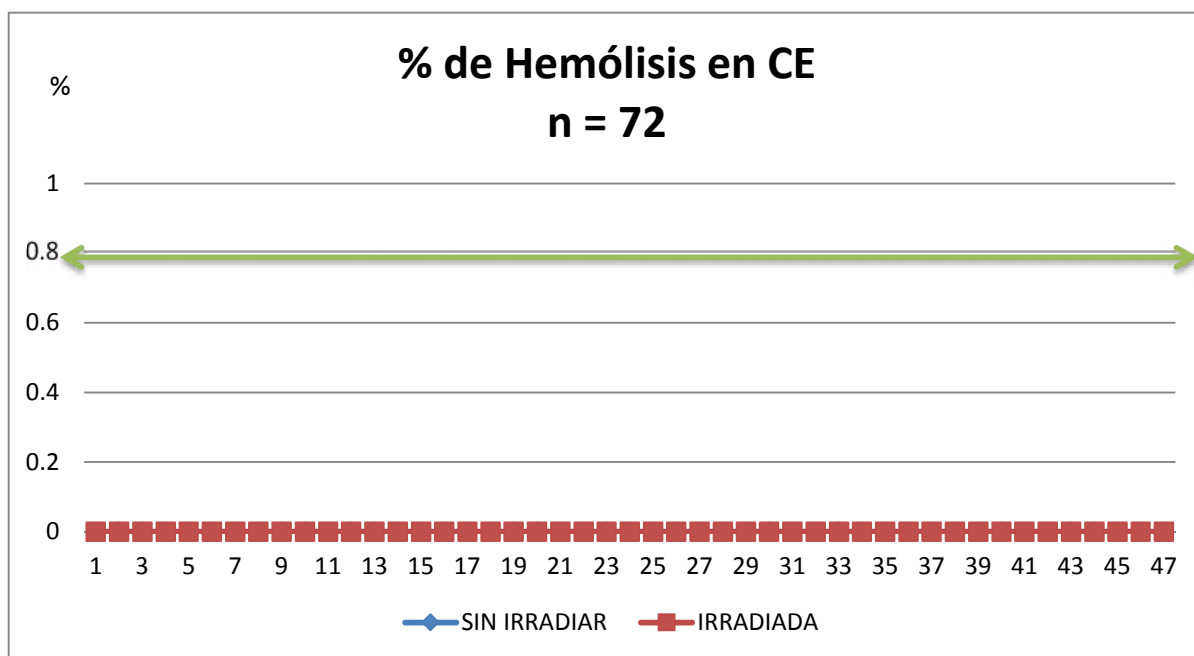
Tabla 11

| | n | VOL. (ml) | HB (g/dl) | HTO (%) | HB por Unidad | CTA. PLAQ. (K/ul) | CTA. LEUC. (K/ul) | PLAQ. TOTALES (X10 ⁹) | LEUC. TOTALES (X10 ⁹) |
|----------------------|----|-----------|-----------|---------|---------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 2016 | | | | | | | | | |
| PROM. ANUAL | 10 | 310 | 21.85 | 69.54 | 67.70 | 13.11 | 0.70 | 4.11 | 0.21 |
| MEDIANA ANUAL | 8 | 306 | 21.81 | 69.18 | 66.90 | 12.28 | 0.64 | 3.78 | 0.19 |
| 2017 | | | | | | | | | |
| PROM. ANUAL | 8 | 307 | 21 | 65 | 65 | 10 | 0.52 | 3.03 | 0.15 |
| MEDIANA ANUAL | 8 | 305 | 21 | 65 | 65 | 9 | 0.50 | 2.76 | 0.15 |

REQUISITOS DEL CONTROL DE CALIDAD

| | VOLUMEN ml | Hct % | HB g/unidad | Leucocitos cuenta/unidad |
|---|---------------|----------|----------------|-----------------------------|
| COUNCIL OF EUROPE RECOMENDATION No. (95) 15 | 280 ± 50 | 50 - 70 | mínimo 43 | ≤ 1.2 X 10 ⁹ |
| NOM-253-SSA1-2012 | ESP. FRAB. | 50 - 70 | ≥ 43 | ≤ 1.2 X 10 ⁹ |

Gráfica 33



2. La alta calidad de las unidades de plaquetas que se producen en el Instituto es destacada en las siguientes tablas. Donde notoriamente la cantidad de estas células rebasan los requerimientos de las Normas nacional e Internacional (ver plaquetas totales por Unidad). Con solo un Pool de 4 unidades de plaquetas se puede proteger a un enfermo de tener una hemorragia grave.

Tabla 12

| | | VOL. | CTA. PLAQ. | CTA. LEUC. | PLAQ. TOTALES | LEUC. TOTALES | GLOBULOS ROJOS | PH |
|---------------|----|------|------------|------------|----------------------|---------------------|----------------|------|
| 2016 | N | (ml) | (K/ul) | (K/ul) | (X10 ¹⁰) | (X10 ⁹) | | |
| PROM. ANUAL | 18 | 85 | 909.92 | 0.30 | 7.66 | 0.02 | 0.007 | 7.32 |
| MEDIANA ANUAL | 18 | 85 | 922 | 0.24 | 7.60 | 0.02 | 0.007 | 7.33 |

| | N | VOL. | CTA. PLAQ. | CTA. LEUC. | PLAQ. TOTALES | LEUC. TOTALES | GLOBULOS | PH |
|----------------------|-----------|-----------|---------------|-------------|-----------------------|----------------------|--------------|-------------|
| | | (ml) | (K/ul) | (K/ul) | (X10 ¹⁰) | (X10 ⁹) | ROJOS | |
| 2017 | | | | | | | | |
| PROM. ANUAL | 16 | 87 | 807.43 | 0.29 | 6.81 | 0.02 | 0.004 | 7.23 |
| MEDIANA ANUAL | 15 | 88 | 819 | 0.27 | 6.92 | 0.02 | 0.004 | 7.25 |

| REQUISITOS DEL CONTROL DE CALIDAD | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|---|-----------|
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS | | | | |
| | VOLUMEN | PLAQUETAS | Leucocitos res. | pH |
| | ml | cuenta/unidad | cuenta/unidad | |
| COUNCIL OF EUROPE RECOMMENDATION No. (95) 15 | > 40 por 6.0 X 10 ¹⁰ PLAQ | > 6.0 X 10 ¹⁰ | PRP: < 0.2 X 10 ⁹ BUFFY: < 0.05 X 10 ⁹ | 6.4 - 7.4 |
| NOM-253-SSA1-2012 | >40 | > 6.0 X 10 ¹⁰ | PRP: < 0.2 X 10 ⁹ BUFFY: < 0.05 X 10 ⁹ | 6.4 - 7.4 |

3. En Aféresis de plaquetas la calidad está también muy alta.

Tabla 13

| | N | VOL. | CTA. PLAQ. | CTA. LEUC. | PLAQ. TOTALES | LEUC. TOTALES | GLOBULOS | PH |
|-----------------------|---|------------|----------------|-------------|-----------------------|----------------------|--------------|-------------|
| | | (ml) | (K/ul) | (K/ul) | (X10 ¹⁰) | (X10 ⁹) | ROJOS | |
| 2016 | | | | | | | | |
| AFERESIS/ANUAL | | 281 | 1377.75 | 0.08 | 37.21 | 0.02 | 0.003 | 7.34 |

| | N | VOL. | CTA. PLAQ. | CTA. LEUC. | PLAQ. TOTALES | LEUC. TOTALES | GLOBULOS | PH |
|-----------------------|---|------------|----------------|-------------|-----------------------|----------------------|--------------|-------------|
| | | (ml) | (K/ul) | (K/ul) | (X10 ¹⁰) | (X10 ⁹) | ROJOS | |
| 2017 | | | | | | | | |
| AFERESIS/ANUAL | | 299 | 1179.91 | 0.08 | 35.50 | 0.02 | 0.003 | 7.37 |

| AFERESIS DE PLAQUETAS | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|
| | VOLUMEN | PLAQUETAS | Leucocitos res. | pH |
| | ml | cuenta/unidad | cuenta/unidad | |
| COUNCIL OF EUROPE RECOMMENDATION No. (95) 15 | > 40 por 6.0 X 10 ¹⁰ PLAQ | > 2.0 X 10 ¹¹ | < 1.0 X 10 ⁶ | 6.4 a 7.4 |
| NOM-253-SSA1-2012 | > 40 por 6.0 X 10 ¹⁰ PLAQ | > 200 X 10 ⁹ | < 1.0 X 10 ⁶ | 6.4 a 7.4 |

TELEMEDICINA



La Dirección General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán a través de la Unidad de Educación para la Salud; presenta el Sistema de Telemedicina que apoya y asesora a médicos del primer y segundo nivel de atención en materia de consejo médico, educación y promoción de la salud.

Brinda asesoría a médicos exclusivamente en los siguientes tipos de problemas:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial Sistemática
- Hepatitis
- Casos problema de Medicina en General

Actualmente hay 390 usuarios registrados para asesorías en las siguientes plataformas:

- Chat en vivo
- Telefonía
- Skype
- Correo electrónico

LOGROS Y AVANCES DE LA UNIDAD DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

En la actualidad, existe numerosa evidencia sobre el número de pacientes que sufren daños durante su proceso de atención clínica. Estos daños ocasionan consecuencias como lesiones permanentes, periodos de hospitalización prolongados e incluso la muerte.

La seguridad del paciente es un asunto de importancia en todos los países que prestan servicio de salud, el no verificar la identificación correcta del paciente, recetar antibióticos sin importar el estado subyacente del paciente, o administrar múltiples drogas sin prestar atención a las reacciones adversas puede, llegar a producir lesiones en los pacientes.

La Unidad de Mejora Continua de la Calidad se continúa trabajando en el diseño y planeación de estrategias que faciliten la detección de áreas de oportunidad, así como los riesgos que existen en la Institución para los pacientes. Participa como facilitadora en el desarrollo de proyectos de mejora y en la implementación de acciones de mejora, todo esto con el objetivo de brindar al paciente una atención con la mayor calidad, teniendo como fundamento la seguridad del paciente.

En el período del 1 de enero al 30 de junio del 2017, los logros alcanzados fueron:

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)

Metas internacionales de seguridad del paciente

- **Meta 1 “Identificar correctamente al paciente”.**

Se están desarrollando las políticas y procedimientos de la identificación correcta del paciente, a través de un grupo de trabajo multidisciplinario.

- **Meta 6 “Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas”.**

Dentro de las acciones implementadas se sigue trabajando en el reforzamiento de las medidas para prevenir caídas.

2da Jornada: “Día Institucional de Prevención de Caídas”.

Se desarrolló la 2da jornada- “Día Institucional para la Prevención de Caídas” el día 26 de mayo de 8:30 a 12:00 horas. El Consejo Técnico de Administración y Programación (COTAP) aprobó la designación del día 27 de mayo como día Institucional para la Prevención de Caídas.

Directrices básicas de la jornada.

Para el personal:

- Conocer el objetivo de la meta internacional 6.
- Valoración del grado de riesgo de caídas.
- Identificación correcta, de acuerdo al código de colores para cada uno de los pacientes.
- Llevar a cabo medidas preventivas y reportar oportunamente la identificación de factores que contribuyan a incrementar el riesgo de presentar una caída, así como dar seguimiento a su resolución.
- Documentar la información en el expediente.

Para los pacientes y familiares:

- Leer el tríptico informativo que le es entregado por trabajo social a su ingreso.
- Atender las sugerencias e información proporcionada por el personal para la prevención de caídas.
- Considerar la importancia de solicitar ayuda en todo momento, utilizando su timbre de llamado.
- Proporcionar acompañamiento al paciente y colaborar activamente en la prevención de caídas.

Las principales actividades fueron.

Difusión de la información en cada uno de los pisos de hospitalización, urgencias, terapia intensiva y estancia corta. Participó nuevamente SAMO, la botarga de semáforo, con la finalidad de recordar al personal, pacientes y familiares que el riesgo de caídas en el Instituto se clasifica en: verde como bajo riesgo, amarillo mediano riesgo y rojo alto riesgo. Se entregó a los pacientes un portacarnet con un mensaje sobre la prevención de caídas y al personal se le proporcionó un yoyo para gafete con el logo de prevención de caídas.

Sistema Único de Gestión

- Actualmente la Unidad de Mejora Continua de la Calidad se encuentra desarrollando cada una de las fases del sistema, se espera iniciar con la implementación en un corto plazo.

Código azul

- En conjunto con el grupo de trabajo multidisciplinario de código azul, se impartieron capacitaciones a todo el personal del Instituto, al 13 de junio se capacitado a 1591 personas de áreas clínicas y no clínicas.
El objetivo es proporcionar atención a los pacientes que lleguen a presentar paro cardio-respiratorio en las distintas áreas del Instituto, incluyendo al personal y público que por alguna razón estén dentro de las instalaciones del mismo.

Comité de Contraloría Social

- Como parte del desarrollo de los proyectos de mejora que ganaron en el período 2015, se requirió la conformación del comité de Contraloría Social por el proyecto: “Validación de un Modelo de Atención Integral del Paciente con Diabetes”, que realizó el Centro de Atención Integral al Paciente con Diabetes (CAIPaDi).
Este año la última sesión ordinaria se realizó el día 10 de enero del 2017.
Se efectuó una reunión extraordinaria debido a una observación realizada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el 23 de marzo del 2017, en donde se concluyeron las actividades de dicho Comité.

Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño

Dentro de este programa los avances y logros fueron:

- Sesiones grupales en el mes de febrero, los días 20 a 24, para el personal que participa en el programa de estímulos. Se brindó orientación sobre el procedimiento y evidencias solicitadas para acreditar el programa.
- Asesoría a los participantes de forma personal y/o grupal para puntualizar dudas referentes al programa.
- Se trabajó con el personal el desarrollo de los proyectos de mejora de acuerdo a los riesgos o áreas de oportunidad que identificaron en cada una de sus áreas.
- 25 proyectos de mejora están participando en el proceso de evaluación.
- Con referencia a los cursos coordinados por la Unidad de Mejora, este periodo se propuso al personal la estrategia de invitar a personal de salud externo al programa de estímulos a realizar los cursos, los resultados han sido los siguientes:

- En este periodo se inscribieron al curso Open School en el Institute for Healthcare Improvement (IHI) de los Estados Unidos, 5 participantes. La finalidad de realizar el curso es que el personal conozca y se sensibilice en temas básicos relacionados a calidad y seguridad del paciente. La Unidad participa como coordinador en sesiones personalizadas o en grupos, para orientar sobre la metodología del curso, así como en el seguimiento para que lo concluyan satisfactoriamente.
- Del curso sistema de notificación y aprendizaje de seguridad del paciente actualmente están inscritas 7 personas.
- En cuanto al curso de lavado de manos, se inscribieron 6 personas pertenecientes al programa de estímulos.

Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente

- Se aplicó durante el mes de junio la encuesta de cultura de seguridad del paciente al personal de atención a la salud. Actualmente han contestado la encuesta 355 personas de una muestra de 378. Esto es importante ya que del análisis de resultados de esta encuesta se desprenden acciones de mejora a implementar en cada una de las áreas institucionales.

Jornadas de Calidad y Seguridad del Paciente

- En conjunto con la Asociación de Químicos del INCMNSZ se realizó la 1era Jornada, con el objetivo de sensibilizar y actualizar al personal, tanto del Instituto como externo, sobre temas de calidad y seguridad del paciente. Se presentaron temas como: acreditación, farmacovigilancia, conciliación de medicamentos, hospital seguro, actualidades del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINaCEAM) y plan de calidad, evaluación integral de riesgos y problemas y Sistema Único de Gestión entre otros.

Modelo de Gestión de Calidad en Salud

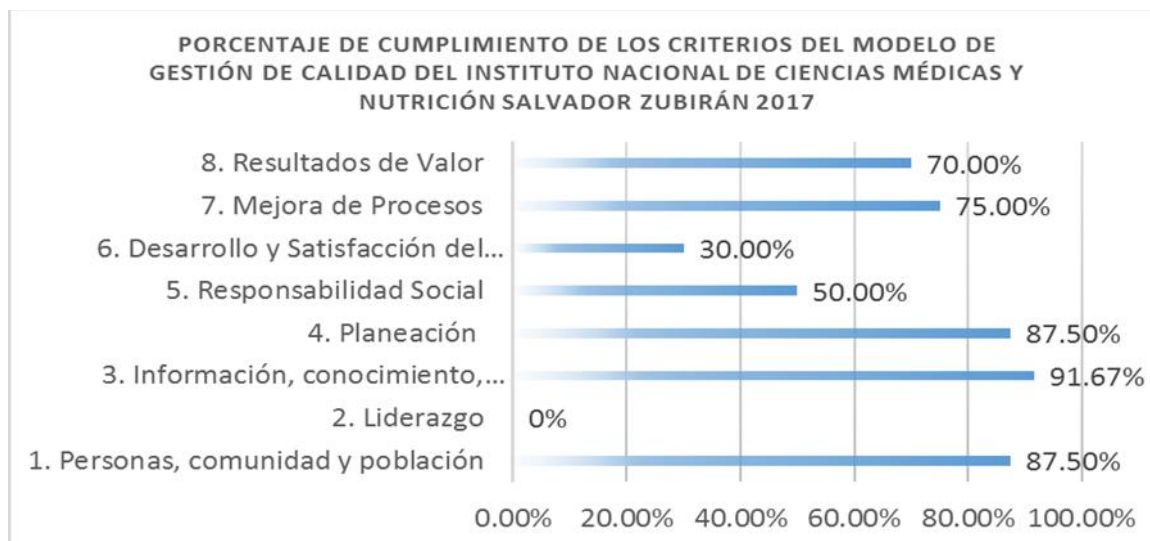
Alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud” y su estrategia 2.3.4 “Garantizar el acceso efectivo a servicio de salud de calidad, así como al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en su estrategia 2.2 “Mejorar la calidad de los servicios de salud del sistema nacional de salud; y basado en el modelo del Premio Malcolm Baldrige surge el Modelo de Gestión de Calidad en Salud.

Su objetivo es contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el impulso a la consolidación de la calidad en los establecimientos del Sector Salud.

Sus fundamentos son los siguientes: congruencia de la organización, compromiso y competencia de los dirigentes, anticiparse para la acción, participación del capital humano, enfoque sistémico, enfoque basado en procesos, desarrollo de alianzas, sistema de gestión de calidad y madurez de los sistemas de Gestión de Calidad.

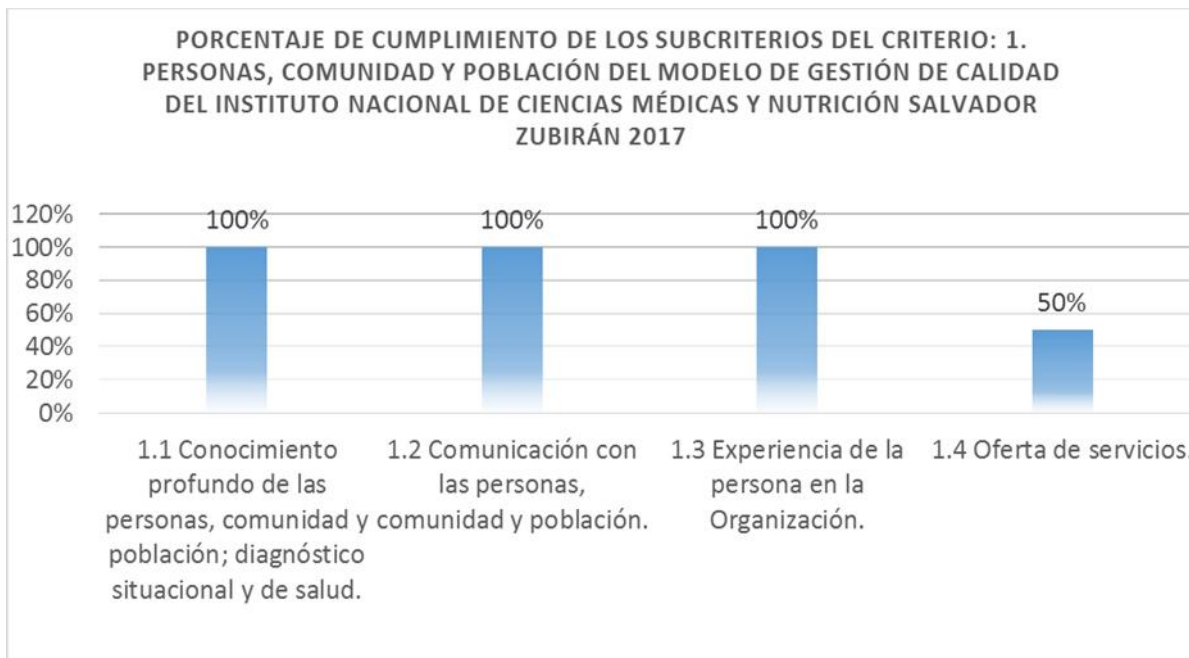
El modelo consta de 8 criterios y 36 subcriterios. Dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se realizó un ejercicio de autoevaluación, se muestran a continuación los resultados obtenidos.

