



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

gea
hospital

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

Hospital General Doctor Manuel Gea González

**AVANCE Y RESULTADOS
2023**

PROGRAMA DERIVADO DEL
PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024



Índice

1.- Marco normativo	4
2.- Resumen ejecutivo	6
Contribución del Programa al nuevo modelo de desarrollo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.....	6
3.- Avances y Resultados	8
Objetivo prioritario 1. Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información que se produce en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.	8
Objetivo prioritario 2. Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.	11
Objetivo prioritario 3. Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores. ...	20
Objetivo prioritario 4. Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.	49
Objetivo prioritario 5. Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar al paciente la atención requerida y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación	71
Objetivo prioritario 6. Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos para aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de adversidades, manteniendo el ritmo de sus operaciones y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.	80
4- Anexo	85
Avance de las Metas para el bienestar y Parámetros	85
Objetivo prioritario 1.- Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el	



Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.....	85
Objetivo prioritario 2.- Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.	91
Objetivo prioritario 3.- Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores.....	97
Objetivo prioritario 4.- Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.	103
Objetivo prioritario 5.- Restructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el Hospital pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.....	109
Objetivo prioritario 6.- Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el HGMGG cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.	115
5.- Siglas y abreviaturas	122

1

MARCO NORMATIVO

1.- Marco normativo

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

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

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

2

RESUMEN EJECUTIVO



2.- Resumen ejecutivo

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

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

3

AVANCES Y RESULTADOS

3.- Avances y Resultados

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

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

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

Resultados

Actividades relevantes

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

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

Avance:

Se encuentra en fase preclínica un proyecto multidisciplinario en colaboración, para el desarrollo de plantillas que permitan medir la presión plantar en forma dinámica, lo que permitirá mejorar el desarrollo de plantillas, calzado, etc., se realizarán las pruebas de funcionamiento y si resultan adecuadas se adecuarán los protocolos para iniciar las pruebas clínicas. En los próximos meses se iniciará la primera fase clínica del mismo.

Asimismo, se está trabajando en el protocolo de apego a las GPC de Hiperplasia prostática en conjunto con la División de Urología.

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

Avance:

Se han realizado acciones para que las asesorías metodológicas que se dan a los médicos en áreas clínicas se realicen por investigadores en ciencias básicas o clínicas compatibles con las líneas de investigación y de esa manera generar proyectos de interés mutuo y útiles en la solución de problemas de los pacientes y del hospital.

También se encuentran en proceso dos investigaciones en el área quirúrgica y anestesiología que podrían permitir en un futuro rediseñar los procedimientos en la materia y probablemente implementar un cambio en la política pública al respecto, así como la optimización de recursos

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

Avance:

Se está trabajando en un convenio de colaboración con el ICAT de la UNAM, y en proceso de firmas el convenio con la Facultad de Ingeniería de la UNAM.

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

Acción puntual 1.2.1 Incentivar a los investigadores y a los médicos con nombramientos de mandos medios, a participar en las convocatorias de ingreso, promoción y permanencia dentro del Sistema Institucional de Investigadores (SII) y del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Avance:

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

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

Avance:

Se tiene vigente convenio con el INSP y se están realizando proyectos en colaboración.

Está en proceso de firmas una colaboración con el Centro de Investigación en Envejecimiento del CINVESTAV, y en desarrollo convenio con IPN para el desarrollo de proyectos en colaboración.

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

Indicador		Línea base (2018)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, así como las afecciones propias y enfermedades de la población usuaria del Hospital	39.4% (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	37.3% (2021)	56.3% (2022)	40.2% (2023)	42.0% (2024)
Parámetro 1	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones.	31.7% (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	32.8% (2021)	20.8% (2022)	46.5% (2023)	33.2% (2024)
Parámetro 2	Proporción de investigadores institucionales de alto nivel	44.7% (2018)	52.6% (2019)	52.4% (2020)	45.9% (2021)	46.2% (2022)	43.6% (2023)	46.2% (2024)

Nota:

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

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

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

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

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

Resultados

Actividades relevantes

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

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

Avance:

En los meses de enero y febrero de 2023 se llevó a cabo entre las y los médicos residentes la encuesta de “Evaluación de Percepción de Calidad de Cursos de Especialidades y Cursos de Posgrado del ciclo académico 2022-2023”, con un total de 363 encuestados.