Gráfica 34

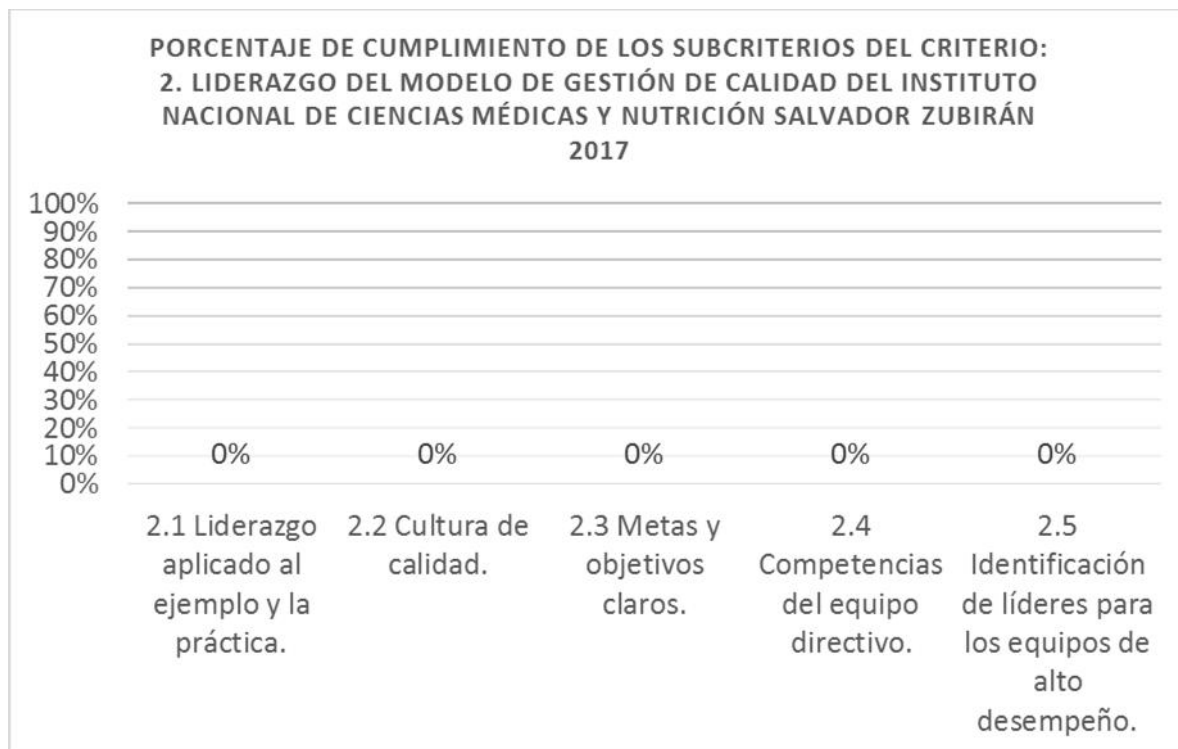


| Criterio 1 | Criterio 2 | Criterio 3 | Criterio 4 | Criterio 5 | Criterio 6 | Criterio 7 | Criterio 8 |
|--|------------|--|------------|------------------------|------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Atención centrada en la persona, comunidades y población | Liderazgo | Información, conocimiento, innovación y tecnología | Planeación | Responsabilidad social | Desarrollo y satisfacción personal | Mejora de procesos | Resultados de valor |
| 87.50 | 0 | 91.67 | 87.50 | 50.00 | 30.00 | 75.00 | 70.00 |

Gráfica 35



Gráfica 36



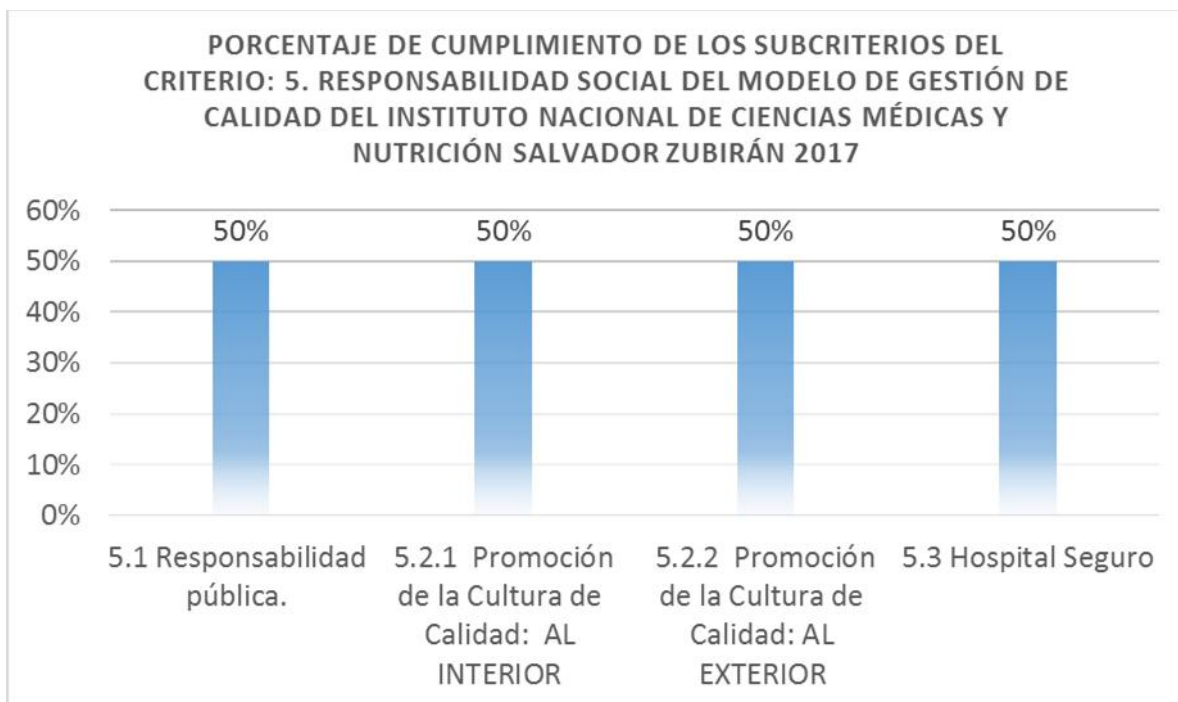
Gráfica 37



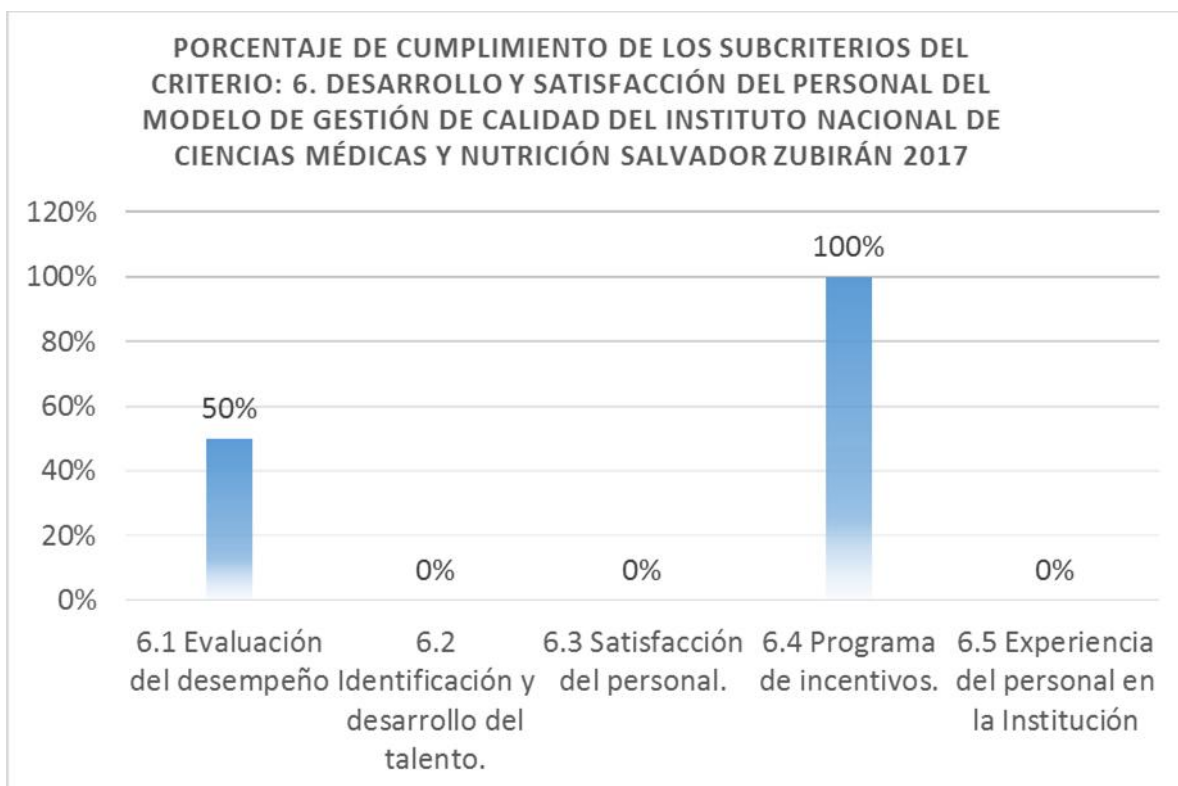
Gráfica 38



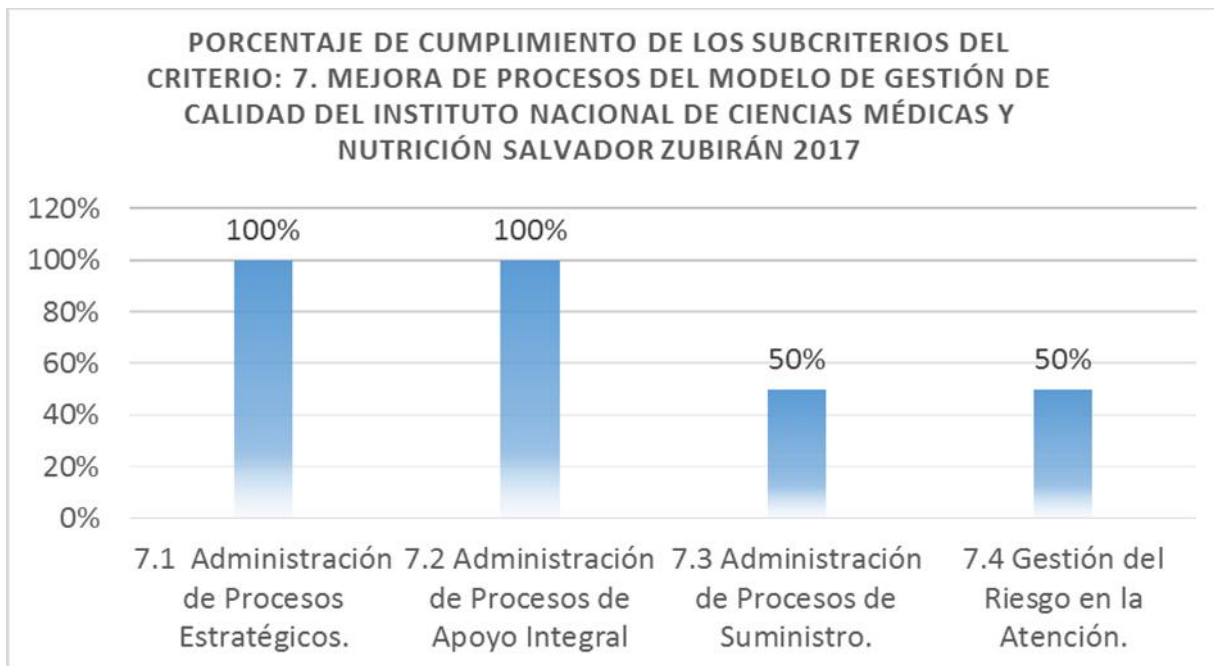
Gráfica 39



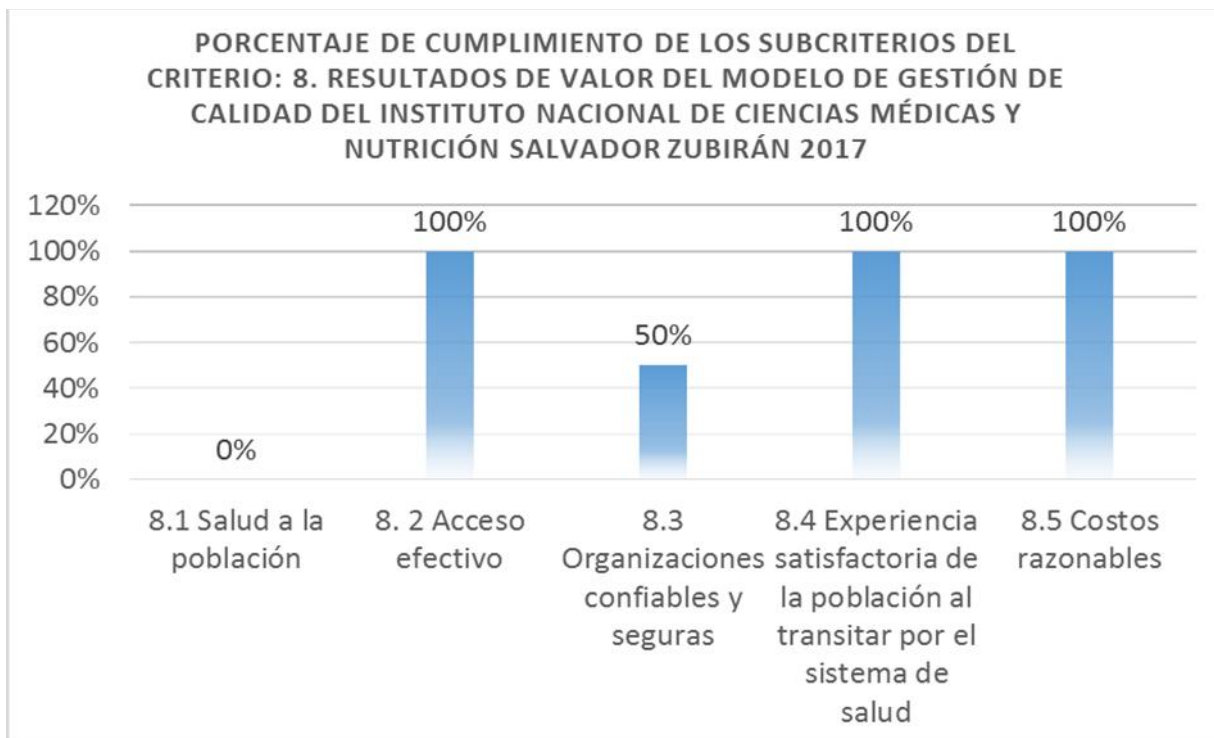
Gráfica 40



Gráfica 41



Gráfica 42





INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



Dentro del análisis de la autoevaluación detectamos que el criterio que resultó con menor puntuación fue el de liderazgo, seguido de desarrollo y satisfacción del personal.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la segunda fase es priorizar las áreas de oportunidad, para establecer de forma más efectiva la toma de decisiones. En un corto, mediano y largo plazo se planteó a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad que este modelo pueda incluirse en el plan de trabajo del Director General.

En una tercera etapa se realizará la monitorización y supervisión de las acciones de mejora implementadas.

RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍAS CLÍNICAS

El Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán continúa trabajando para la mejora continua de la atención que se otorga a los pacientes. Como parte de una estrategia interinstitucional, y alineados a la Matriz de Indicadores de Resultados 2017, se realizar dos auditorías clínicas para el periodo 2017, una por semestre.

MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO

La Diabetes Mellitus tipo 2 actualmente es una de las tres primeras causas de mortalidad a nivel nacional. Es un padecimiento que afecta principalmente a las personas adultas, sin embargo, actualmente no es excluyente de niños y adolescentes. Los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macrovascular y es cinco veces más alto cuando tiene ambas.

La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones. La principal causa de muerte de una persona con DM2 es cardiovascular.

Cuando nos referimos a pacientes hospitalizados con diabetes mellitus debemos considerar que, en la mayoría de los casos, la causa del ingreso no es la diabetes sino otra enfermedad y, frecuentemente, la diabetes es descompensada por el tratamiento de la misma. De esta forma, el paciente diabético que acude al hospital no llega en las mejores condiciones posibles y se recibe infra diagnosticado o con mal control previo, y en los infrecuentes casos en los que estaba bien, se ha descompensado por un proceso agudo y/o por la medicación del mismo. Solo un buen control garantizará la evolución satisfactoria ante una neumonía, insuficiencia cardíaca, sepsis urinaria, infarto de miocardio, etc., por no hablar del éxito quirúrgico.

Secundario a lo mencionado anteriormente, en el primer semestre, se dio continuidad a la auditoría “Manejo del paciente diabético hospitalizado”. Se consideró retomar esta auditoría debido a que en la realizada en el año 2015 no se obtuvieron los resultados esperados para las acciones implementadas.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en este período.

Tabla 14

| MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO EN EL INCMNSZ 2017 | | | | |
|--|--|------------|------------|---|
| Nº de medición | Evidencia de calidad | % Esperado | % Efectivo | |
| 1 | Identificación del diagnóstico | 85% | 98% | ↑ |
| 2 | Internamiento mínimo de 10 días | 100% | 93% | ↓ |
| 3 | Identificación de comorbilidades | 80% | 100% | ↑ |
| 4 | Indicación y realización de glucometrías preprandiales | 5% | 70% | ↑ |
| 5 | Indicación de glucometría central una vez por semana | 100% | 83% | ↓ |
| 6 | Mantenimiento de glucosa preprandial menor de 140mg | 5% | 5% | ↓ |
| 7 | Hemoglobina glucosilada en los últimos 3 meses | 75% | 25% | ↓ |
| 8 | Prescripción de dieta para diabético | 10% | 20% | ↑ |
| 9 | Esquema de insulina en órdenes médicas | 75% | 45% | ↓ |
| 10 | Ajuste dinámico de tratamiento según control | 20% | 30% | ↑ |
| 11 | Tratamiento por hipoglucemia detectada | 10% | 0% | ↓ |
| 12 | Indicaciones específicas de tratamiento al egreso | 35% | 23% | ↓ |

En la tabla se observa que de los 12 criterios seleccionados para esta auditoría clínica existe un cumplimiento superior a lo esperado en 5 de ellos, mientras que en los 8 restantes no se alcanzó el porcentaje esperado. Cabe mencionar que el porcentaje esperado es el resultado de la última medición realizada en el año 2016.

A continuación, se muestra el comportamiento de la auditoría en el periodo 2015- 2017.

Tabla 16

| MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO EN EL INCMNSZ 2015-2017 | | | | | |
|---|--|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Nº de medición | Evidencia de calidad | % Esperado | % Efectivo 2015 | % Efectivo 2016 | % Efectivo 2017 |
| 1 | Identificación del diagnóstico | 100% | 93% | 85% | 98% |
| 2 | Internamiento mínimo de 10 días | 100% | 100% | 100% | 93% |
| 3 | Identificación de comorbilidades | 100% | 100% | 80% | 100% |
| 4 | Indicación y realización de glucometrías preprandiales | 100% | 88% | 5% | 70% |
| 5 | Indicación de glucometría central una vez por semana | 90% | 88% | 100% | 83% |
| 6 | Mantenimiento de glucosa preprandial menor de 140mg | 50% | 30% | 5% | 5% |
| 7 | Hemoglobina glucosilada en los últimos 3 meses | 90% | 40% | 75% | 25% |
| 8 | Prescripción de dieta para diabético | 100% | 75% | 10% | 20% |
| 9 | Esquema de insulina en órdenes médicas | 100% | 88% | 75% | 45% |
| 10 | Ajuste dinámico de tratamiento según control | 100% | 67% | 20% | 30% |
| 11 | Tratamiento por hipoglucemia detectada | 100% | 50% | 10% | 0% |
| 12 | Indicaciones específicas de tratamiento al egreso | 100% | 50% | 35% | 23% |

Actualmente la auditoria se encuentra en la fase de planeación de las estrategias para su implementación. Debido a las problemáticas y barreras que se presentaron en el periodo de implementación anterior; es necesario considerar una mejor metodología para monitorizar el cumplimiento de las estrategias, que sea fiable y útil, de esta manera se podrá observar la mejora y detectar que nuevas áreas de oportunidad se generan.

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE ALTA MÉDICA HOSPITALARIA

Uno de los procesos más importantes dentro de la atención médica y seguridad del paciente, es el alta médica. Dentro del proceso de alta se transfiere la responsabilidad del médico que brindó atención al paciente dentro del hospital, al médico de atención primaria y al propio paciente. Los fallos dentro del proceso de atención médica, que involucran desde la planeación hasta la comunicación de las condiciones de egreso del paciente, pueden derivar en mayores reingresos, eventos adversos e insatisfacción del paciente y su familia.

El alta es un proceso complejo y multidisciplinario que debería ser especialmente minucioso en pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos, entre los que se encuentran pacientes dados de alta a casas de reposo; con hospitalizaciones muy breves; con hospitalización en los últimos 6 meses; en cuidados paliativos; con pobre red social de apoyo; con baja comprensión en relación a cuidados médicos; con consumo de sustancias; con limitada disponibilidad de transporte a controles o con polifarmacia. Así las estrategias destinadas a mejorar el proceso de alta son múltiples.

Con lo anterior, podemos observar que el alta domiciliaria es, por un lado, la culminación de todo un proceso y por otro es el inicio de una nueva etapa en la vida del paciente y sus familiares. En este sentido, tanto los unos, como los otros, cuando se aproxima la fecha del alta hospitalaria, manifiestan en mayor o menor medida un cierto grado de ansiedad derivado de la incertidumbre ante una nueva situación. Los pacientes muestran una cierta desconfianza por sentirse "menos protegidos" fuera del ámbito de las unidades hospitalarias.

Es por eso que, en el segundo semestre se llevará a cabo una auditoría relacionada al proceso de alta médica dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se tomará como base la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico, para la verificación del cumplimiento de los criterios para el alta, además de la hoja de egreso hospitalario. Se ha detectado que dentro de la nota de alta hospitalaria las indicaciones que el paciente debe seguir fuera del hospital no están descritas de forma clara, ni completa.

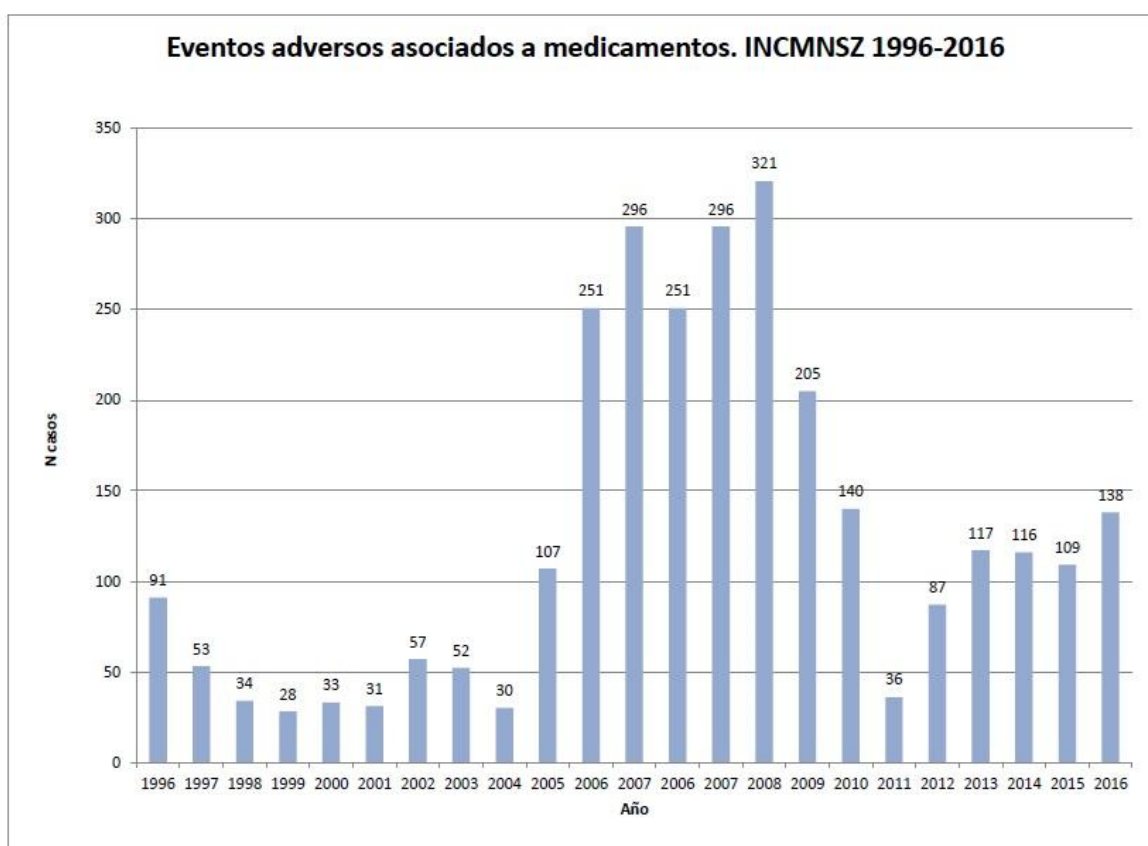
El objetivo de dicha auditoría es: medir el apego a lo solicitado para el alta médica del paciente que egresa del área de hospitalización, basado en la Norma Oficial Mexicana 004-2012, del expediente clínico.

Lo que se pretende es mejorar el proceso de egreso del paciente, con la finalidad que el mismo tenga claras las indicaciones que debe seguir fuera del área hospitalaria, sin olvidar que estos datos son un vínculo, como ya se mencionó, para la continuidad de la atención del paciente.

INFORME DEL SISTEMA DE FARMACOVIGILANCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Desde agosto del 2016 comenzó a funcionar el centro institucional de farmacovigilancia (FV) del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Antes de ello, la subdirección de Epidemiología Hospitalaria era la encargada de realizar la detección y recopilación de los eventos relacionados al uso de medicamentos en el hospital (ver gráfica 43).

Gráfica 43



Frecuencia de eventos adversos asociados a medicamentos recopilados por epidemiología hospitalaria.

Por otro lado, cada vez queda más clara la necesidad manifiesta de un sistema de detección, análisis y prevención de reacciones adversas asociadas a medicamentos (RAMs) con el propósito de incrementar la seguridad y mejorar el uso de medicamentos en un centro hospitalario. Asimismo, el INCMNSZ posee una gran diversidad de pacientes a su cuidado. La mayoría de los pacientes en dicho Instituto, se trata o fue en algún momento tratado con medios farmacológicos. Además, la complejidad del paciente del Instituto,

provoca que el tratamiento farmacológico sea de alta especialidad. Por lo anterior, la recolección de información de EAs asociados a medicamentos parece ser una necesidad. En otras palabras, los datos que podamos obtener sobre las reacciones adversas que presenten nuestros pacientes nos permitirá establecer guías de manejo adecuadas a nuestra población y protocolos encaminados a su prevención.

Con estos antecedentes en mente, se ha comenzado el trabajo de detección, recolección, análisis y retroalimentación de sospecha de RAMs (SRAMs) y RAMs que suceden en el Instituto.

Modelo del sistema de farmacovigilancia

Tomando en consideración las características de trabajo sanitario en el INCMNSZ, el modelo de FV establecido posee la cualidad de maximizar los recursos de nuestra Institución. Por ello, el sistema tendrá el modelo básico de:

Notificación de EA Análisis de EA Reporte de EA.

En la medida de lo posible se está trabajando en dos formas para la recolección de SRAMs. La primera de ellas es la vigilancia activa, donde se busca SRAMs de forma intencionada a través de la interacción con los profesionales de la salud y por medio de la búsqueda sistemática en el expediente electrónico. La segunda es la vigilancia pasiva en la que se busca la notificación espontánea de SRAMs. Para mayor detalle de los modelos, ver figura 1.

Figura 1



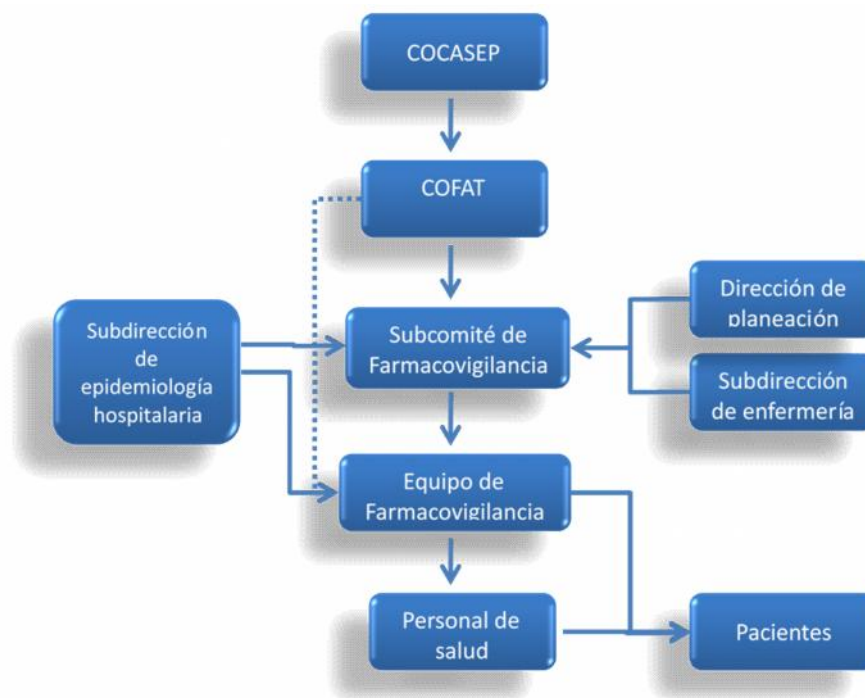
Modelos de recolección de SRAMs

Organización del sistema de farmacovigilancia

Las labores de farmacovigilancia en el INCMNSZ se encuentran colocadas dentro del marco del Comité de Farmacia y Terapéutica a través de las actividades del Subcomité de Farmacovigilancia.

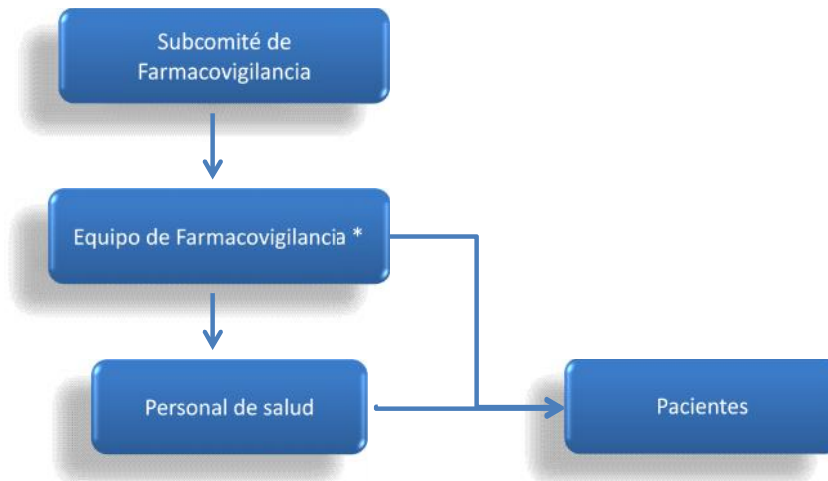
Para el desempeño del sistema se desarrolló un manual de procedimientos, así como un manual de funcionamiento del Subcomité de Farmacovigilancia. Ver figura 2 para la organización del sistema de FV.

Figura 2
Organigrama de la farmacovigilancia del INCMNSZ



La operación del sistema se basa en la interacción con el personal de salud, expediente electrónico y pacientes. Ver figura 3 para revisión de la parte operativa en farmacovigilancia.

Figura 3
Operación de la farmacovigilancia



Objetivos y programa de trabajo en farmacovigilancia

Se han establecido unos objetivos primarios y secundarios de la farmacovigilancia en el INCMNSZ.

Objetivo primario

- Mejorar la atención sanitaria y la seguridad en la administración de medicamentos en los pacientes del INCMNSZ.

Objetivos secundarios

- Identificar SRAMs e interacciones medicamentosas (evaluación riesgo-beneficio).
- Desarrollar un sistema de monitoreo.
- Promover el reporte y concientizar en la importancia de la seguridad medicamentosa.
- Favorecer el uso racional de medicamentos.

Programa de trabajo

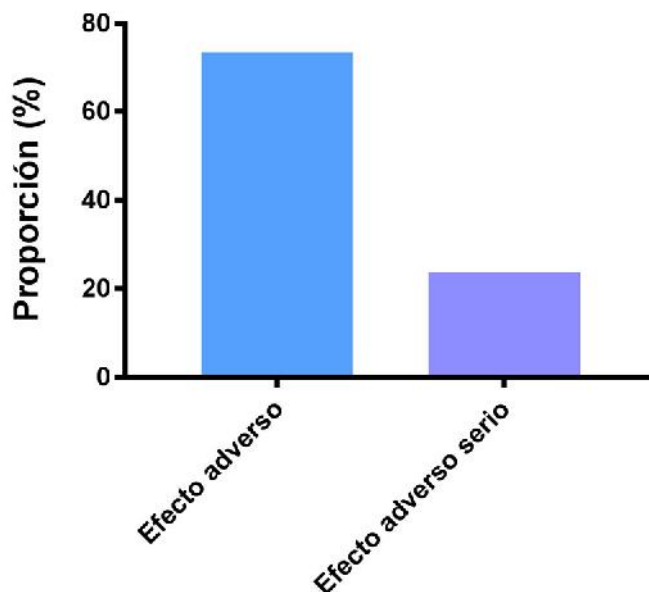
Para las actividades en farmacovigilancia dentro del INCMNSZ se ha desarrollado un programa de trabajo que abarca cuatro áreas. Dentro de cada una de éstas se encuentran acciones específicas e indicadores de cumplimiento. Ver documento anexo para programa de trabajo.

Resultados preliminares

Al momento se han recopilado y analizado 110 SRAMs. De ellas, el 23 % de SRAMs corresponden a efectos adversos catalogados como serios que fueron tratados en el Instituto (ver gráfica 44).

Gráfica 44
Operación de la farmacovigilancia

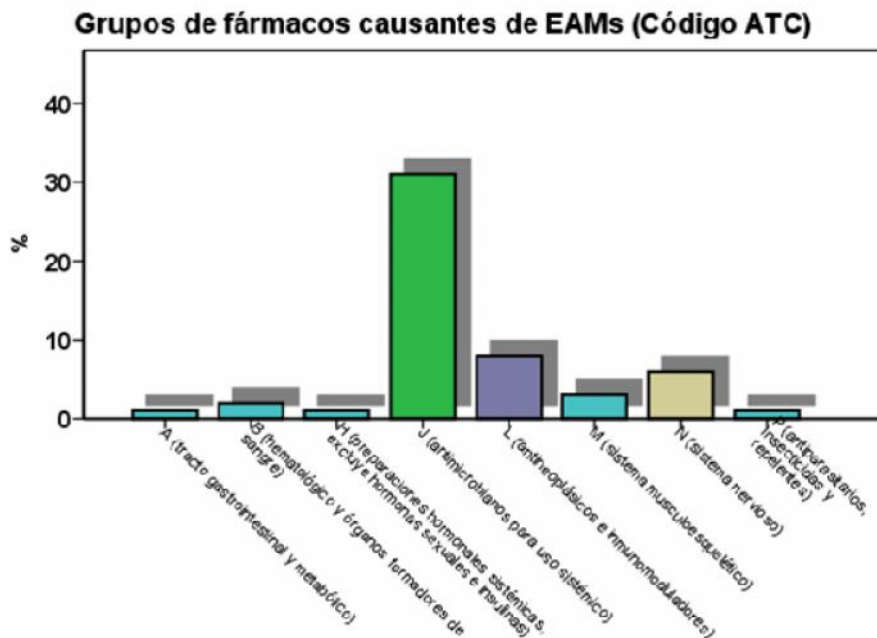
Frecuencia de efectos adversos por tipo



Frecuencia de SRAMs catalogadas como serias

Alrededor del 59% de las SRAMs fueron asociadas a los antimicrobianos de uso sistémico (ver figura 6). Asimismo, las SRAMs afectan de forma primordial al sistema hematológico (23.6%), dermatológico (21.8%) y urinario (nefrotoxicidad, 14.5%). Para mayor detalle de los sistemas afectados por SRAMs vea la gráfica 45.

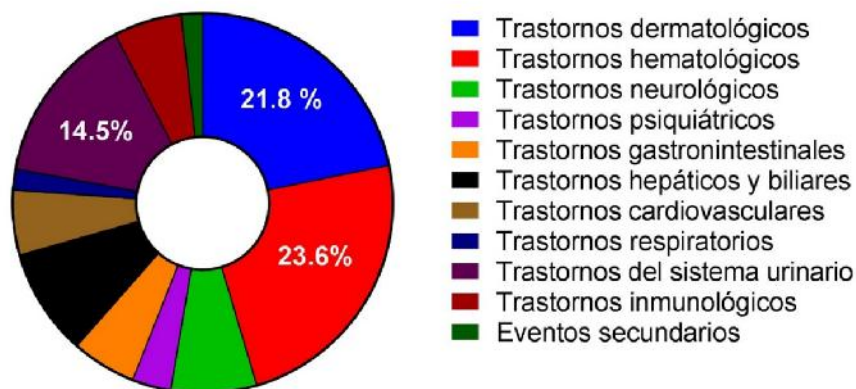
Gráfica 45



Grupos farmacológicos causantes de SRAMs

Gráfica 46

Sistema afectado por el efecto adverso asociado a medicamento (WHO-ART)

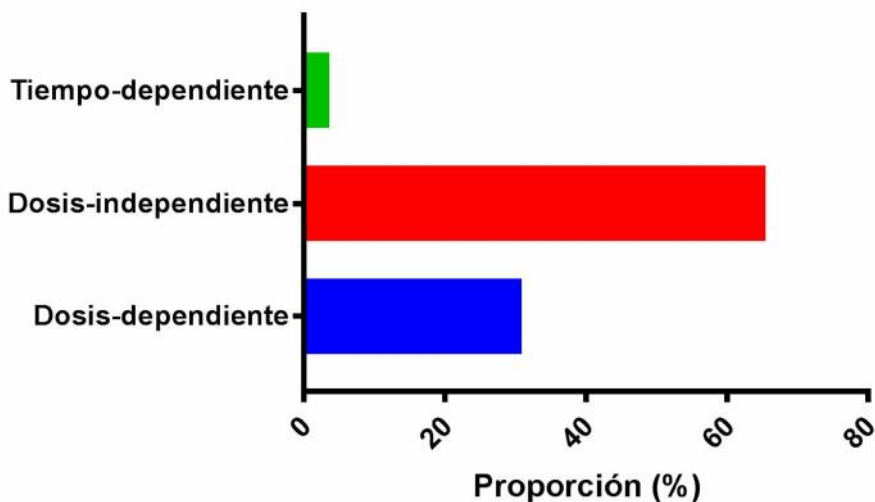


Sistemas afectados por las SRAMs analizadas

Llama la atención que aproximadamente 30% de las SRAMs pueden considerarse como dosis dependientes por lo que son susceptibles de mejora en el proceso de prescripción-administración de medicamentos (gráfica 47).