Se tuvo en el mes de marzo de 2023 una reunión de acercamiento para determinar la factibilidad de convenio con la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) del ITESM (Tec. de Monterrey).

Durante el mes de junio de 2023 la Dirección de Enseñanza e Investigación, solicitó a la Subdirección de Asuntos Jurídicos las correcciones necesarias al “Convenio de

Colaboración Académica en Materia de Especializaciones Médicas a suscribir con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)”, para incluir a la Subdirección de Enseñanza y División de Enseñanza de Posgrado, así como actualizar la fecha de firma. El día 29 de junio de 2023 la Subdirección de Asuntos Jurídicos envió por oficio a la Dirección de Enseñanza e Investigación, dicho convenio dictaminado para continuar con su formalización ante la UNAM.

En el mes de septiembre 2023 la Dirección de Enseñanza e Investigación con apoyo de la División de Enseñanza de Posgrado concretó el “Convenio de Colaboración Académica en Materia de Especializaciones Médicas a suscribir con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)”

En septiembre de 2023 se manifestó la intención de llevar a cabo un convenio de colaboración institucional académica con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

En el mes de diciembre de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado, realizó las gestiones para actualizar la “Constancia de Aval Académico Universitario” de las 15 especialidades médicas avaladas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En el mes de diciembre 2023 la Dirección de Enseñanza e Investigación obtuvo respuesta del H. Consejo Universitario de la UNAM, donde se aprueba la creación de la Especialización en Medicina Paliativa.

Acción Puntual 2.1.2. Identificar espacios para desarrollar los talentos internos del hospital por medio de una estrategia de formación integral.

Avance:

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) en conjunto con el Departamento de Documentación, Información y Comunicación Médica, desarrolló la propuesta de una campaña de difusión con respecto a la política de cero tolerancias al hostigamiento y acoso sexual. De manera que a finales de marzo de 2023 se elaboró y difundió:

1. Cartel de la campaña para su difusión de manera digital e impresa.
2. Comunicado digital con respecto a las manifestaciones psicológicas que pueden presentar las personas que experimentan algún tipo de hostigamiento o acoso sexual para su pronta detección. Para este material su difusión fue mediante correo electrónico al personal en formación del Hospital.
3. Díptico informativo sobre hostigamiento y acoso sexual con los datos de contacto en caso de necesitar apoyo psicológico. El material fue difundido mediante correo electrónico al personal en formación.

Como parte del seguimiento a la Campaña de difusión con respecto a la política de Cero Tolerancia al Hostigamiento sexual y Acoso sexual, de mayo a junio de 2023, el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) en conjunto con el Departamento de Documentación, Información y Comunicación Médica, desarrolló la idea, el diseño y la propuesta de implementar un pin identificador de las personas consejeras. De esta manera, el personal del hospital podría detectar a qué personas acercarse en caso de querer orientación con respecto a un caso de hostigamiento sexual y acoso sexual.

En julio de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado en colaboración con la Subdirección de Urgencias y Medicina, el Departamento de Apoyo Técnico y Enlace Institucional y el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF), llevaron a cabo una reunión con las y los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas sobre el programa de prevención de acoso y hostigamiento sexual con una política de cero tolerancia con un énfasis en la ruta de denuncia y atención de los mismos, con un total de 42 asistentes.

En octubre de 2023 el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y la División de Enseñanza de Posgrado, realizaron la difusión del “Nuevo cartel Cero tolerancia al hostigamiento sexual y acoso sexual con directorio de personas consejeras”, a los médicos residentes.

El 14 de noviembre a las 12:30 horas el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF), asistió al Webinar: “Violencia de Género ¿Qué tan lejos está el personal de salud de su realidad?”, realizado por el Instituto Nacional de Perinatología con motivo de la capacitación continua en relación a la Política de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual.

En febrero 2023, durante el curso de inducción para los médicos residentes y alumnos de Posgrado, se impartieron seis conferencias:

1. Uso Responsable de las Redes Sociales en el Ámbito Médico
2. Mecanismos y Estrategias para la Resolución de Conflictos con Pacientes o Familiares
3. Modelo de efectividad terapéutica para la relación médico paciente
4. Administración y Atención Médica: La Importancia del Médico en Formación y la Ética laboral
5. Derechos humanos
6. Integridad Científica y Ética Laboral

En mayo de 2023, se realizó entre las y los alumnos de Posgrados de Alta Especialidad en Medicina la difusión por correo electrónico, para realizar la Encuesta para actualización del Código de Conducta 2023 del Hospital Gea.

En diciembre de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado, inició las gestiones para aumentar el número de alumnos a siete, de los Posgrado de Alta Especialidad en Medicina (PAEM) en Cirugía Endoscópica, Endoscopia Gastrointestinal, y Medicina del Dolor y Paliativa, esto debido al aumento de la demanda de estos servicios en el Hospital Gea.

Durante los meses de enero a junio 2023 continuaron las actividades de los médicos residentes en sus prácticas experimentales en laboratorio con modelos animales, las cuales fueron a través de la Subdirección de Investigación Biomédica /Bioterio.

Se inician actividades para la elaboración de cursos de Educación Médica Continua, con la modalidad de cursos monográficos virtuales y a distancia, a través del uso de la plataforma de Moodle. Y con la contratación del dominio: <https://hospitalgea.com/course/view.php?id=11>.

La Subdirección de Enseñanza mantiene una base de datos de los Residentes Egresados del 2023, como instrumento de comunicación con los mismos.

A diciembre de 2023, la División de Enseñanza de Posgrado, cuenta con una base de seguimiento de egresados previo al 2023.

Con la generación de Pasantes de Servicio Social generación agosto 2022 - julio 2023, iniciaremos el seguimiento de nuestros egresados de las carreras: Nutrición, Enfermería, Rehabilitación, Odontología, Trabajo Social y Optometría.

Estrategia prioritaria 2.2.- Replantear la capacitación y educación continua del hospital, tanto internamente (médicos, enfermeras, técnicos de la institución), como en otras instituciones (médicos generales o médicos familiares y especialistas).

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

Avance:

La División de Enseñanza de Posgrado en conjunto con el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) llevó a cabo en marzo 2023 la Plática en modalidad híbrida de “Empoderamiento Personal” con un total de 153 participantes.

En marzo de 2023 se tuvo la participación del Jefe de residentes del Hospital Gea y el Jefe de Residentes de Cirugía General en la reunión virtual con el INSABI respecto a la Coordinación de Reclutamiento y Distribución del Personal de Salud.

En marzo 2023 la Subdirección de Enseñanza y la División de Enseñanza de Posgrado sostuvieron con el Jefe y la Sub-Jefa de residentes del Hospital Gea, la reunión para consensuar las características de los uniformes de los residentes para el ciclo académico 2023-2024.

Por parte del Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) se presenta la propuesta de impartir 4 pláticas de Empoderamiento a residentes de manera trimestral y con una duración de 1 hora cada una. La primera fue realizada el 27 de marzo de 2023 de manera presencial en el auditorio “Fernando Ortiz Monasterio” y de manera híbrida a través de la plataforma TEAMS y llevó por nombre Empoderamiento Personal.

La División de Enseñanza de Posgrado en conjunto con el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) llevó a cabo en junio 2023 la Plática en modalidad híbrida de “Empoderamiento Grupal” con un total de 45 participantes.