Gráfica 47

Clasificación del efecto adverso

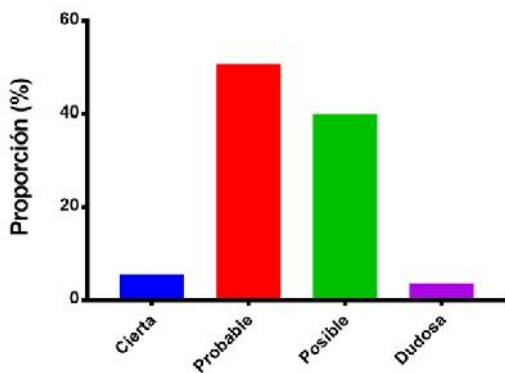


Clasificación de SRAMs de acuerdo a tipo de reacción

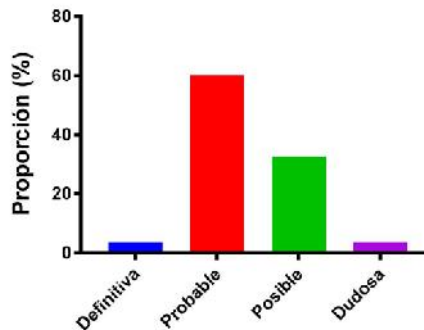
Si bien la valoración de causalidad es complicada por diversos factores, casi el 92% de las SRAMs analizadas pueden considerarse como probables y posibles (gráfica 48).

Gráfica 48

Análisis de causalidad por el esquema de la OMS



Análisis de causalidad por el esquema de Naranjo

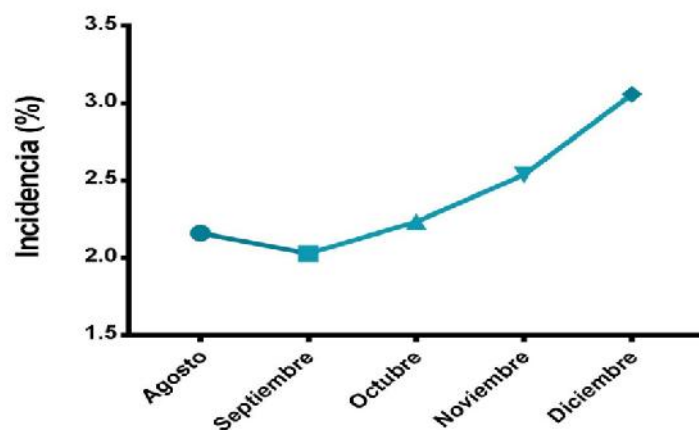


Análisis de causalidad de la SRAMs por Naranjo y OMS

Hasta el año pasado, la incidencia calculada de SRAMs en el paciente hospitalizado dentro del INCMNSZ ronda en 2.4% (figura 49), sin embargo, dicha tasa pudiera ser más elevada debido al infra reporte y a la dificultad para realizar el seguimiento de las SRAMs de forma cotidiana.

Gráfica 49

Incidencia de efectos adversos asociados a medicamentos 2016 en pacientes hospitalizados



**ADMINISTRACIÓN
ASPECTOS CUALITATIVOS**

I. CUMPLIMIENTO DE METAS DE PROGRAMAS SUSTANTIVOS

A continuación, se presentan los resultados de los indicadores de las metas programáticas que se definieron como compromisos ante la Cámara de Diputados para este Ejercicio Fiscal 2017.

Tabla 17
Metas Programáticas 2017

| INDICADOR /META PROGRAMÁTICA | PAT 2017 1° Semestre | |
|------------------------------------|----------------------|-----------|
| | PROGRAMADO | ALCANZADO |
| Egresos hospitalarios por mejoría | 92.2% | 90.8% |
| Ocupación hospitalaria | 90.0 % | 93.8 % |
| Ingresos hospitalarios programados | 51.6 % | 52.2 % |

II. COMPORTAMIENTO PRESUPUESTAL

FLUJO DE EFECTIVO Y DEVENGADO (Pesos)

El presupuesto original del ejercicio 2017 fue por \$1,819,709,660 modificándose al cierre de junio a \$1,821,154,267 debido a una ampliación líquida por \$2,000,000 en el capítulo 2000 en la partida de medicamentos y a una reducción neta en el capítulo 1000 por \$555,393.

Al cierre del segundo trimestre continuamos con la reserva que aplicó la SHCP por \$35,342,920 en las siguientes partidas presupuestales:

Tabla 18
Partidas Presupuestales

| PARTIDA | DESCRIPCIÓN | RESERVA |
|---------|--|-------------------|
| 25101 | Productos químicos básicos | 14,178,896 |
| 25301 | Medicinas y productos farmacéuticos | 11,514,892 |
| 25401 | Materiales, accesorios y sum. Médicos | 2,048,272 |
| 27101 | Vestuarios y Uniformes | 2,454,410 |
| 35401 | Instalación, reparación y mantenimiento de equipo médico | 5,146,450 |
| | TOTAL | 35,342,920 |

Del presupuesto modificado por \$1,821,154,267 en el período se devengaron \$803,202,362 y se pagaron \$747,675,896 lo que representa el 44.1% y 41.1% respectivamente, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 19
Presupuesto

| PRESUPUESTO | PROPIOS | FISCALES | TOTAL | % |
|------------------------|-------------|---------------|---------------|------|
| Original | 484,000,000 | 1,335,709,660 | 1,819,709,660 | |
| Modificado | 484,000,000 | 1,337,154,267 | 1,821,154,267 | 100% |
| Comprometido | 438,611,115 | 1,310,721,632 | 1,749,332,747 | 96% |
| Devengado | 178,016,086 | 625,186,276 | 803,202,362 | 44% |
| Ejercido CLCS | - | 615,325,816 | 615,325,816 | 34% |
| Pagado | 159,803,499 | 587,872,397 | 747,675,896 | 41% |
| Por comprometer | 45,388,886 | 26,432,635 | 71,821,520 | 4% |

Del presupuesto programado de ingresos propios por \$484,000,000 se captaron \$221,444,998 lo que representa el 45.7% del total de ingresos propios, conforme al siguiente cuadro:

Tabla 20
Presupuesto Captado

| CONCEPTO | PROGRAMADO ANUAL | PROGRAMADO AL 30-JUN-17 | CAPTADO AL 30-JUN-17 | DIFERENCIA AL 30-JUN-17 |
|--|--------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| CUOTAS DE RECUPERACIÓN: (Servicios ambulatorios, hospitalización y urgencias) | 448,592,402 | 203,429,389 | 211,454,217 | 8,024,828 |
| DIVERSOS: | 29,306,554 | 10,487,983 | 9,990,781 | -497,202 |
| Productos Financieros | 5,000,000 | 1,100,000 | 1,567,092 | 467,092 |
| Arrendamientos | 2,000,000 | 962,380 | 982,379 | 19,999 |
| Actividades Académicas | 5,000,000 | 1,000,000 | 933,869 | -66,131 |
| Donativos Inbursa | 3,000,000 | 800,000 | 1,800,000 | 1,000,000 |
| Fondo de Admón. de Proyectos | 8,000,000 | 3,000,000 | 3,202,176 | 202,176 |
| Otros | 6,306,554 | 3,625,603 | 1,505,265 | -2,120,338 |
| FIDEICOMISOS (Fondo del tabaco) | 6,101,044 | 6,101,044 | 0 | -6,101,044 |
| INGRESOS PROPIOS | 484,000,000 | 220,018,416 | 221,444,998 | 1,426,582 |

Nota: A la fecha del informe el Ingreso del Fideicomiso del Fondo del Tabaco no se ha gestionado, dado que aún se encuentran en proceso de contratación los equipos que serán financiados con éstos recursos, en virtud de haberse autorizado el Oficio de Liberación de Inversión en el mes de mayo.

En el período se devengaron bienes y servicios por \$803,202,368 lo que representa el 45.9% del presupuesto comprometido, distribuidos por capítulo de gasto y fuente de financiamiento, de la siguiente manera:

Tabla 21
Presupuesto por Capítulo de Gasto y Fuente de Financiamiento

| CAPÍTULO | PROPIOS | FISCALES | TOTALES |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1000 | 0 | 451,695,353 | 451,695,353 |
| 2000 | 103,289,636 | 155,849,130 | 259,138,766 |
| 3000 | 74,726,450 | 17,641,793 | 92,368,243 |
| TOTAL | 178,016,086 | 625,186,276 | 803,202,362 |

El presupuesto acumulado por capítulo de gasto al cierre del segundo trimestre de 2017, se muestra en el cuadro siguiente:

Tabla 22
Presupuesto Acumulado por capitulo

| CAP. | ORIGINAL A | MODIFICADO B | MODIFICADO AL PERIODO C | COMPROMETIDO D | DEVENGADO E | EJERCIDO CLCs F | PAGADO G | POR COMPROMETER B-D |
|--------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| 1000 | 1,029,466,432 | 1,028,911,039 | 427,742,303 | 1,028,911,039 | 451,695,353 | 451,695,353 | 426,493,225 | 0 |
| 2000 | 566,776,792 | 574,118,677 | 242,231,365 | 533,609,082 | 259,138,766 | 146,867,884 | 236,409,065 | 40,509,595 |
| 3000 | 223,166,436 | 211,723,507 | 78,021,561 | 186,812,626 | 92,368,243 | 16,762,579 | 84,773,606 | 24,910,882 |
| 4000 | 300,000 | 300,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300,000 |
| 5000 | 0 | 6,101,044 | 6,101,044 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6,101,044 |
| 6000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 1,819,709,660 | 1,821,154,267 | 754,096,273 | 1,749,332,747 | 803,202,362 | 615,325,816 | 747,675,896 | 71,821,520 |

Nota: Incluye adecuaciones por cambio de calendario.

1000 SERVICIOS PERSONALES.

Al cierre del segundo trimestre de 2017 se comprometió el 100% del presupuesto modificado por \$1,028,911,039. En la partida de suplencias y tiempo extraordinario se tiene un presupuesto modificado por un importe de \$23,824,745; sin embargo, se efectuó una proyección de gasto al cierre del ejercicio por \$42,681,506.00, por lo que se prevé una presión de gasto de \$15,593,816 por este concepto.

Tabla 23
Presión del Gasto

| CONCEPTO | MODIFICADO | PROYECTADO | DIFERENCIA |
|------------------------------|----------------------|------------|----------------------|
| Tiempo Extraordinario | 6,848,684.00 | * | 8,554,725 |
| Suplencias | 16,976,061.00 | ** | 34,126,781.00 |
| TOTAL | 23,824,745.00 | | 42,681,506.00 |

TIEMPO EXTRAORDINARIO

| AÑO | Autorizado Modificado | Pagado | Diferencia |
|------|-----------------------|------------|------------|
| 2013 | 10,284,660 | 9,963,488 | 321,172.00 |
| 2014 | 9,394,634.00 | 10,907,463 | -1,512,829 |
| 2015 | 8,455,170.00 | 9,683,239 | -1,228,069 |
| 2016 | 7,609,653.00 | 8,171,253 | -561,600 |
| 2017 | 6,848,684.00 | 8,554,725 | -1,706,041 |

COMPENSACIONES POR SERVICIOS EVENTUALES (Suplencias)

| AÑO | Autorizado Modificado | Pagado | Diferencia |
|------|-----------------------|---------------|-------------|
| 2013 | 24,754,239.75 | 24,783,258.35 | -29,019 |
| 2014 | 23,039,626.90 | 26,946,188.39 | -3,906,561 |
| 2015 | 20,990,131.00 | 28,616,189.05 | -7,626,058 |
| 2016 | 22,115,355.00 | 28,264,552.02 | -6,149,197 |
| 2017 | 16,976,061.00 | 34,126,781.00 | -13,887,775 |



Al cierre del mes de junio se tiene erogación por suplencias de \$18,895,671 y por tiempo extraordinario de \$4,294,897 ejerciendo un presupuesto total por \$23,190,568.00

2000 MATERIALES Y SUMINISTROS.

En este capítulo de gasto se comprometieron \$533,609,082 lo que representa el 92.9% del presupuesto modificado, la diferencia se debe a la reserva aplicada por \$30,196,470 por parte de la SHCP y que algunas partidas como material de laboratorio, sustancias químicas y vestuario se declararon desiertas, cuyo procedimiento de contratación al trimestre aún se encuentra en proceso.

3000 SERVICIOS GENERALES.

Al mes de junio de 2017 se comprometieron \$186,812,625 lo que representa el 88.2% del presupuesto modificado, la diferencia se debe a la reserva aplicada por \$ 5,146,450 por parte de la SHCP y a los mantenimientos de equipos biomédicos que salieron de garantía que aún se encuentran en proceso de contratación, así como, al pago de algunos servicios básicos como: luz, agua y teléfono.

4000 TRANSFERENCIAS, ASIGNACIONES, SUBSIDIOS Y OTRAS AYUDAS.

Este recurso está comprometido para transferirse al Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT), en el mes de noviembre 2017.

5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES.

Al cierre del segundo trimestre de 2017 no se ha ejercido el recurso, debido a que se encuentran en proceso de contratación los equipos que serán financiados con recursos del Fideicomiso del Fondo del Tabaco, debido a que el Oficio de Liberación de Inversión (OLI) se autorizó en el mes de mayo.

6000 OBRA PÚBLICA.

En el período no se programó recurso en este capítulo de gasto, sin embargo, se encuentra pendiente de concluir la obra de Patología, cuyo presupuesto no fue autorizado ejercer por DGPOP, debido a la reserva de recursos que aplicó la SHCP; por lo que el presupuesto para ésta se programará para el ejercicio 2018.

COMPARATIVO DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AL SEGUNDO TRIMESTRE 2016-2017

Tabla 24
Comparativa

| CAPITULO | MODIFICADO | | | COMPROMETIDO | | | PAGADO | | |
|--------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| | 2016 | 2017 | DIFERENCIA | 2016 | 2017 | DIFERENCIA | 2016 | 2017 | DIFERENCIA |
| 1000 | 980,702,427 | 1,028,911,039 | 48,208,612 | 980,702,427 | 1,028,911,039 | 48,208,612 | 405,130,494 | 426,493,225 | 21,362,731 |
| 2000 | 508,712,698 | 574,118,677 | 65,405,979 | 445,040,201 | 533,609,082 | 88,568,881 | 203,224,683 | 236,409,065 | 33,184,382 |
| 3000 | 256,332,283 | 211,723,507 | -44,608,776 | 220,662,019 | 186,812,626 | -33,849,394 | 86,147,152 | 84,773,606 | -1,373,546 |
| 4000 | 0 | 300,000 | 300,000 | | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 5000 | 10,163,704 | 6,101,044 | -4,062,660 | 4,062,660 | 0 | -4,062,660 | 4,062,660 | 0 | -4,062,660 |
| 6000 | 17,988,870 | 0 | -17,988,870 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 1,773,899,982 | 1,821,154,267 | 47,254,285 | 1,650,467,307 | 1,749,332,747 | 98,865,440 | 698,564,989 | 747,675,896 | 49,110,907 |

El presupuesto modificado en 2017 es mayor en 47.2 mdp en comparación con el ejercicio anterior, sin embargo, en 2017 la reserva de 35.3 mdp efectuada por la SHCP se convertirá en reducción líquida, lo que ocasionará que se incremente la presión de gasto; la diferencia en el pagado se debió a que por necesidades del servicio en el capítulo 2000 se efectuaron adelantos de calendario, para pago de medicamentos y sustancias químicas.

RECURSOS DE TERCEROS.

En el periodo se tuvo una disponibilidad Inicial de \$115,932,186 y se captaron ingresos de terceros para proyectos de Investigación por \$43,421,018 se ejercieron \$29,963,983, quedando una disponibilidad final de \$129,389,221 integrado por deudores diversos por \$304,421 y bancos por \$129,084,800 se presenta a continuación el cuadro de disponibilidades:

Tabla 25
Disponibilidades

| CUADRO DE DISPONIBILIDAD | | 2017 |
|---|----------------------|-------------|
| DISPONIBILIDAD INICIAL DEL EJERCICIO | | 115,932,186 |
| MÁS: | | |
| INGRESOS CAPTADOS ENERO-JUNIO 2017 | | 43,421,018 |
| MENOS: | | |
| GASTOS EFECTUADOS ENERO-JUNIO 2017 | | 29,963,983 |
| | CAPITULO 1000 | 7,467,682 |
| | CAPITULO 2000 | 11,047,870 |
| | CAPITULO 3000 | 10,066,502 |
| | CAPITULO 5000 | 1,381,929 |
| | CAPITULO 6000 | 0 |
| DISPONIBILIDAD FINAL | | 129,389,221 |
| MENOS: | | |
| DEUDORES DIVERSOS Y ANTICIPOS | | 304,421 |
| SALDO EN BANCOS | | 129,084,800 |



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN Plan Operativo-Financiero y Presupuestal para hacer frente al impacto de la reducción presupuestal 2017 01 de Enero al 30 de Junio de 2017

| Objetivo | Resultado Esperado | Acciones | Cronograma -Meses | | | | | | | | | | | | Avance | Medio de Verificación | |
|---|---|---|-------------------|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|----|----|---|---|--|
| | | | T-1 | | | T-2 | | | T-3 | | | T-4 | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | |
| Obtención de Recursos provenientes de gestión ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) para cubrir la presión de gasto estimada en el INCMNSZ para el cierre del Ejercicio 2017. | Que la SHCP libere la reserva por 35.3 mdp en el transcurso del ejercicio 2017. | Gestionar mensualmente la obtención de recursos mediante juntas de trabajo con la DGPOP (Dirección Administración, Subdirección de Recursos Financieros y Control Presupuestal) | | | | | | | | | | | | | | 1. Se liberó parte de la Reserva el 10/04/17 por 7.4 mdp ADE-2209 | Adecuación Autorizada en SICOP y registro presupuestal |
| | Ampliaciones Liquidadas de Enero-Diciembre por parte de la DGPOP para cubrir el Gasto de Operación del INCMNSZ, tales como: 1. Solicitud del déficit Inicial de Recursos fiscales por 16.3 mdp 2. Apoyo para garantizar con la operación del INCMNSZ. | | | | | | | | | | | | | | | 1. Se autorizó ampliación liquida el 14/05/17 por 2.0 mdp ADE-2548 para medicamentos. | Adecuación Autorizada en SICOP y registro presupuestal |
| Obtención de Recursos Propios por nuevos estudios a realizar con el equipo PET | Se estima captar por la realización de estudios con el nuevo equipo PET 1.5 mdp mismos que no están considerados en el flujo de efectivo 2017 y formarán parte de los 50.0 mdp de ingresos excedentes, autorizados por Junta de Órgano de Gobierno. | 1. Análisis de costos para determinar cuota de recuperación (Planeación) | | | | | | | | | | | | | Se están incluyendo diferentes claves en el nuevo catálogo de cuotas de recuperación, la Dirección de Planeación informa que se tiene un costo preliminar debido a que falta incluir los costos indirectos. | Catálogo de Cuotas de recuperación y Registro contable y presupuestal de los ingresos captados. | |
| | | 2. Autorización ante la SHCP para el cobro del nuevo tabulador de Cuotas de Recuperación (Planeación) | | | | | | | | | | | | | Depende de la terminación del paso 1. | | |
| | | 3. Captación de Recursos por estudios del PET (Tesorería) | | | | | | | | | | | | | Se inicia una vez autorizado el catálogo de cuotas y se realicen estudios a pacientes | | |
| Incremento de los Recursos Propios del Seguro Popular | Se estima cobrar 51.8 mdp, por parte del Seguro Popular por la prestación de servicios médicos de diversas patologías (cáncer de mama, tumor maligno de próstata, tumor maligno de testículo, linfoma no hodking, trasplante de medula ósea y hepatitis), los cuales están considerados en el Flujo de efectivo 2017. | Captura de información oportunamente, para realizar las gestiones de cobranza ante el Seguro Popular (Dirección de Medicina y Tesorería) | | | | | | | | | | | | | Se han captado 21.5 mdp del Seguro Popular por diversas patologías, de 22.4 mdp casos registrados. | Registro contable y presupuestal | |
| Reducción y optimización en el Gasto de Operación del INCMNSZ en el ejercicio 2017 | Reducción en el costo total de los mantenimientos preventivos y correctivos de equipos médicos y biomédicos del INCMNSZ por 18.2 mdp | Ingeniería Biomédica realizará el mantenimiento a 101 equipos, integrados por 90 que ya no cuentan con garantía y 11 cuyo mantenimiento se encontraba incluido en un contrato de servicios. | | | | | | | | | | | | | Se está realizando el mantenimiento mensual por parte de Ingeniería Biomédica y se disminuyó la contratación de los mismos por 10.5 mdp comparado con el ejercicio anterior. | Bitácoras de servicios realizadas por Ingeniería Biomédica, contratos | |

III. COMPORTAMIENTO DEL ESTADO FINANCIERO

BALANCE GENERAL

Cuentas de Activo

La disponibilidad que se reporta al cierre del mes de junio de 2017 es por \$62,939,161 integrada por los recursos fiscales y propios destinados a cubrir los pasivos devengados pendientes de pago. Las razones financieras de liquidez y solvencia muestran al cierre 0.94 y 1.46 (veces) respectivamente, lo cual indica que el Instituto en estos momentos cuenta con los recursos suficientes para cubrir el total de sus compromisos de manera inmediata.