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) desarrolla y diseña la segunda plática de Empoderamiento para residentes de nombre “Empoderamiento Grupal”. Misma que incluía los subtemas de habilidades sociales, escucha activa, comunicación eficaz y habilidades de retroalimentación. La plática se lleva a cabo el 15 de junio de 2023 de manera presencial en el auditorio “Fernando Ortiz Monasterio” y de manera híbrida a través de la plataforma TEAMS.

El 30 de junio de 2023, la División de Enseñanza de Posgrado, llevó a cabo junto con las y los jefes de residentes del Hospital Gea, la reunión de información referente a los Uniformes Ciclo Académico 2023-2024.

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y la División de Enseñanza de Posgrado llevaron a cabo en septiembre 2023 la Plática en modalidad híbrida de “Empoderamiento Organizacional” con un total de 130 participantes.

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y la División de Enseñanza de Posgrado llevaron a cabo en diciembre 2023 la Plática en modalidad híbrida de “Empoderamiento Comunitario” con un total de 75 participantes.

En diciembre de 2023 el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF), propuso en las 4ta sesión ordinaria del Comité de Enseñanza la capacitación a las y los Jefes de Residentes del Ciclo Académico 2024-2025 con la finalidad el empoderar a los jefes residentes a través del desarrollo de habilidades

de liderazgo transaccional (comunicación efectiva, motivación del grupo, solución de conflictos y administración y desarrollo del equipo)

Con la intención de extender la capacitación a otros, talentos del hospital, se han realizado, 10 sesiones generales con Pasantes de Servicio Social que incluyen la participación activa de las distintas áreas del Hospital con alumnos de carreras Afines a la Salud: Trabajo Social, Nutrición Clínica, Dietóloga, Urgencias, Psicológicas, Embarazo Psicoprofiláctico, Embarazo en la Adolescencia, Rehabilitación, Enfermería, Psicología y Cuidados Paliativos.

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

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

Avance:

La División de Enseñanza de Posgrado en conjunto con el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) se reunió de manera virtual vía Zoom en marzo 2023 con el equipo SalMeR para retomar la participación del Hospital Gea en el programa de atención a la Salud Mental de los Médicos Residentes.

El 23 de marzo de 2023 se realizó una reunión con el equipo del programa de Salud Mental para Médicos Residentes (SalMeR) con el objetivo de establecer una colaboración interinstitucional, de la reunión se estableció que el equipo de SalMeR brindará atención a los residentes del Hospital General Doctor Manuel Gea González que presenten algún tipo de urgencia psiquiátrica. De igual manera, se acordó que SalMeR podrá realizar una invitación extensiva a los residentes que conforman su programa para que asistan de manera presencial o híbrida a las pláticas que sean organizadas por el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) a lo largo del año en curso.

En mayo de 2023, el Servicio de Atención Psicológica para el Personal en Formación (SEAP-PF) en conjunto con la División de Enseñanza de Posgrado, continuo las gestiones pertinentes ante el equipo del programa de Salud Mental para Médicos Residentes (SalMeR), para que dicho equipo realice el tamizaje de salud mental a las y los médicos residentes del Hospital Gea, entregado a dicho equipo el formato de información con el número de residentes desglosado por especialidad.

Taller de Salud Mental y Humanización en Medicina a los residentes de la División de Ginecología y Obstetricia.

El miércoles 28 de junio de 2023 a las 11 a.m. se llevó a cabo una reunión entre el Jefe de División de Enseñanza de Posgrado, el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y el equipo del programa de Salud Mental para Médicos Residentes (SalMeR) con el objetivo de establecer una estrategia que permita realizar un tamizaje psicológico para conocer la salud mental de los residentes. Asimismo, el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) realizó la referencia de un residente de la Especialidad de Pediatría y una residente de la Especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas al equipo de SalMeR coordinado por el Dr. Héctor Sentíes Castellá en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) para su valoración y apoyo farmacológico por motivo de crisis emocional.

El 18 de agosto de 2023 el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y la División de Enseñanza de Posgrado, sostuvieron una reunión informativa sobre el programa SalMeR y sus beneficios, con las y los jefes de residentes de las especialidades.

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) en conjunto con la División de Enseñanza de Posgrado, invitaron el 31 de agosto de 2023 a las y los médicos residentes de las especialidades a realizar el “Tamizaje SalMeR sobre Salud Mental” durante el mes de septiembre 2023.

En el mes de noviembre de 2023 el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y la División de Enseñanza de Posgrado, sostuvieron una reunión con el equipo del programa de Salud Mental para Médicos Residentes (SalMeR), sobre los resultados del Tamizaje realizados a los residentes del Hospital Gea.

El 4 de diciembre de 2023, se presentaron los resultados del “Tamizaje SalMeR sobre Salud Mental” en la Cuarta Sesión Ordinaria del Comité de Enseñanza. Entre las variables evaluadas en el Tamizaje se encuentran depresión, ansiedad, consumo de sustancias, trastorno de estrés postraumático, riesgo suicida y maltrato.

A diciembre de 2023, un total de 9 residentes fueron enviados para atención psiquiátrica con el programa de SalMeR en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). De los cuales, uno fue internado por motivo de urgencia psiquiátrica.

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

Avance:

Durante el periodo enero-diciembre 2023, la División de Enseñanza de Posgrado gestionó las rotaciones de los médicos residentes de y hacia otros Hospitales, las cuales ayuden a fortalecer y/o complementar su formación académica.

Las rotaciones de residentes de otros hospitales al Hospital General Doctor Manuel Gea González se han desarrollado en forma adecuada.

Con dichas rotaciones, se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los médicos residentes con las siguientes rotaciones en el periodo:

De otras instituciones: 421 médicos residentes.

A otras instituciones: 575 médicos residentes.

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

Avance:

La División de Enseñanza de Posgrado durante los meses de enero 2023 informó a los profesores los periodos calendarizados para calificar a los médicos residentes tanto para el ciclo escolar 2022-2023, así como los años anteriores regularizados (2021, 2020, 2019, etc.)

Durante los meses de enero a marzo de 2023 se gestionó y se apoyó en los trámites administrativos de inscripción de los médicos residentes y alumnos de posgrado ante las Instituciones de Educación Superior (UNAM e IPN).

En el mes de abril 2023, se realizó entre las y los alumnos de Posgrados de Alta Especialidad en Medicina (PAEM) la difusión por correo electrónico, del calendario para la inscripción a los PAEM ante la Facultad de Medicina de la UNAM.

En el mes de mayo 2023, se hizo llegar la información a las y los médicos residentes de la especialización en Urgencias Médico Quirúrgicas, referente a los requisitos de inscripción ante el Instituto Politécnico Nacional (IPN) para el periodo marzo 2023-febrero 2024.

En junio 2023 la Subdirección de Enseñanza en conjunto con la División de Enseñanza de Posgrado, acudieron a la reunión informativa en la Facultad de Medicina de la UNAM, sobre el proceso de Graduación Oportuna 2023-2024 ante la misma.

En el mes de junio 2023, se realizó entre las y los alumnos de Posgrados de Alta Especialidad en Medicina (PAEM) la difusión por correo electrónico, del calendario para el desarrollo de las actividades académicas de la "XXV Jornada de Investigación", ciclo 2023 -2024", que realiza la Facultad de Medicina de la UNAM.

En el mes de julio de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado

En agosto de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado realizó las siguientes acciones: Registró ante la UNAM a los residentes candidatos para Graduación Oportuna; Realizó la difusión por correo electrónico a los profesores de los cursos de especialidades, para vigencia de su Firma Electrónica Universitaria (FEU) ante la UNAM; Efectuó la difusión por correo electrónico a los profesores de los cursos de especialidades, para la calificación de actas pendientes del curso escolar 2022, así como los cursos anteriores.

En el mes de septiembre de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado comunicó vía correo electrónico las fechas emitidas por la UNAM para la aplicación del examen PUEM para los(as) alumnos(as) de años terminales.