En depósitos de fondos de terceros en garantía y/o administración, se reportan \$129,465,194 integrados por \$129,084,800 (99.71%) de depósitos en administración para la investigación que corresponden a proyectos de investigación y \$380,394 (0.29%) de fianzas y garantías con cheques que entregan los proveedores para garantizar su compromiso con el Instituto.

En cuentas por cobrar a corto plazo se tiene un saldo de \$16,418,545 integrado por \$4,269,053 (26.0%) que corresponde a saldos de pacientes internos y \$12,149,492 (74.0%) destinados a gasto directo de cuentas por liquidar certificadas, para cubrir los pagos por parte del Instituto al mes de junio de 2017.

En deudores diversos por cobrar a corto plazo se tiene un saldo de \$234,716 de los cuales \$224,473 (95.64%) corresponden al ejercicio 2017 y \$10,243 (4.36%) del ejercicio anterior. Los conceptos más representativos ascienden a la cantidad de \$220,722 (94.04%) que corresponden a: devolución de medicamentos a proveedor, cancelación de nómina, comisiones para diversas actividades, pago de deducibles de equipo y publicación de licitaciones.

En ingresos por recuperar a corto plazo se tiene un saldo de \$16,719,752 integrado por \$1,909,006 (11.42%) de saldos de pacientes de consulta externa (Subrogados) y \$14,810,746 (88.58%) de saldos de pacientes que estuvieron internados del ejercicio 2017 (se incluyen pacientes subrogados por \$4,756,588).

La cuenta de anticipo a proveedores por adquisición y prestación de servicios a corto plazo presenta un saldo de \$2,367,164 por concepto de medicamentos y productos químicos básicos de importación, pendientes de recibir.

Los inventarios registran un saldo al cierre del período por \$51,333,554 que representan el 18.85% del activo circulante, el cual se integra como sigue:

| Almacén | Importe | % |
|---------------------|-------------------|---------------|
| General | 17,180,290 | 33.47 |
| Servicios Generales | 321,127 | 0.62 |
| Medicamentos | 31,527,886 | 61.42 |
| Viveres | 5,840 | 0.01 |
| Ropa | 2,298,411 | 4.48 |
| Total | 51,333,554 | 100.00 |

La cuenta de fideicomisos, mandatos y contratos análogos refleja un saldo de \$30,755,917 que incluye \$26,408,713 (85.87%) del Fideicomiso para el Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado (FONAC) y el resto \$4,347,204 (14.13%) al Fideicomiso de Banamex 14548-1.

En documentos por cobrar a largo plazo se tiene un saldo total de \$120,462,107 que incluye saldos de pacientes que estuvieron internados y consulta externa, integrado de la siguiente manera \$18,502,350 (15.36%) del año 2016, \$23,501,499 (19.51%) del 2015, \$29,788,480 (24.73%) del 2014, \$22,449,148 (18.63%) del año 2013 y \$26,220,630 (21.77%) del 2012 y anteriores.

Deudores Diversos a largo plazo presenta un saldo de \$478,859 de los cuales \$22,788 (4.76%) corresponden a pagos efectuados a ex empleados del Instituto y \$456,071 (95.24%) a pago pendiente por siniestro con Casa de Cambio Maja para del año 2008.

Cuentas de Pasivo

La cuenta de servicios personales por pagar a corto plazo refleja un saldo de \$94,531 (100%) que corresponde a nómina pendiente de pago al mes de junio de 2017.

La cuenta de proveedores por pagar a corto plazo presenta un saldo de \$33,897,494 de los cuales \$17,294,564 (51.02%) corresponden a insumos, \$11,538,976 (34.04%) a contratos por servicios, \$236,052 (0.70%) a órdenes de trabajo y \$4,827,902 (14.24%) a equipo médico y de laboratorio que cubrirá el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Seguro Popular) pendientes de pago al mes de junio de 2017.

La cuenta de retenciones y contribuciones por pagar a corto plazo refleja un saldo de \$15,922,916 del cual \$15,857,177 (99.59%) corresponde a impuestos y retenciones de seguridad social y \$65,739 (0.41%) a sanciones a proveedores y pensiones alimenticias pendientes de pago al mes de junio de 2017.

Otras cuentas por pagar a corto plazo refleja un saldo de \$14,040,389 el cual está integrado por \$13,144,763 (93.62%) que corresponden a impuestos y aportaciones de seguridad social y \$895,626 (6.38%) a reembolsos, intereses nominales pendientes de reintegrar a TESOFE.

Otros pasivos diferidos a corto plazo presentan un saldo de \$33,744,034 integrado por \$12,149,492 (36.0%) de ingresos por transferencias pendientes de recibir, para la adquisición de insumos, pago de mantenimientos y servicios, \$21,594,542 (64.0%) de ingresos no cobrados por servicios de hospitalización y consulta externa (incluye pacientes subrogados por \$4,756,588).

Fondos en garantía a corto plazo muestra un saldo de \$380,394 por concepto de fianzas y garantías que entregan los proveedores, para garantizar su compromiso con el Instituto.

Fondos en administración a corto plazo presenta un saldo de \$129,084,800 el cual corresponde a los depósitos en administración para la investigación.

Otros documentos por pagar a largo plazo presenta un saldo de \$139,078 integrado por \$30,124 (21.66%) por laudos de juicios laborales resueltos y que está pendiente la solicitud de reexpedición del pago, \$108,897 (78.30%) de seguro institucional y \$57 (.04%) que serán reintegrados a la TESOFE.

En pasivos diferidos a largo plazo se presenta un saldo de \$94,241,478 que incluye saldos de pacientes que estuvieron internados y de consulta externa integrado de la siguiente manera: \$18,502,350 (19.63%) del ejercicio 2016, \$23,501,499 (24.94%) del 2015, \$29,788,481 (31.61%) del 2014 y \$22,449,148 (23.82%) del 2013.

La cuenta de otras provisiones a largo plazo refleja un saldo de \$30,755,917 que incluye \$26,408,713 (85.87%) del fideicomiso para el Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado (FONAC) y el resto \$4,347,204 (14.13%) corresponde al fideicomiso Banamex 14548-1.

Integración de la Hacienda Pública/Patrimonio Total (Cifras en pesos)

| CONCEPTO | Aportaciones del Gobierno Federal Años Anteriores | Aportaciones del Gobierno Federal del Año en Curso | Resultados de Ejercicios Anteriores | Ahorro o desahorro del Ejercicio | Superávit por Reexpresión | Revalúos | Donaciones (Incorporaciones y desincorporaciones) | Hacienda Pública/Patrimonio Total |
|--|---|--|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------|---|-----------------------------------|
| SALDOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016 | \$ 820,739,217 | \$ 49,588,840 | \$ (403,555,206) | \$ (213,208,126) | \$ 373,348,054 | \$ - | \$ 1,129,038,126 | \$ 1,755,950,905 |
| Traspaso del Resultado de Ejercicios Anteriores | - | - | (213,208,126) | 213,208,126 | - | - | - | - |
| Traspaso de las Aportaciones del Gobierno Federal del Año en Curso | 49,588,840 | (49,588,840) | - | - | - | - | - | - |
| Aportaciones del Gobierno Federal del Año en Curso | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ajuste de Activo Fijo por altas y bajas | - | - | - | - | (55,103) | - | (23,732) | (58,835) |
| Bienes muebles obtenidos con recursos de terceros | - | - | - | - | - | - | 1,129,107 | 1,129,107 |
| Bienes Inmuebles obtenidos con recursos de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Donativos en Especie | - | - | - | - | - | - | 396,152 | 396,152 |
| Adquisición de equipo por Fondo del Tabaco | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Avalúo de Edificios | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Equipamiento de la red de apoyo RAI | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ahorro o desahorro del ejercicio | - | - | - | (116,389,561) | - | - | - | (116,389,561) |
| Ajuste al Resultado de ejercicios anteriores | - | - | (116,889,745) | - | - | - | - | (116,889,745) |
| HACIENDA PÚBLICA NETO AL 30 DE JUNIO DEL 2017 | \$ 870,328,057 | \$ - | \$ (733,653,077) | \$ (116,389,561) | \$ 373,312,951 | \$ - | \$ 1,130,539,653 | \$ 1,524,138,023 |

Para el cálculo de la depreciación de Inmuebles, maquinaria y equipo, se utiliza el método de línea recta, aplicando las siguientes tasas de conformidad con los Parámetros de Estimación de Vida Útil:

Tabla 25
Guía de Vida Útil Estimada y Porcentajes de Depreciación

| Concepto | Años de Vida Útil | % |
|---|-------------------|------|
| Edificio No Habitables | 30 | 3.3 |
| Mobiliario y Equipo de Administración | 10 | 10 |
| Equipo de Cómputo y Tecnologías de la Información | 3 | 33.3 |
| Equipos y Aparatos Audiovisuales | 3 | 33.3 |
| Otro Mobiliario y Equipo Educativo y Recreativo | 5 | 20 |
| Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio | 5 | 20 |
| Equipo de Transporte | 5 | 20 |
| Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas | 10 | 10 |



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN
ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA
AL 30 DE JUNIO DEL 2017
(PESOS)

| ACTIVO CIRCULANTE | MPS ACTUAL | | MPS ANTERIOR | | PASIVO CIRCULANTE | MPS ACTUAL | | MPS ANTERIOR | |
|--|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|--|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
| | | | | | | | | | |
| EFFECTIVO Y EQUIVALENTES | 75,000 | 0.00 | 75,000 | 0.00 | CUENTAS POR PAGAR A CORTO PLAZO | 91,261.1 | 0.01 | 6,640 | 0.00 |
| BANCOS/ESCRIBANÍA | 2,296,269 | 0.29 | 3,486,911 | 0.38 | SERVICIOS PERSONALES POR PAGAR A CORTO PLAZO | 37,997,494 | 1.81 | 40,205,190 | 2.11 |
| DEPOSITOS EN ADMINISTRACION PARA LA INVESTIGACION | 125,084,800 | 6.88 | 113,865,267 | 7.01 | PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| FINANZAS Y GARANTIAS CON CREDITOS | 380,334 | 0.02 | 434,265 | 0.02 | CONTRATISTAS POR OBRAS PÚBLICAS POR PAGAR A CORTO PLAZO | 15,927,916 | 0.85 | 8,647,808 | 0.45 |
| SUMA | 133,136,703 | 7.30 | 137,661,443 | 7.22 | RETRIBUCIONES Y CONTRIBUCIONES POR PAGAR A CORTO PLAZO | 14,046,389 | 0.75 | 17,876,627 | 0.92 |
| DERECHOS A RECIBIR EFFECTIVO O EQUIVALENTES | | | | | OTRAS CUENTAS POR PAGAR A CORTO PLAZO | 53,355,330 | 3.41 | 60,894,255 | 3.19 |
| INVERSIONES FINANCIERAS DE CORTO PLAZO | 56,267,652 | 3.16 | 60,432,329 | 3.16 | PASIVOS DIFERIDOS A CORTO PLAZO | | | | |
| CUENTAS POR COBRAR A CORTO PLAZO | 16,418,545 | 0.87 | 25,728,751 | 1.35 | INGRESOS COBRADOS POR ADELANTADO A CORTO PLAZO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| DIFERIDOS INGRESOS POR COBRAR A CORTO PLAZO | 294,716 | 0.01 | 589,114 | 0.02 | OTROS PASIVOS DIFERIDOS A CORTO PLAZO | 93,744,794 | 1.80 | 97,121,587 | 1.94 |
| INGRESOS POR RECUPERAR A CORTO PLAZO | 16,719,732 | 0.89 | 15,213,456 | 0.83 | SUMA | 31,711,634 | 1.80 | 37,121,587 | 1.94 |
| OTROS DERECHOS A RECIBIR EFFECTIVO O EQUIVALENTES A CORTO PLAZO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | FONDOS Y BIENES DE TERCEROS GARANTÍA Y/O ADMINISTRACIÓN A CORTO PLAZO | | | | |
| SUMA | 92,649,445 | 4.94 | 101,741,838 | 5.33 | FONDOS EN GARANTÍA A CORTO PLAZO | 980,994 | 0.02 | 454,785 | 0.01 |
| DERECHOS A RECIBIR BIENES O SERVICIOS | | | | | FONDOS EN ADMINISTRACIÓN A CORTO PLAZO | 129,084,800 | 6.88 | 133,865,267 | 7.01 |
| ANTICIPO A PROVEEDORES POR ADQUISICIÓN DE BIENES Y PRESTACIONES | 2,367,164 | 0.13 | 0 | 0.00 | SUMA | 129,465,794 | 6.90 | 134,220,532 | 7.03 |
| ANTICIPO A PROVEEDORES POR ADQUISICIÓN DE BIENES INMUEBLES | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | TOTAL DE PASIVO CIRCULANTE | 227,144,259 | 12.11 | 282,813,375 | 12.16 |
| ANTICIPO A CONTRATISTAS POR OBRAS PÚBLICAS A CORTO PLAZO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | PASIVO NO CIRCULANTE | | | | |
| OTROS DERECHOS A RECIBIR BIENES O SERVICIOS A CORTO PLAZO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | DOCUMENTOS POR PAGAR A LARGO PLAZO | | | | |
| SUMA | 2,367,164 | 0.13 | 0 | 0.00 | OTROS DOCUMENTOS POR PAGAR A LARGO PLAZO | 139,078 | 0.01 | 36,727 | 0.00 |
| ALMACENES | | | | | PASIVOS DIFERIDOS A LARGO PLAZO | 94,242,478 | 5.02 | 99,467,811 | 5.21 |
| ALMACÉN DE MATERIALES Y SUMINISTROS DE CONSUMO | 53,333,554 | 2.74 | 55,201,279 | 2.89 | OTRAS PROVISIONES A LARGO PLAZO | 30,755,217 | 1.64 | 25,699,467 | 1.35 |
| ESTIMACIÓN POR PÉRDIDA O DETERIORO DE ACTIVOS CIRCULANTES | -7,145,123 | -0.38 | -6,944,302 | -0.36 | SUMA | 125,136,472 | 6.67 | 125,201,505 | 6.55 |
| ESTIMACIONES PARA CUENTAS INCORRIBLES POR DERECHOS A | -7,145,123 | -0.38 | -6,944,302 | -0.36 | TOTAL DE PASIVO NO CIRCULANTE | 125,136,472 | 6.67 | 125,201,505 | 6.55 |
| SUMA | -7,145,123 | -0.38 | -6,944,302 | -0.36 | TOTAL PASIVO | 352,301,631 | 18.77 | 357,516,880 | 18.71 |
| TOTAL DE ACTIVOS CIRCULANTES | 212,642,938 | 14.51 | 211,880,428 | 15.07 | HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO | | | | |
| ACTIVO NO CIRCULANTE | | | | | HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO CONTRIBUIDO | | | | |
| INVERSIONES FINANCIERAS A LARGO PLAZO | | | | | APORTACIONES | | | | |
| PREVISIONES, MANDATOS Y CONTRATOS ANULADOS | 30,755,917 | 1.64 | 25,699,467 | 1.36 | PATRIMONIO O CAPITAL SOCIAL | 89,575,445 | 4.77 | 89,575,445 | 4.69 |
| SUMA | 30,755,917 | 1.64 | 25,699,467 | 1.36 | APORTACIONES DEL GOBIERNO FEDERAL DEL AÑO EN CURSO | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| DERECHOS A RECIBIR EFFECTIVO O EQUIVALENTES A LARGO PLAZO | | | | | APORTACIONES DEL GOBIERNO FEDERAL DE AÑOS ANTERIORES | 780,752,612 | 41.61 | 780,752,612 | 40.86 |
| DOCUMENTOS POR COBRAR A LARGO PLAZO | 120,462,167 | 6.42 | 119,507,440 | 7.30 | SUMA | 870,328,057 | 46.38 | 870,328,057 | 45.55 |
| DEUDORES DIVERSOS A LARGO PLAZO | 478,819 | 0.02 | 483,803 | 0.02 | DONACIONES DE CAPITAL | | | | |
| SUMA | 120,940,987 | 6.43 | 119,991,243 | 7.33 | SUPERÁVIT O DÉFICIT POR DONACIÓN | 1,180,418,099 | 60.25 | 1,180,418,099 | 59.16 |
| BIENES INMUEBLES, INFRAESTRUCTURA Y CONSTRUCCIONES EN PROCESO | | | | | SUMA | 1,180,418,099 | 60.25 | 1,180,418,099 | 59.16 |
| TERRENOS | 276,990,759 | 14.78 | 276,990,759 | 14.30 | ALICUOTACIÓN DE LA HACIENDA PÚBLICA / PATRIMONIO | | | | |
| EDIFICIOS NO HABITACIONALES | 1,496,726,261 | 71.77 | 1,496,726,261 | 70.49 | SUPERÁVIT POR REDUCCIÓN | 373,312,251 | 19.80 | 373,314,315 | 19.54 |
| CONSTRUCCIONES EN PROCESO EN BIENES DE DOMINIO PÚBLICO | 12,050,365 | 0.64 | 12,050,365 | 0.63 | SUMA | 373,312,251 | 19.89 | 373,314,315 | 19.54 |
| SUMA | 1,635,769,385 | 87.17 | 1,635,769,385 | 85.62 | HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO GENERADO | | | | |
| BIENES MUEBLES | | | | | RESULTADO DEL EJERCICIO (GASTOS) / DESAHORRO | | | | |
| MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN | 136,396,372 | 7.27 | 136,679,636 | 7.15 | AHORRO O DESAHORRO DEL EJERCICIO | -116,389,561 | -6.20 | -87,392,784 | -4.57 |
| MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO | 6,367,673 | 0.34 | 6,349,806 | 0.33 | SUMA | -116,389,561 | -6.20 | -87,392,784 | -4.57 |
| EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE LABORATORIO | 1,147,341,489 | 61.34 | 1,147,196,147 | 60.04 | RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES | | | | |
| EQUIPO DE TIPOGRAFÍA | 6,856,748 | 0.36 | 6,845,748 | 0.35 | REVALUACIÓN DE BIENES INMUEBLES | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| INQUILINERÍA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | 63,106,496 | 3.35 | 63,133,321 | 3.30 | REVALUACIÓN DE BIENES MUEBLES | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| CONFECCIONES, OBRAS DE ARTE Y OBJETOS VALIOSOS | 5,510,414 | 0.19 | 3,510,414 | 0.18 | SUMA | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| SUMA | 1,365,388,212 | 72.66 | 1,363,505,871 | 71.37 | HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO TOTAL | 1,524,138,023 | 81.23 | 1,553,051,700 | 81.29 |
| DEPRECIACIÓN DETERIORO Y AMORTIZACIÓN ACUMULADA | | | | | TOTAL DE PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA/PATRIMONIO | 1,876,439,654 | 100.00 | 1,910,568,580 | 100.00 |
| DEPRECIACIÓN ACUMULADA DE BIENES INMUEBLES | -391,371,717 | -20.86 | -389,218,433 | -20.32 | | | | | |
| DEPRECIACIÓN ACUMULADA DE BIENES MUEBLES | -1,083,431,756 | -57.74 | -1,071,409,023 | -56.08 | | | | | |
| SUMA | -1,474,803,473 | -78.60 | -1,459,709,356 | -76.40 | | | | | |
| DIFERIDO | | | | | | | | | |
| OTROS ACTIVOS DIFERIDOS | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | | | | | |
| SUMA | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | | | | | |
| ESTIMACIÓN POR PÉRDIDA O DETERIORO DE ACTIVOS NO CIRCULANTES | | | | | | | | | |
| ESTIMACIONES POR PÉRDIDA DE CUENTAS INCORRIBLES DE DOCUMENTOS | -71,944,912 | -3.83 | -82,668,289 | -4.33 | | | | | |
| SUMA | -71,944,912 | -3.83 | -82,668,289 | -4.33 | | | | | |
| TOTAL DE ACTIVOS NO CIRCULANTES | 1,604,106,026 | 85.40 | 1,622,588,322 | 84.93 | | | | | |
| TOTAL DE ACTIVOS | 1,816,748,964 | 100.00 | 1,838,668,750 | 100.00 | | | | | |