En el mes de octubre de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado realizó las siguientes acciones: Difusión de las fechas del “1er periodo del Examen de Competencia Académica (E.C.A.) Ciclo 2024-2025”; Acudió a la reunión con las Jefas y Jefes de Enseñanza y las autoridades de Servicios Escolares de Posgrados de Servicios Escolares de la Facultad de Medicina UNAM; Difusión de la convocatoria al premio GEA-PUIS 2023-2024.

En el mes de diciembre de 2023 la Dirección de Enseñanza de Investigación en conjunto con la División de Enseñanza de Posgrado, sostuvo una reunión con las y los profesores titulares de los Cursos de Especialidades y Posgrados de Alta Especialidad, respecto a la “Propuesta de ratificación o modificación de la plantilla de profesores”.

La División de Enseñanza de Posgrado inició las gestiones para la “Ceremonia de Clausura de los Cursos de Especialidades y Posgrados de Alta Especialidad 2023-2024.

Se realizó la Difusión de las fechas del “2do periodo del Examen de Competencia Académica (E.C.A.) Ciclo 2024-2025”.

Por otra parte, para evaluar los resultados de los programas de capacitación y profesionalización mencionados, la Subdirección de Enseñanza de este Hospital se mantiene en el análisis estructural de los indicadores de procesos de enseñanza y aprendizaje, para desarrollar posteriormente métodos que permitan a está evaluar cualitativamente dichos programas.

En julio 2023 la Dirección de Enseñanza e Investigación a través de la División de Enseñanza de Posgrado, propuso en la Segunda Sesión Ordinaria 2023 del Comité de Enseñanza, indicadores de los procesos de enseñanza y aprendizaje que permitan la evaluación de resultados y desarrollo de referentes cualitativos.

En septiembre de 2023 se entregó en la Tercera Sesión Ordinaria 2023 del Comité de Enseñanza, avances de los resultados de los indicadores de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Al mismo tiempo se preocupa por impulsar la profesionalización de la actividad docente, ya que, En este período se realizaron 5 cursos: “Técnicas didácticas para la formación de personal docente” con la asistencia de 10 alumnos; Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS) con la asistencia de 22 alumnos; Reanimación Cardiopulmonar Básica Pediátrica (PALS) con la asistencia de los 20 alumnos y el curso de Politrauma con la Asistencia de 25 alumnos y el curso Combate contra incendios con 25

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

Indicador		Línea base (Año)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje de cursos de educación médica continúa impartidos	100% (2018)	96.4% (2019)	50.0% (2020)	90.6% (2021)	100% (2022)	93.8% (2023)	100% (2024)
Parámetro 1	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de especialidades troncales.	100% (2018)	N.D. (2019)	100% (2020)	100% (2021)	100% (2022)	100% (2023)	100% (2024)
Parámetro 2	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de especialidades de anestesiología.	100% (2018)	N.D. (2019)	100% (2020)	100% (2021)	100% (2022)	100% (2023)	100% (2024)

Nota:

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

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

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

protección de la salud para el bienestar de la población y el desarrollo de México de forma eficiente y eficaz.

Resultados

Actividades relevantes

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

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

Avance:

Se continua con las reuniones del Comité de Bioética Hospitalaria.

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

Avance:

Se han realizado un conjunto de acciones con la intención de mejorar la atención medica ofrecida a pacientes sin seguridad social, las cuales se detallan a continuación:

Reestructura del servicio de urgencias con cobertura dinámica en todos los turnos.

Semaforización de urgencias de reciente implementación, lo cual permite optimizar los recursos para los pacientes más graves y agiliza la atención en los mismos. Dicha Clasificación permite identificar y catalogar objetivamente a los pacientes según su prioridad de atención.