NOTA 1: LAS CUENTAS PRESUPUESTALES SE REPORTAN EN EL ANEXO ESPECÍFICO QUE ES PARTE INTEGRANTE DE ESTE INFORME FINANCIERO

| CUENTAS DE ORDEN | |
|-------------------------------------|---------------|
| FINANZAS Y GARANTÍAS COMERCIALES | 152,345,179 |
| JUICIOS PENDIENTES DE RESOLUCIÓN | 71,099,165 |
| BIENES BAJO CONTRATO EN COMODATO | 61 |
| BIENES BAJO CONTRATO EN CONCESIÓN | 306,174,182 |
| PRESUPUESTO DE EGRESOS APROBADO | 1,819,769,660 |
| PRESUPUESTO DE EGRESOS POR EJECUTAR | 7,824,520 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS APROBADO | 1,444,607 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS COMPLETADO | 809,887,801 |

| CUENTAS DE ORDEN | |
|--|---------------|
| PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO | 28,075,047 |
| PRESUPUESTO DE EGRESOS EJECUTADO | 27,452,419 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS PAGADO | 741,675,896 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS APROBADO | 1,819,703,660 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS POR EJECUTAR | 1,007,859,721 |
| MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO DE INGRESOS ANTERIORES | 1,444,607 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS DEVENGADO | 819,729 |
| PRESUPUESTO DE INGRESOS COMPLETADO | 809,887,801 |

C.P. MARTINIANO GARCÍA GARCÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD LABORAL

C.P. MARÍA TERESA PÉREZ ARELLANO
SUBDIRECTORA DE RECURSOS FINANCIEROS
REVISÓ

I.C. ENRIQUE FERREROS PINEDA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
AUTORIZÓ

NOTAS:

SE REGISTRAN LOS INGRESOS CONFORME A LA NIFGG SP 01 "CONTROL PRESUPUESTARIO DE LOS INGRESOS Y DE LOS GASTOS"
EL TIPO DE REGISTRO EN TERRENOS Y EDIFICIOS NO HABITACIONALES EL VALOR SEGÚN EL DICTAMEN VALUATORIO DE LA ESTIMACIÓN DEL VALOR PARA EL REGISTRO FISCAL Y CONTABILIDAD REGISTRARIAL PERMITIDO POR EL INDAERAI
"BAJO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES QUE LOS DATOS FINANCIEROS Y SUS NOTAS, SON CORRECTOS Y SON RESPONSABILIDAD DEL EMISOR RAZONABLEMENTE"

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN
ESTADO DE ACTIVIDADES
DEL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2017
(PESOS)**

INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS

| | <u>MES ACTUAL</u> | <u>MES ANTERIOR</u> |
|--|--------------------|---------------------|
| INGRESOS DE LA GESTIÓN | | |
| INGRESOS POR VENTA DE BIENES Y SERVICIOS DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS | 211,454,217 | 175,081,639 |
| TRANSFERENCIAS, ASIGNACIONES, SUBSIDIOS Y OTRAS AYUDAS TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIONES AL SECTOR PÚBLICO | 587,892,299 | 463,786,450 |
| OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS | | |
| INGRESOS FINANCIEROS | | |
| OTROS INGRESOS FINANCIEROS | 1,567,092 | 1,231,974 |
| OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS VARIOS | 9,307,746 | 7,529,146 |
| TOTAL DE INGRESOS | 810,221,354 | 647,629,208 |

GASTOS Y OTRAS PERDIDAS

| | | |
|--|---------------------|---------------------|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | | |
| SERVICIOS PERSONALES | 451,695,353 | 369,584,656 |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | -275,768,248 | -212,840,557 |
| SERVICIOS GENERALES | -92,495,870 | -68,989,720 |
| OTROS GASTOS Y PERDIDAS EXTRAORDINARIAS | | |
| ESTIMACIONES, DEPRECIACIONES, DETERIORO OBSOLESCENCIAS Y AMORTIZACIONES | -106,651,444 | -83,607,060 |
| TOTAL DE GASTOS Y OTRAS PERDIDAS | -926,610,915 | -735,021,993 |

AHORRO/DESAHORRO NETO DEL EJERCICIO

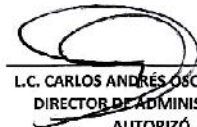
| | | |
|--|---------------------|--------------------|
| | -116,389,561 | -87,392,784 |
|--|---------------------|--------------------|



C.P. MARTINIANO GARCÍA GARCÍA
JEFE DEL DEPTO. DE CONTABILIDAD
ELABORÓ



C.P. MARÍA TERESA RAMÍREZ ARELLANO
SUBDIRECTORA DE RECURSOS FINANCIEROS
REVISÓ



L.C. CARLOS ANDRÉS OSORIO PINEDA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
AUTORIZÓ

"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARAMOS QUE LOS ESTADOS FINANCIEROS Y SUS NOTAS SON RAZONABLEMENTE CORRECTOS Y SON RESPONSABILIDAD DEL EMISOR"



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN INDICADORES BÁSICOS DE GESTIÓN COMPARATIVOS (MILES)

PERIODO: AL 30 DE JUNIO DEL 2017

SECTOR: SALUD
CLAVE: 12226

| LIQUIDEZ | ACTIVO CIRCULANTE - (DEUDORES CFEI + ANTICIPOS CFEI + ALMACENES + DEPÓSITOS EN ADMINISTRACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN + FIANZAS Y GARANTÍAS CON CHEQUE) | | VECES |
|-----------|---|----------------------------|--|
| | PASIVO CIRCULANTE - (FONDOS EN GARANTIA A CORTO PLAZO + FONDOS EN ADMINISTRACIÓN A CORTO PLAZO) | | |
| AÑO 2016 | 304,495 - (53,817 + 96,242 + 422) | 252,137 - (422 + 96,242) | 154,014 0.99 |
| | | | 155,473 |
| AÑO 2017 | 272,333 - (51,334 + 129,085 + 380) | 227,165 - (380 + 129,085) | 91,534 0.94 |
| | | | 97,700 |
| SOLVENCIA | ACTIVO CIRCULANTE - (DEUDORES CFEI + ANTICIPOS CFEI + DEPÓSITOS EN ADMINISTRACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN + FIANZAS Y GARANTÍAS CON CHEQUE) | | VECES |
| | PASIVO CIRCULANTE - (FONDOS EN GARANTIA A CORTO PLAZO + FONDOS EN ADMINISTRACIÓN A CORTO PLAZO) | | |
| AÑO 2016 | 304,495 - (96,242 + 422) | 252,137 - (422 + 96,242) | 207,831 1.34 |
| | | | 155,473 |
| AÑO 2017 | 272,333 - (129,085 + 380) | 227,165 - (380 + 129,085) | 142,868 1.46 |
| | | | 97,700 |

NOTA: Los depósitos en administración para la investigación, más fianzas y garantías con cheque, más los deudores CFEI se disminuyen del activo circulante por corresponder a aportaciones de terceros en apoyo a la investigación y enseñanza y no para cubrir el pasivo a corto plazo del Instituto.

IV.- CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD Y DISCIPLINA DEL GASTO (PROGRAMA DE AHORRO)

Los conceptos que reflejan ahorro entre lo programado y lo realizado de enero - junio del ejercicio fiscal 2017 son: gasolina con un ahorro de 7,366 litros, lo que representa el 56.59%, fotocopiado con un ahorro de 75,891 copias, lo que representa un 4.08%, y teléfono con un ahorro de 45,084 llamadas, lo que representa un 25.63%.

Tabla 26
AHORRO

| CONCEPTO Y UNIDAD DE MEDIDA | Ene-Jun 2016 Realizado | ENE-JUN 2017 | | | Ahorro | Var. % 2017 - 2016 |
|-----------------------------|------------------------|--------------|-----------|---------|-----------|--------------------|
| | | Programado | Realizado | Var. % | 2017-2016 | |
| Agua Potable (m3) | 61,252 | 58,189 | 62,535 | 7.47% | 1,283 | 2.09% |
| Energía Eléctrica (kw/hr) | 5,049,327 | 4,897,847 | 5,107,575 | 4.28% | 58,248 | 1.15% |
| Gas Natural (Mcal) | 4,147,287 | 4,022,868 | 4,390,601 | 9.14% | 243,314 | 5.87% |
| Gasolina (Litros) | 13,017 | 12,366 | 5,651 | -54.31% | -7,366 | -56.59% |
| Fotocopiado (copia) | 1,860,216 | 1,750,000 | 1,784,325 | 1.96% | -75,891 | -4.08% |
| Teléfono (Llamadas) | 175,871 | 167,077 | 130,787 | -21.72% | -45,084 | -25.63% |

V.- PROGRAMA DE NACIONAL DE RENDICIÓN DE CUENTAS, TRANSPARENCIA Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN 2017

1.- Políticas de Transparencia

A) Por primera vez, el Instituto publicó la información relativa a las **cuarenta y ocho fracciones del artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. La información fue publicada a través del Sistema de Portales Obligaciones de Transparencia (SIPOT), hábil para tales efectos.** Después de una primera **revisión diagnóstica**, el INAI evaluó el cumplimiento del Instituto en esta materia, obteniéndose una evaluación aprobatoria de 67%, respecto al avance en el cumplimiento de estas nuevas obligaciones de transparencia.

B) Se aprobó por el Comité de Transparencia el Índice de expedientes reservados, correspondiente al periodo de enero a junio de 2017, precisándose que durante dicho periodo el Instituto no contó con expedientes clasificados como reservados. Mediante oficio UT/248/2017, de fecha 21 de julio de 2017, el Comité de Transparencia informó a la Dirección General de Enlace con Partidos Políticos, Organismos Electorales y Descentralizados del **Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales** sobre esta situación, dándose cumplimiento a la obligación prevista en el artículo 102 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

C) La Unidad de Transparencia envió al **Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales** los formatos INAI FIC, a que hace referencia el Tercero de los *Lineamientos para recabar la información de los sujetos obligados que permitan elaborar los informes anuales*, debidamente aprobados por el Comité de Transparencia, y que corresponden al cuarto trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017, con motivo del informe anual que dicho Órgano Garante rinde ante el Congreso de la Unión.

VI.- CUMPLIMIENTO DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS, EN MATERIA DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

De conformidad con los procedimientos establecidos tanto en la LFTAIP, como en la LGPDPPSO, la Unidad de Transparencia recibió y dio trámite a **449** solicitudes de información, las cuales fueron atendidas en un 100%, de acuerdo a los plazos previstos en los ordenamientos legales referidos. De manera genérica, se precisan, los temas más concurrentes, materia de dichas solicitudes de, así como el número de las mismas que fueron atendidas en cada uno de los meses.

Solicitudes Recibidas

| MES | NO. DE SOLICITUDES |
|--------------|--------------------|
| Enero | 91 |
| Febrero | 94 |
| Marzo | 80 |
| Abril | 54 |
| Mayo | 69 |
| Junio | 61 |
| Total | 449 |

| INFORMACIÓN SOLICITADA | No. SOLICITUDES | % |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|
| REMUNERACIONES | 5 | 1.1 |
| COMPRAS Y ADQUISICIONES | 15 | 3.3 |
| INFORMACIÓN GENERADA EN EL INCMNSZ | 31 | 6.9 |
| ACTIVIDADES SUSTANTIVAS DEL INCMNSZ | 37 | 8.2 |
| INFORMACIÓN REFERENTE A CONTRATOS | 6 | 1.3 |
| GASTOS | 1 | 0.2 |
| DATOS PERSONALES | 351 | 78.1 |
| OTROS RUBROS | 3 | 0.66 |
| TOTAL | 449 | 100% |

VII.- PROGRAMAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

PROGRAMAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán a través de su programa de detección oportuna y tratamiento del cáncer cérvico-uterino, trabaja permanentemente en el acceso de la población de mujeres que son atendidas en las diversas especialidades médicas y quirúrgicas que el hospital ofrece; asimismo, es posible acceder a la prueba de citología cérvico-vaginal aun cuando no se tenga registro institucional. Actualmente el Instituto ofrece la posibilidad de tratar de manera integral aquellos casos que durante el tamizaje han resultado con lesiones precursoras o pre-invasoras del cáncer del cuello uterino.

Estos tratamientos se realizan de manera diligente y ambulatoria ya que se cuenta con la infraestructura para realizar biopsias guiadas con colposcopia, crio cauterización, conización con asa diatérmica y vaporización de lesiones de vulva y vagina con láser de CO₂.

En caso de que se requiera, las pacientes son turnadas al servicio de oncología para tratamiento especializado (quirúrgico, quimioterapia o radioterapia). Sólo en caso de excepción las pacientes son referidas a otra institución ya sea por solicitud expresa de la paciente o porque así lo requiere su situación médica.

VIII. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE PRUEBAS CITOLÓGICAS Y DE DETECCIÓN DEL ADN DEL VPH PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y CÁNCER DE MAMA

Si bien puede decirse que durante la última década hemos tenido avances significativos en este aspecto, en el Instituto aún existe una población de pacientes, de magnitud aún no estimada, que después de haber presentado una citología cervical normal a su ingreso, no se incorpora a un sistema continuo de vigilancia y detección oportuna de lesiones cervicales.

De acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales, el estudio citológico debe repetirse a intervalos de 3 años en mujeres que cuentan con 2-3 citologías previas normales. Sin embargo, cuando existen factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino, como los que frecuentemente presentan nuestras pacientes (tratamiento con inmunosupresores, padecimientos crónicos y/o con alteraciones inmunológicas, etc.), es preferible reducir el intervalo de estudio a cada 6–12 meses.

En nuestro ámbito con frecuencia esta recomendación no se cumple por diversas causas, dentro de las que se encuentran la falta de información en médicos y pacientes, los múltiples gastos que las pacientes tienen que afrontar en función de su padecimiento de base y las limitaciones operativas de la Institución. Por ello, en una fase inicial de ampliación de la cobertura de los procedimientos de tamizaje proponemos asignar recursos para subsidiar los estudios de pacientes de más alto riesgo para desarrollar cáncer cérvico-uterino.

Con la implementación del Programa, el Instituto adquirió la posibilidad de realizar los diagnósticos colposcópicos e histopatológicos, así como la de proporcionar tratamiento a todas las mujeres que resultan afectadas.

En las consultas de displasias creadas para tal fin los médicos ginecólogos adscritos tanto a la Clínica de Salud Reproductiva como al Servicio de Ginecología brindan atención ambulatoria a las pacientes. La mayoría de los casos se resuelven con procedimientos de criocirugía realizados en áreas de la Consulta Externa que cuentan con equipo de colposcopia y criocirugía.

Uno de los problemas actuales radica en el hecho de que el equipo de criocirugía se encuentra deteriorado debido a su uso continuo durante más de 10 años, y por lo tanto requiere ser renovado. Los colposcopios, de igual antigüedad, todavía se encuentran en condiciones útiles para el uso clínico pero carecen de los accesorios que permiten grabar y almacenar imágenes.

Las pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado son tratadas con escisión electroquirúrgica con asa, que se practica en los quirófanos del Instituto, utilizando el sector de estancia corta para la vigilancia posoperatoria, lo cual resta flexibilidad a la programación de los procedimientos.

Ampliación de la cobertura de pruebas de mastografías para la prevención secundaria del cáncer de mama. Concretamente proponemos cubrir el costo de las mastografías que se practiquen a lo largo del año a pacientes con estados que comprometen el sistema inmunológico y a las de más escasos recursos, siempre y cuando no cuenten con dichos estudios durante el año previo.

La información también será de utilidad para que con base a la evidencia podamos valorar cuales son los criterios más apropiados para el diagnóstico y vigilancia del cáncer de mama dentro de una de las poblaciones de mujeres más vulnerables al padecimiento, y que representan un número considerable dentro del Instituto.

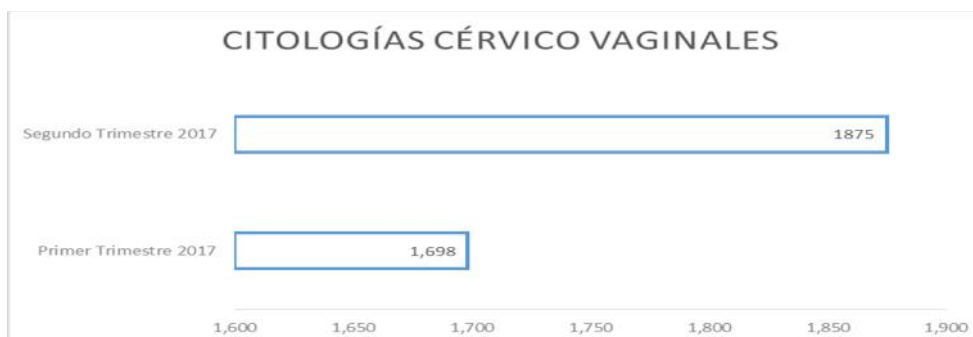
El cáncer mamario se presenta predominantemente en mujeres, constituyendo la primera causa de muerte por cáncer. Las normas nacionales e internacionales recomiendan practicar una mastografía cada 2 años a todas las mujeres cuya edad está entre los 40 y 50 años, y anualmente a las mayores de 50 años. Sin embargo, estas metas no logran alcanzarse debido a diversos factores, tales como la insuficiente motivación de la población, las limitaciones económicas y/o de acceso a servicios de salud.

Con la implementación del Programa el Instituto adquirió la posibilidad de realizar estudios complementarios a la mastografía y de ofrecer quimio y radioterapia en instalaciones especialmente dedicadas a ese fin.

Tabla 27
Estudios realizados

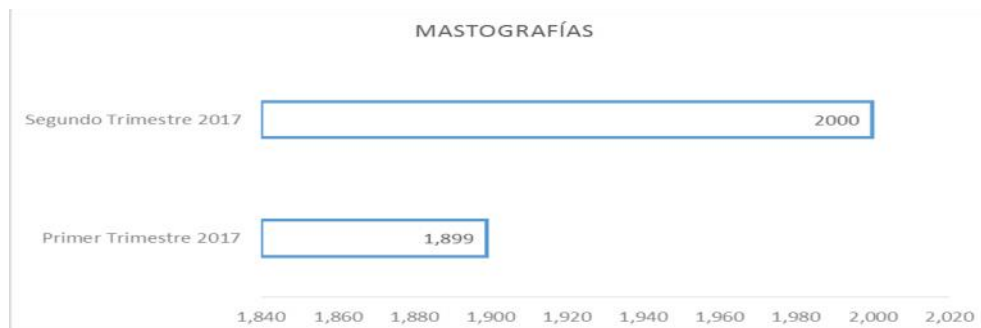
| | CITOLOGÍAS CÉRVICO VAGINALES | MASTOGRAFÍAS |
|-------------------------------|------------------------------|--------------|
| Primer Trimestre 2017 | 1,698 | 1,899 |
| Segundo Trimestre 2017 | 1,875 | 2,000 |

Gráfica 50
Estudios realizados



Durante el segundo trimestre del año se realizaron 1,875 estudios de citología cervical, de los cuales el 86% correspondió al grupo etario de 25 a 64 años (el de mayor riesgo), 12% en las mujeres mayores de 65 años, y 2% en las menores de 25 años. Se identificaron 10 nuevos casos positivos para cáncer cérvico-uterino y 138 lesiones precursoras/preinvasoras. Todas las pacientes se han tratado en la institución.

**Gráfica 51
Estudios realizados**



Durante el segundo trimestre se realizaron 2,000 mastografías, de las cuales el 74% correspondió al grupo de mujeres de mayor riesgo, con edad comprendida entre los 40 y 69 años. El 22% de estudios se efectuó a mujeres mayores de 69 años y sólo el 4% a las menores de 40 años.

IX.- INDICADORES DEL MARCO LÓGICO

Estos se incluyen en el informe de avance del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) y en la Matriz de Indicadores para Resultados MIR 2017 en el apartado de la misma sección.

X.- IMPACTO DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

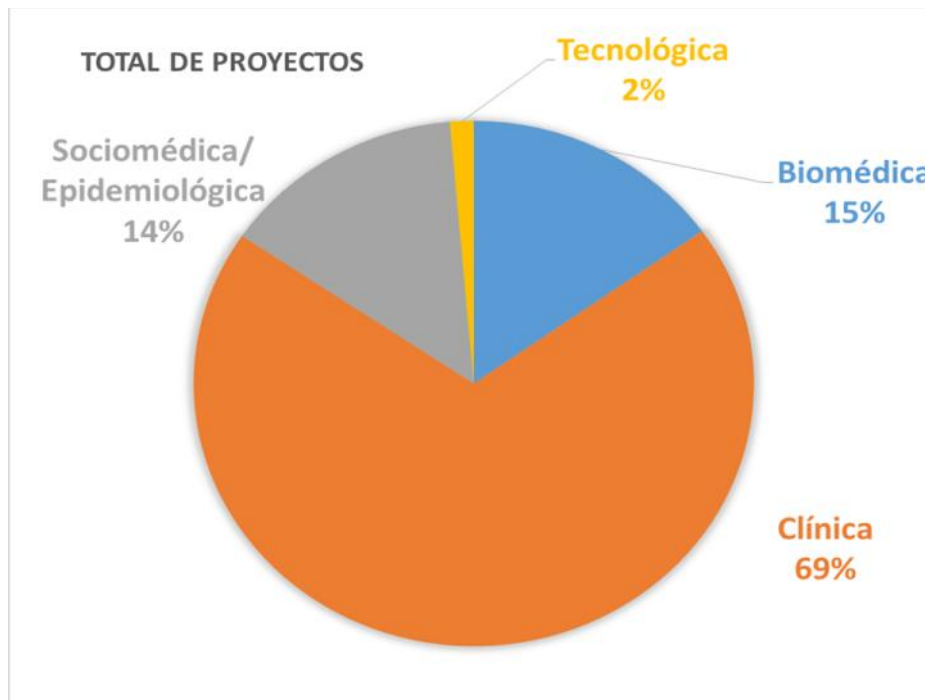
SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Informe Técnico del Avance de Proyectos de investigación

Total de Proyectos, clasificados por área de investigación.

Los **587** protocolos que iniciaron y continúan vigentes con y sin presupuesto, se clasifican en las siguientes áreas de investigación:

Gráfica 9



- 89 proyectos en el área de Investigación Biomédica.
- 407 proyectos en el área de Investigación Clínica.
- 83 proyectos en el área de Investigación Sociomédica/ Epidemiológica.
- 8 proyectos en el área de Investigación Tecnológica.

El listado de las investigaciones se presenta en el archivo “Anexos Investigación”, el cual contiene la siguiente información:

- Número de proyecto.
- Clave asignada.
- Título de la investigación.
- Investigador responsable.
- Fecha programada de inicio.
- Fecha estimada de término.
- Tipo de financiamiento.
- Situación del proyecto.
- Fecha real de término.
- Área de investigación.



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



Producción científica derivada de los proyectos de Investigación.

El Instituto logró contar con 170 publicaciones en revistas de impacto a nivel Nacional e Internacional, así como 6 libros y 55 capítulos de libros para un total de 231 productos producidos.

- 123 artículos científicos publicados en los niveles III a VII⁴⁵.
- 48 artículos científicos publicados en los niveles I y II.

⁴⁵ Los artículos publicados del grupo III-VII (123), se observa diferente a lo reportado en la Matriz de Indicadores para Resultados 2017 periodo enero-junio (122), debido que la información se actualizó. Sin embargo no se alteró el total de las publicaciones, permaneció en 170.

XI.- SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

CLAVE DE LA ENTIDAD: NCG

NOMBRE DE LA ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIR

EVOLUCION DEL GASTO PROGRAMABLE DE ENERO A JUNIO DE 2017

(Millones de pesos con un decimal)

| CONCEPTO | PRESUPUESTO ANUAL | | ACUMULADO AL MES DE JUNIO | | VARIACIÓN EJERCIDO/PROGRAMADO | | SEMÁFORO | | AVANCE EN % CONTRA MODIFICADO (7) = (4) / (2) |
|---------------------------------------|-------------------|----------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|---|
| | ORIGINAL (1) | MODIFICADO (2) | PROGRAMADO (3) | EJERCIDO (4) | ABSOLUTA (5) = (4) - (3) | RELATIVA (6) = (5) / (3) | MENOR GASTO | MAYOR GASTO | |
| I.- GASTO CORRIENTE | 1,819.7 | 1,815.0 | 747.9 | 747.6 | -0.3 | 0.0 | | | 41.2 |
| SERVICIOS PERSONALES | 1,029.5 | 1,028.9 | 427.7 | 426.5 | -1.2 | -0.3 | | | 41.5 |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | 566.7 | 574.1 | 242.2 | 236.4 | -5.8 | -2.4 | | | 41.2 |
| SERVICIOS GENERALES | 223.2 | 211.7 | 78.0 | 84.7 | 6.7 | 8.6 | | | 40.0 |
| OTRAS EROGACIONES | 0.3 | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | #¡DIV/0! | | | |
| II.- GASTO DE CAPITAL | 0.0 | 6.1 | 6.1 | 0.0 | -6.1 | -100.0 | | | 0.0 |
| INVERSIÓN FÍSICA | 0.0 | 6.1 | 6.1 | 0.0 | -6.1 | -100.0 | | | 0.0 |
| BIENES MUEBLES E INMUEBLES | 0.0 | 6.1 | 6.1 | 0.0 | -6.1 | -100.0 | | | 0.0 |
| OBRAS PUBLICAS | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | #¡DIV/0! | | | #¡DIV/0! |
| OTRAS EROGACIONES | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | | | |
| INVERSIÓN FINANCIERA | | | | | | | | | |
| III.- OPERACIONES AJENAS NETAS | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | | | |
| TERCEROS | | | | | 0.0 | | | | |
| RECUPERABLES | | | | | 0.0 | | | | |
| IV.- TOTAL DEL GASTO | 1,819.7 | 1,821.1 | 754.0 | 747.6 | -6.4 | -0.8 | | | 41.1 |

FUENTE DE INFORMACIÓN: INCMNSZ

Criterios de asignación de color de los semáforos.

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



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NCG

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

ANEXO II

AVANCE DEL GASTO PÚBLICO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO

PERIODO A EVALUAR DE ENERO A JUNIO DE 2017

(Millones de pesos con un decimal)

| AI | PP* | APERTURA PROGRAMÁTICA (DENOMINACIÓN DE LOS PROGRAMAS) | PRESUPUESTO ANUAL MODIFICADO 1/ | GASTO CORRIENTE | | GASTO DE CAPITAL | | GASTO TOTAL | | VARIACIÓN | | SEMÁFORO | |
|---|------|--|---------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | PROGRAMADO | EJERCIDO | PROGRAMADO | EJERCIDO | PROGRAMADO | EJERCIDO | ABSOLUTA | RELATIVA | Menor Gasto | Mayor Gasto |
| 1 | O001 | Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno | 8.7 | 2.5 | 2.4 | 0.0 | 0.0 | 2.5 | 2.4 | -0.1 | -4.0% | | |
| 2 | M001 | Actividades de Apoyo Administrativo | 30.2 | 8.8 | 9.5 | 0.0 | 0.0 | 8.8 | 9.5 | 0.7 | 8.0% | | |
| 18 | E023 | Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud | 1,285.0 | 573.5 | 552.0 | 0.0 | 0.0 | 573.5 | 552.0 | -21.5 | -3.7% | | |
| 18 | P020 | Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud | 16.8 | 0.2 | 0.2 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.2 | 0.0 | 0.0% | | |
| 19 | E010 | Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud | 83.7 | 18.1 | 44.0 | 0.0 | 0.0 | 18.1 | 44.0 | 25.9 | 143.1% | | |
| 20 | K011 | Proyectos de Infraestructura Social de Salud | 6.1 | 0.0 | 0.0 | 6.1 | 0.0 | 6.1 | 0.0 | -6.1 | -100.0% | | |
| 24 | E022 | Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud | 390.6 | 144.8 | 139.5 | 0.0 | 0.0 | 144.8 | 139.5 | -5.3 | -3.7% | | |
| T O T A L | | | 1,821.1 | 747.9 | 747.6 | 6.1 | 0.0 | 754.0 | 747.6 | -6.4 | -0.8% | | |
| TOTAL PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS "E" (PRESTACION DE SERVICIOS PUBLICOS) | | | 1,759.3 | 736.4 | 735.5 | 0.0 | 0.0 | 736.4 | 735.5 | -0.9 | 1.4 | | |
| % TPP** "E" vs TOTAL | | | 96.6 | 98.5 | 98.4 | 0.0 | #DIV/0! | 97.7 | 98.4 | 0.7 | 0.7% | | |

FUENTE DE INFORMACIÓN: INCMNSZ

AI = Actividad Institucional PP* = Programa Presupuestario, de acuerdo con el Análisis Funcional Programático Económico del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016

1/ No incluye Operaciones Ajenas Netas, y corresponde al presupuesto modificado anual

TPP** = Total Programa Presupuestario

Criterios de asignación de color de los semáforos.

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

INDICADORES DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Estos Indicadores son iguales a los de la Matriz de Indicadores para Resultados MIR 2017 reportados de acuerdo con su periodicidad a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, se presenta en la siguiente sección.

XII.- MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR) CALENDARIO 2017

Conforme al cumplimiento de los “Lineamientos y Criterios para el Registro de Indicadores Presupuestales Ejercicio 2017” se presenta la Matriz de Indicadores para Resultados MIR 2017 establecidos para los programas presupuestarios que coordina la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad CCINSHAE y que fueron reportados en el tiempo y forma acorde al calendario de reporte.

- PP E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD" CAPACITACIÓN**

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

Coordinación de Proyectos Estratégicos

ÁREA: Capacitación gerencial y administrativa
EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS PERÍODO ENERO - JUNIO 2017

Clave entidad/unidad:

NCG

Entidad/unidad:

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVAD

PP: E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD"

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| INDICADOR | Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 100.0 | 100.0 | 0.0 | 100.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada del 100 por ciento de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente los cursos de capacitación administrativa y gerencial, presentando un cumplimiento del 100 por ciento referente a lo programado. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| 2 | VARIABLE 1 Número de servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial | 82 | 55 | -27.0 | 67.1 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Es importante señalar que en la programación de metas únicamente se consideraron los cursos que tienen costo, mismos que se están reportando. Sin embargo, es importante decir que se llevaron al cabo otros de manera gratuita como son: Inducción general para el personal de nuevo Ingreso, Inducción al Servicio de Comedor, Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Clasificación y desclasificación de la información, Ética Pública, Organización y conservación de archivos, Sensibilización para la transparencia, Reforma Constitucional en Materia de Transparencia, Gobierno Abierto y Transparencia Proactiva, Claves para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Por una Vida Libre de Violencia contra las Mujeres. |
| | VARIABLE 2 Número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitación administrativa y gerencial x 100 | 82 | 55 | -27.0 | 67.1 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 3 | INDICADOR Porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 100.0 | 71.4 | -28.6 | 71.4 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada del 71.4 por ciento referente a lo programado de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial. El indicador se sitúa en semáforo color rojo. La meta se regularizara en el transcurso del periodo. |
| | VARIABLE 1 Número de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial | 7 | 5 | -2.0 | 71.4 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Es importante señalar que en la programación de metas únicamente se consideraron los cursos que tienen costo, mismos que se están reportando. Sin embargo, es importante decir que se llevaron al cabo otros de manera gratuita como son: Inducción general para el personal de nuevo Ingreso, Inducción al Servicio de Comedor, Introducción a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Clasificación y desclasificación de la información, Ética Pública, Organización y conservación de archivos, Sensibilización para la transparencia, Reforma Constitucional en Materia de Transparencia, Gobierno Abierto y Transparencia Proactiva, Claves para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Por una Vida Libre de Violencia contra las Mujeres. |
| | VARIABLE 2 Número de cursos programados en materia administrativa y gerencial x 100 | 7 | 7 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

- **PP E010 "FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD" FORMACIÓN**

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|---|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 5 | INDICADOR Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 98.5 | 99.0 | 0.5 | 100.5 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 99.0 de porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua, presentando un cumplimiento del 100.5 por ciento referente a lo programado en el segundo trimestre. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución | 1,753 | 1,804 | 51.0 | 102.9 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado x 100 | 1,780 | 1,822 | 42.0 | 102.4 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|---|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 8 | INDICADOR Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 97.2 | 105.6 | 8.4 | 108.6 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 105.6 de porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua, presentando un cumplimiento del 108.6 por ciento referente a lo programado. El indicador se sitúa en semáforo color amarillo. |
| | VARIABLE 1 Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo | 35 | 38 | 3.0 | 108.6 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. Es importante resaltar que en el auditorio principal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), se llevó a cabo; X curso internacional de cirugía " Dr. Héctor Orozco", VIII curso anual de actualidades en trasplante hepático, IV curso internacional de actualidades en anestesiología, IX coloquio de trastornos de la conducta alimentaria, IX foro internacional de medicina del dolor y paliativa, entre otros. |
| | VARIABLE 2 Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100 | 36 | 36 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 9 | INDICADOR Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 85.0 | 87.0 | 2.0 | 102.4 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ Durante el periodo, el 87 por ciento de participantes en los cursos de educación continua fueron externos; con ello se presenta un cumplimiento del 102.4 por ciento referente a lo programado en el segundo trimestre. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo | 1,513 | 1,585 | 72.0 | 104.8 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100 | 1,780 | 1,822 | 42.0 | 102.4 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--------------------------|---|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 10 | INDICADOR | Percepción sobre la calidad de los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 | 9.3 | 9.4 | 0.1 | 101.1 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 9.4 de calificación referente a la calidad percibida en los cursos de educación continua, lo cual sitúa el indicador en el semáforo de cumplimiento en color verde. |
| | VARIABLE 1 | Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos | 3,458 | 3,487 | 29.0 | 100.8 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 | Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados | 371 | 371 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--------------------------|---|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 14 | INDICADOR | Eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 97.3 | 99.6 | 2.3 | 102.4 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 99.6 por ciento de eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua, presentando un cumplimiento del 102.4 por ciento referente a lo programado. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 | Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado | 1,780 | 1,822 | 42.0 | 102.4 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 | Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado X 100 | 1,830 | 1,830 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

• PP E022 "INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD"

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 2 | INDICADOR Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 72.1 | 71.8 | -0.3 | 99.6 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 71.8 de porcentaje de artículos científicos publicados en revistas de impacto alto, presentando un cumplimiento del 99.6 por ciento referente a lo programado en el periodo. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo | 119 | 122 | 3.0 | 102.5 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo | 165 | 170 | 5.0 | 103.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |
| 3 | INDICADOR Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 | 1.0 | 0.9 | -0.1 | 90.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 0.9 de Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel. El indicador se sitúa en semáforo color amarillo. |
| | VARIABLE 1 Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII, de acuerdo a la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores) en el periodo | 119 | 122 | 3.0 | 102.5 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Referente al incremento del número total de investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (D-E-F), es debido que para el periodo 2017; se evaluaron y se promocionaron 3 investigadores en la categoría D y 4 en la categoría E, así como 2 investigadores del SNI nivel I, más de lo estimado. |
| | VARIABLE 2 Número total de investigadores con nombramiento vigente en el Sistema Institucional (D-E-F), más otros investigadores que colaboren con la institución, que sea miembro vigente en el SNI y que no tenga nombramiento de investigador del SII, en el periodo | 124 | 133 | 9.0 | 107.3 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|----------|-----------|-----------|-------------|---|
| | | ORIGINAL | ALCANZADO | ABSOLUTA | % | |
| | | (1) | (2) | (2) - (1) | (2/1) X 100 | |
| 4 | INDICADOR Porcentaje de artículos científicos en colaboración FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 60.0 | 61.8 | 1.8 | 103.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 61.8 de porcentaje de artículos científicos en colaboración, presentando un cumplimiento del 103 por ciento referente a lo programado en el periodo. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Artículos científicos institucionales publicados en revistas (grupos I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo | 99 | 105 | 6.0 | 106.1 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de artículos científicos institucionales publicados por la institución en revistas (grupos I-VII) en el periodo | 165 | 170 | 5.0 | 103.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |
| 13 | INDICADOR Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 95.6 | 94.5 | -1.1 | 98.8 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 94.5 de Porcentaje de ocupación de plazas de investigador, presentando un cumplimiento del 98.8 por ciento referente a lo programado en el periodo. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Plazas de investigador ocupadas en el año actual | 174 | 172 | -2.0 | 98.9 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Plazas de investigador autorizadas en el año actual | 182 | 182 | 0.0 | 100.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|---|----------|-----------|-----------|-------------|---|
| | | ORIGINAL | ALCANZADO | ABSOLUTA | % | |
| | | (1) | (2) | (2) - (1) | (2/1) X 100 | |
| 14 | INDICADOR Promedio de productos por investigador institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 | 1.1 | 1.1 | 0.0 | 100.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El Promedio de productos por investigador Institucional que se presenta en el periodo es de 1.1, con un cumplimiento del 100 por ciento referente a lo programado en el periodo. El indicador se sitúa en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Productos totales producidos en el periodo | 242 | 247 | 5.0 | 102.1 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de Investigadores institucionales vigentes* en el periodo | 214 | 216 | 2.0 | 100.9 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