Redistribución de Cuentas de Laboratorio, para ingreso y procesamiento de muestras. Se elaboró en conjunto con la Subdirección de Urgencias y Medicina, Servicio Ambulatorios; redistribución de cuentas de laboratorio a personal médico residente y adscritos, permitiendo un mayor control sobre los ingresos de estudios de laboratorio, así mismo realizando un control de estudios de mayor valor a residentes de mayor jerarquía y adscritos; se eliminaron cuentas de acceso de médicos internos de pregrado; se eliminó la toma rutinaria de muestras a pacientes de hospitalización y urgencias, realizando tomas prioritarias enfocadas objetivamente a la necesidad del paciente, esto permitió una magna optimización del recurso de laboratorios; Laboratorio Clínico en conjunto con el Servicio de Urgencias, lograron la implementación de medidas para direccionar de manera adecuada los analitos solicitados por paciente en el área de Triage, Choque y Observación, por medio de la generación de paneles acordes a las necesidades de

cada paciente, logrando un impacto positivo la manera de distribuir y aprovechar los recursos de nuestro hospital.

Se Genera en Coordinación con Dirección de Administración, Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, Dirección Médica, Comité de Insumos, con sesiones semanales enfocadas a la optimización de medicamento y material de curación.

Se realizó contratación de médicos adscritos en Urgencias, Dermatología, Nefrología, Medicina Interna, Reforzando los turnos Vespertinos, Veladas y Turnos especiales con motivo de iniciar consultas Vespertinas y en Fin de semana.

Se inició en Septiembre Construcción del Anexo de Urgencias, Sala de Choque y Quirófano de Urgencias, con motivo de mejorar la calidad de atención a pacientes de Urgencias

Se concreta la construcción del anexo de urgencias, así como la sala de espera para familiares de pacientes hospitalizados en Urgencias.

El anexo de urgencias cuenta con 12 camas no censables, disponibles para la atención de pacientes con patología quirúrgica de urgencias, permitiendo así brindar atención de mayor calidad y en condiciones más dignas.

La sala de espera para familiares de pacientes hospitalizados en urgencias, cuenta con un total de 60 lugares. El desarrollo Infraestructural de esta obra permitirá brindar un lugar digno de reposo y espera a los familiares de pacientes. Dicha área cuenta con dos espacios para proporcionar informes médicos, lo cual también permitirá mejorar la calidad de atención y comunicación médico-familiar.

Se completó la sala de procedimientos en Urgencias. El desarrollo de esta infraestructura, complementa la atención en urgencias, permitiendo brindar atención medica de mejor calidad y seguridad al momento de realizar procedimientos invasivos. Así mismo de complementa en la atención de pacientes con códigos ERIT, Fractura Expuesta, y pacientes Nefrológicos con necesidad de biopsias renales y colocación de catéter de diálisis Peritoneal.

En la Subdirección de Pediatría durante el año en curso se detectó el incremento de atención de pacientes con patología de resolución quirúrgica, especialmente apendicitis aguda, en virtud de ello, se reestructuraron los turnos de los médicos especialistas en cirugía pediátrica para tener mayor cobertura en los turnos matutino, vespertino, nocturno y fin de semana, siendo este último turno fundamental para la resolución de las patologías quirúrgicas en nuestro hospital.

Durante el último trimestre del 2023, y derivado del incremento de casos de neumonías adquiridas en la comunidad graves y críticas, la Subdirección de Pediatría obtuvo el apoyo de la Subdirección de Cirugía para realizar la reconversión

de dos camas de cirugía plástica y reconstructiva para la atención de los pacientes pediátricos con enfermedad respiratoria grave.

Por parte de la Subdirección de Cirugía y debido al programa de gratuidad y a la alta demanda de servicios de cirugía de alta especialidad se diseñó un programa de insumos para cirugías especializadas enfocado en distribuir los recursos de una manera más óptima, evitando de esta manera la escasez de insumos y asegurando siempre el principio de gratuidad, así mismo se ha mantenido en funcionamiento la adquisición de insumos relacionados a la necesidad, a través del Programa denominado: "Gasto de Bolsillo"; habiéndose realizado las adecuaciones necesarias para contar con un área para el almacenamiento y la dispensación de los insumos necesarios para la ejecución de un procedimiento quirúrgico, dicho programa nos ha permitido dotar de los insumos necesarios para solventar las necesidades de los pacientes con la mejor calidad disponible y de manera inmediata, de tal manera que no existen demoras en la atención de las necesidades quirúrgicas de los pacientes y optimiza el trabajo del personal que debe concentrarse solo en la atención de los pacientes sin que se le generen distracciones adicionales.