● **PP E023 ATENCIÓN A LA SALUD**

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|----------|-----------|-----------|-------------|---|
| | | ORIGINAL | ALCANZADO | ABSOLUTA | % | |
| | | (1) | (2) | (2) - (1) | (2/1) X 100 | |
| 1 | INDICADOR Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 33.7 | 41.2 | 7.5 | 122.3 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada del 41.2 por ciento de pacientes referidos por Instituciones Públicas de Salud a los que se les abre expediente clínico institucional, lo cual sitúa al indicador en semáforo color rojo. |
| | VARIABLE 1 Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación | 959 | 1,030 | 71.0 | 107.4 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Como se ha comentado en los reportes anteriores, este servicio es otorgado según el tipo de padecimiento de los paciente referidos, lo que representa factores que difícilmente se pueden acertar en la programación, en tanto que los pacientes puedan acudir por diversas fuentes. |
| | VARIABLE 2 Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100 | 2,842 | 2,501 | -341.0 | 88.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|---|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 2 | INDICADOR Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 92.2 | 90.8 | -1.4 | 98.5 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada del 90.8 por ciento de egresos hospitalarios por mejoría y curación. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 98.5 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación | 2,436 | 2,220 | -216.0 | 91.1 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de egresos hospitalarios x 100 | 2,643 | 2,444 | -199.0 | 92.5 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 3 | INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 88.0 | 85.0 | -3.0 | 96.6 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 85 por ciento de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 96.6 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos | 1,470 | 1,407 | -63.0 | 95.7 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados x 100 | 1,671 | 1,655 | -16.0 | 99.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 4 | INDICADOR Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 80.0 | 80.0 | 0.0 | 100.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 80 por ciento de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 100 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas | 8,432 | 8,237 | -195.0 | 97.7 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de sesiones de rehabilitación realizadas x 100 | 10,540 | 10,297 | -243.0 | 97.7 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 5 | INDICADOR Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 10.7 | 10.5 | -0.2 | 98.1 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada del 10.5 por ciento de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados con respecto al total de procedimientos, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución | 6,404 | 6,709 | 305.0 | 104.8 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de procedimientos diagnósticos realizados x 100 | 59,960 | 63,971 | 4,011.0 | 106.7 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 6 | INDICADOR Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 3.7 | 3.8 | 0.1 | 102.7 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada del 3.8 por ciento de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados con respecto al total de procedimientos, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución | 434 | 474 | 40.0 | 109.2 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados x 100 | 11,780 | 12,520 | 740.0 | 106.3 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 8 | INDICADOR Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 88.1 | 87.0 | -1.1 | 98.8 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 87.5 por ciento de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 98.8 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos | 554 | 563 | 9.0 | 101.6 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN ASOCIADOS A LA VARIACIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados x 100 | 629 | 647 | 18.0 | 102.9 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|---|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 9 | INDICADOR Porcentaje de expedientes clínicos revisados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 70.0 | 71.4 | 1.4 | 102.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 71.4 por ciento de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 102 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. Es necesario mencionar que la puesta en marcha del sistema de expediente electrónico traerá por consecuencia un mejor control y apego a la NOM SSA 004. Con ello se logrará una meta más alta. |
| | VARIABLE 1 Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004 | 84 | 85 | 1.0 | 101.2 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional x 100 | 120 | 119 | -1.0 | 99.2 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|-----------------|------------------|-----------------------|------------------|--|
| | | ORIGINAL (1) | ALCANZADO (2) | ABSOLUTA (2) - (1) | % (2/1) X 100 | |
| 11 | INDICADOR Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 90.0 | 93.8 | 3.8 | 104.2 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 93.8 por ciento de ocupación hospitalaria. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 104.2 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de días paciente durante el período | 27,209 | 28,512 | 1,303.0 | 104.8 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Número de días cama durante el período x 100 | 30,227 | 30,394 | 167.0 | 100.6 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|----------|-----------|-----------|-------------|---|
| | | ORIGINAL | ALCANZADO | ABSOLUTA | % | |
| | | (1) | (2) | (2) - (1) | (2/1) X 100 | |
| 12 | INDICADOR Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 | 10.0 | 10.9 | 0.9 | 109.0 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 10.9 de promedio de días estancia. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 109.0 por ciento, situando al indicador en semáforo color amarillo. |
| | VARIABLE 1 Número de días estancia | 26,503 | 26,519 | 16.0 | 100.1 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ El aumento en el número de días estancia se debe a la gravedad o complejidad de la condición clínica de los pacientes. |
| | VARIABLE 2 Total de egresos hospitalarios | 2,643 | 2,444 | -199.0 | 92.5 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|---|----------|-----------|-----------|-------------|--|
| | | ORIGINAL | ALCANZADO | ABSOLUTA | % | |
| | | (1) | (2) | (2) - (1) | (2/1) X 100 | |
| 13 | INDICADOR Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100 | 51.0 | 50.2 | -0.8 | 98.4 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 50.2 de proporción de consultas de primera vez respecto a las preconsultas. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 98.4 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. |
| | VARIABLE 1 Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo | 2,241 | 2,008 | -233.0 | 89.6 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ Las actividades se realizaron de acuerdo a lo programado. |
| | VARIABLE 2 Número de preconsultas otorgadas en el periodo x 100 | 4,390 | 3,997 | -393.0 | 91.0 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |



INFORME SEMESTRAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL 2017



| No. de Ind. | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | META | | VARIACIÓN | | EXPLICACIÓN DE VARIACIONES |
|-------------|--|----------|-----------|-----------|-------------|---|
| | | ORIGINAL | ALCANZADO | ABSOLUTA | % | |
| | | (1) | (2) | (2) - (1) | (2/1) X 100 | |
| 14 | INDICADOR Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: $VARIABLE1 / VARIABLE2 \times 1000$ | 6.6 | 6.7 | 0.1 | 101.5 | CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL 1/ 4/ El indicador presenta una meta alcanzada de 6.7 de tasa de infección nosocomial con respecto al total de días estancia en el periodo de reporte. Referente a la meta programada, se logró un cumplimiento del 101.5 por ciento, situando al indicador en semáforo color verde. Sin embargo y debido al apego a los rubros del paquete de vigilancia de infección de vías urinarias sigue mostrando buenos resultados logrando reducir el número de infecciones asociada a las sondas. |
| | VARIABLE 1 Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte | 174 | 178 | 4.0 | 102.3 | RIESGOS PARA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE EL PROGRAMA O LA INSTITUCIÓN 2/ 4/ En este periodo, se presentó un mayor apego al paquete de vigilancia de infección de vías urinarias, disminuyendo consecuentemente las infecciones asociadas a las sondas urinarias. |
| | VARIABLE 2 Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000 | 26,503 | 26,519 | 16.0 | 100.1 | ACCIONES PARA LOGRAR LA REGULARIZACIÓN (VERIFICABLES O AUDITABLES) EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS 3/ 4/ |

XIII.- DIAGNÓSTICO DE INDICADORES DE LA MIR DE ACUERDO A LA SEMAFORIZACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METAS.

A continuación, se presentan el diagnóstico de la Matriz de Indicadores para Resultados al primer semestre 2017, acorde a la semaforización de cumplimiento establecido por la C.C.I.N.S.H.A.E. En el apartado anterior se explican las causas y los efectos que propiciaron dicho cumplimiento.

Semáforo color verde (95% a 105% de cumplimiento referente a lo programado).

PP E010 Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud

Capacitación

- Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente los cursos de capacitación administrativa y gerencial.

Formación

- Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua.
- Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua.
- Percepción sobre la calidad de la educación continua.
- Eficiencia en la captación de participantes a cursos de educación continua.

PP E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud

- Porcentaje de artículos científicos publicados de impacto alto.
- Porcentaje de artículos científicos en colaboración.
- Porcentaje de ocupación de plazas de investigador.
- Promedio de productos por investigador institucional.

PP E023 Atención a la Salud

- Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación.
- Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos.
- Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado.
- Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados.
- Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados.

- Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos.
- Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004.
- Porcentaje de ocupación hospitalaria.
- Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas.
- Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria).

Indicadores con cumplimiento de semáforo color amarillo (90% a 95% ó 105% a 110%) de cumplimiento referente a lo programado).

PP E010 Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud

Formación.

- Eficacia en la impartición de cursos de educación continua. Se rebasó la meta al ofrecer 3 cursos más de educación continua.

PP E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud

- Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel. Se rebasó la meta al contar con un número mayor de Investigadores Nacionales de Salud en comparación a lo programado. Cabe señalar que la lista del SNI se actualiza en enero de cada periodo por el CONACYT.

PP E023 Atención a la Salud

- Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta). Se rebasó la meta al ofrecer 11,076 consultas más en comparación a lo programado. Sin embargo, es debido a la demanda de los servicios.
- Promedio de días estancia. Se rebasó la meta en 0.9 puntos porcentuales a lo programado. Esto debido a la duración de estancia de los pacientes hospitalizados. Como es de saber este factor depende de la gravedad de los pacientes y difícilmente es un factor programable.

Indicadores con cumplimiento de semáforo color rojo (menor a 90% y mayor a 110%) de cumplimiento referente a lo programado).

PP E010 Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud

Capacitación

- Porcentaje cursos impartidos en materia administrativa y gerencial. El indicador se sitúa en color rojo debido a que se realizaron 5 de los 7 cursos de capacitación que se programaron. Sin embargo, en el transcurso del periodo se regularizará la meta, debido que estos dos cursos se reprogramaron para el segundo semestre.

PP E023 Atención a la Salud

- Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional. Se rebasó la meta debido a los siguientes factores: por una parte, se rebasó la meta programada en 71 pacientes más a lo programado referente pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación. Sin embargo, el factor que propicio este cumplimiento de semáforo fue debido al total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación, al presentar una disminución de 341 pacientes en comparación de lo programado. Esto debido a los filtros que se están implementando en la preconsulta.

XIV.- RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍAS CLÍNICAS

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán continúa trabajando para la mejora continua de la atención que se otorga a los pacientes. Como parte de una estrategia interinstitucional, y alineados a la Matriz de Indicadores de Resultados 2017, se realizan dos auditorías clínicas para el periodo 2017, una por semestre.

En el apartado de Atención Médica se menciona el grado de avance.

XV.- LOGROS INSTITUCIONALES

Los logros institucionales se mencionan al término de los apartados de Investigación, Enseñanza y Atención médica respectivamente.

Se comentan los logros institucionales de la Dirección de Administración:

LOGROS Y AVANCES DE LA SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Departamento de Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas.

- Implementación del módulo de cajas, sistema GRPNet.
- Se elimina dependencia de base de datos SIPAM.
- Análisis, diseño e inicio de desarrollo del módulo de subrogados, sistema GRPNet.
- Desarrollo y preparación de ambiente de pruebas de los módulos de levantamiento y control, sistema Inventarios.
- Desarrollo de la primera fase del portal de proveedores.
- Desarrollo de la primera fase del sistema contable para el Departamento de Control de Fondos Especialidades para la Investigación.
- Salida a producción del módulo de programación de citas de laboratorio, sistema ehCOS.
- Atención de 1180 reportes de sistema en producción.

Departamento de informática en Investigación.

- Implementación de los servicios TIC: Cableado estructurado, control de accesos, computadoras de escritorio e infraestructura de red, en apoyo a la puesta en marcha tanto de la Unidad de Investigación de Enfermedades Metabólicas (UIEM) como de la clínica de Hepatitis y en la remodelación de los Sectores Médicos del edificio de Hospitalización.

LOGROS Y AVANCES DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|--|---|---|--------------------|
| Mantener las acreditaciones de las diversas patologías concentradas con el Seguro Popular | -Acreditación de Cáncer de mama desde el ejercicio 2010 -Acreditación de Virus de Hepatitis c desde el ejercicio 2013 -Acreditación Cáncer testicular, Ca de próstata, linfoma No Hodgkin, Trasplante de Médula Ósea desde el ejercicio 2011 | -Pacientes del Seguro Popular -Personal Administrativo | Junio 2017 |
| Cobertura en la atención médica y de compromisos | -Redistribución de los recursos financieros adecuadamente, dado que no obstante, haber sufrido una reducción líquida por 32 mdp, se ha mantenido la operación, sin que se vean afectados los servicios | -Pacientes y Subrogadoras -Proveedores y Acreedores | Junio 2017 |
| Captación de ingresos propios por patologías de Seguro Popular, eficiente y ágil | -Durante el ejercicio 2017 se proporcionaron servicios por \$12,524,035.00 durante el período enero-marzo, de los cuales se cobraron \$4,616,224.00 en el mes de julio, anteriormente, la recuperación no se efectuaba en el periodo, sino un año después | -Instituto -Áreas médicas que presentan el servicio | Diciembre 2017 |

LOGROS Y AVANCES DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|---|---|--|----------------------------------|
| <p>Servicio de arrendamiento de una unidad de transferencia, seccionador tipo pedestal de 3 vías 2/600, 1/(200)PE para sistemas de hasta 27KV. Transferencia automática. El equipo ofertado cumple con la especificación CFE VM000-51, de la comisión federal de electricidad.</p> | <p>Unidad de transferencia que pertenecía a la extinta compañía de luz y fuerza del centro, posteriormente a la comisión federal de electricidad, quien por oficio la asigno al instituto. Equipo con una vida y útil aparentemente desde los años 80.</p> <p>Presentó fallas críticas en el mes de febrero de 2017, cuando el transfer no hizo su función y se quedó a la mitad de su carrera, es decir no tomo el potencial emergente, y mucho menos el potencial preferente.</p> | <p>Esta unidad por su antigüedad, ya había presentado fallas de manera recurrente en las que se ausentaba el potencial eléctrico, motivo fue necesario retirar los pernos de sujeción de los brazos de control pues ya no es posible reemplazar algunos componentes y a que se ha vuelto prácticamente imposible substituirlos por el desgaste y antigüedad de los mismos. El instituto cuenta con dos acometidas principales de media tensión, que suministran 23000V al mismo en modalidad de circuito primario, y estos provienen de dos subestaciones de la comisión federal de electricidad en dos circuitos, un preferente y un emergente.</p> <p>Derivado de un número de fallas en el suministro de media tensión por parte de la empresa suministradora comisión federal de electricidad C.F.E. en el circuito que se ha denominado como preferente, y del cual se ha ausentado el potencial de 23V, y el equipo de transferencia automático que switchea es decir que conecta y envía el potencial entre ambos circuitos, el preferente y el emergente, ha sufrido daños irreparables ya que en varias ocasiones ha sido reparado el sistema de control automático de transferencia.</p> | <p align="center">30/06/2018</p> |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|-------------|-------------|---|--------------------|
| | | <p>Era de suma importancia la sustitución del mencionado equipo ya que aunque se cuenta con 10 equipos electrógenos (plantas de emergencia), las cuales respaldan y soportan la ausencia de potencial, requiere que en el periodo de generación y toma de carga no menor a 13 segundos, llegaba a dañar tarjetas de control de servicio de algunos equipos delicados tanto médicos como informáticos, por lo que es necesario el reemplazo de esta unidad de transferencia, es vital para la correcta operación y funcionamiento de las instalaciones de instituto.</p> | |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|--|---|--|----------------------------------|
| Actualización del sistema neumático de envío, sección del laboratorio central a toma de muestras. | <p>El sistema neumático de envío, cuenta con 12 años de servicio, presentaba desgaste del tramo de laboratorio central a toma de muestra ya que en temporada de lluvias se inundaban en algunos tramos, provocando que las capsulas con más de 60 muestras de los pacientes quedaban atoradas, esto ocasionaba problemas ya que debido a lo largo del recorrido era difícil localizar dichas cápsula lo que ocasionaba que las muestras se dañaran, al quedar fuera de servicio el tubo neumático las muestras eran trasladadas por el personal y los tiempos de entrega de resultados de prolongaba.</p> | <p>El Instituto recibe en promedio 750 pacientes en la Central toma de muestras y por cada paciente se le extraen al menos 4 tubos de sangre para diferentes estudios, de ello se generan 3000 tubos al día, así como 300 alícuotas de orina, que van directamente al laboratorio central para su proceso, por lo anterior en el sistema neumático de envío viajan en promedio de 60 tubos, los tiempos de entrega de muestras es menor y seguro con el sistema neumático de envío.</p> | <p align="center">30/06/2017</p> |
| Actualización de lavadora de cajas. | <p>El Instituto contaba con equipo de lavador de cajas de alojamiento de roedores con 25 años de vida útil, ya que dicho equipo se encontraba obsoleto, sin refacciones, presentaba fugas en el sistema y de uso manual y ponía en riesgo al usuario, por lo que se efectuó una actualización generalizada lo que llevo al equipo a ser totalmente automático.</p> | <p>El departamento de bioterio dentro de sus funciones y el alojar y cuidar roedores que son utilizados en investigaciones, por lo que se deben mantener en óptimas condiciones para que dichas especies sean útiles para el fin requerido, por lo anterior es importante el lavado de las cajas el alojamiento de los roedores dos veces por semana y en promedio se lavan 3000 cajas con el equipo totalmente automático los tiempos utilizados para dicha labor disminuyen, por lo que dicha actualización trabajo beneficios para diversos departamentos del instituto que realizan investigaciones.</p> | <p align="center">30/06/2017</p> |
| Adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en el primer semestre 2017. | <p>Se atendió de manera favorable el abasto de medicamento y material médico quirúrgico que permitió el abasto oportuno y suficiente durante el primer semestre de 2017. Mientras se determinaban los fallos de licitaciones correspondientes a este tipo de bienes.</p> | <p>Con estas operaciones de compras se benefició a todos los servicios del instituto y en especial a los pacientes hospitalizados.</p> | <p align="center">Concluido</p> |

| OBRA/ACCIÓN | DESCRIPCIÓN | BENEFICIARIO | FECHA CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|-------------------------|
| <p>Se realizaron 11 procesos de licitación de tipo anticipada, se realizaron 4 procesos de invitación a cuando menos tres personas durante el primer semestre de 2017.</p> | <p>La realización de estos procedimientos fue lo que permitió que el Instituto contara con el abasto oportuno y suficiente, en las áreas críticas como hospitalización, cirugía, terapia intensiva y CEYE. El conseguir realizar licitaciones anticipadas permitió asegurar un sostenimiento de precios de precios por parte de los proveedores y con ello obtener un ahorro.</p> | <p>Con estas operaciones de compras se benefició a todos los servicios del instituto y en especial a los pacientes hospitalizados.</p> | <p>Concluido</p> |
| <p>Obtención de mejores precios y condiciones de acuerdo a la investigación de mercado con los usuarios.</p> | <p>Adquisición de piperacilina/tazobactam 4.5G (PIPTABAC) a precio de licitación consolidada</p> | <p>Se logró que el Instituto se adhiriera a precio de licitación consolidada obteniendo un ahorro comparativo entre el primer semestre de 2016 y el primer semestre de 2017 de \$2,000,000.00 (dos millones de pesos 00/100M/N)</p> | <p>Enero-Junio 2017</p> |
| <p>Captación de recursos propios a través de la venta de preparaciones y medicamentos a los pacientes ambulatorios.</p> | <p>Elaboración de preparaciones magistrales (varia)</p> | <p>Se obtuvieron ingresos aproximadamente de \$768,700.00 (setecientos sesenta y ocho mil setecientos pesos 00/100 MN) por la venta de preparaciones</p> | <p>Enero-Junio 2017</p> |