Por parte de la Subdirección de Epidemiología e Infectología fue posible la incorporación de médicos adscritos a esta área, permitiendo fortalecer la vigilancia, optimización y seguimiento de pacientes hospitalizados durante turno vespertino y fines de semana y días festivos

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

Avance:

A través del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico, se continua con las revisiones cruzadas por parte de los diversos servicios, en la evaluación de Expedientes Clínicos se incluye el apego a las guías de práctica clínica. Durante el periodo de enero a junio 2023 se revisaron 419 expedientes alcanzando un apego de 14.8%, de julio a septiembre se revisaron 148 expedientes sumando un total general de expedientes de 567 con un apego de 14.5%, de octubre a diciembre se revisaron 67 expedientes, sumando un total general de 634 de enero a diciembre, y un apego general de 13.25% a la NOM 004SSA3-2012, manteniendo la meta mensual de un 10%.

En coordinación con el Departamento de Enfermería Clínica se trabajó la Clínica de Enfermería Practica Avanzada para personas con diabetes e hipertensión, hasta el mes de junio se tiene un avance de 95%, el 5 de julio del año, se inauguró la clínica alcanzando el 100%.

Se continúa trabajando con la Subdirección de Asunto Jurídicos, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Urgencias y Medicina, Subdirección de Pediatría, el

Protocolo de Atención a Probables Pacientes Víctimas de Trata de Personas, tiene un avance de 85%.

Se continua la coordinación con las diferentes subdirecciones logrando implementar el código de trauma a partir de marzo de esta fecha a diciembre 360 activaciones se han realizado con tiempo de inicio en abril-mayo de 60 minutos de junio a septiembre de 30 minutos de octubre a diciembre una hora con treinta y nueve minutos de respuesta hasta la llegada de la persona beneficiaria a quirófano o bien al servicio en que se inicia la resolución de la atención.

El Código fractura expuesta y el código morado tiene un avance de un 95%.

El día 11 de abril se presente el proyecto “Optimización del paquete preventivo para neumonía asociada a la ventilación mecánica”, con las siguientes metas: Disminuir las neumonías asociadas a la ventilación, reducir los costos y controlar las infecciones, Adoptar mejores prácticas, con fines de investigación y publicaciones en revistas internacionales, Lograr el premio nacional de calidad y seguridad en el paciente, el avance tiene un 100%, el proyecto se está llevando en la Unidad de Choque, en la etapa final el dictamen no fue otorgado a nuestros hospitales ni a las demás instituciones participantes., se programa para el día 11 de octubre la presentación de los resultados, en la presentación se solicitó se ampliara el estudio motivo por el cual el día 9 de noviembre se propuso implementarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se continua en este proceso.

El Subcomité de Revisión del Expediente Clínico durante el periodo de enero a junio sesiono en cinco ocasiones, de julio a septiembre se realizaron 9 sesiones en de octubre a noviembre 3 en total se han realizado 17 sesiones el resultado es positivo porque los expedientes demostraron un mayor apego a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Expediente Clínico.

En el mes de mayo, se llevó a cabo el Seminario de Seguridad y Calidad de la Atención Médica, en el que se impartió por medio de la mesa redonda el tema La Relevancia del Expediente Clínico para el Quehacer Médico en el Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Se brinda capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, del expediente clínico al personal de nuevo ingreso

Existen mecanismos para el reporte de todo tipo de evento adverso, se participa en su análisis y en establecer medidas para evitarlos, registrándose los siguientes incidentes: 174 eventos adversos, 6 cuasifallas y 7 eventos centinelas.

Se continuó con la difusión del tríptico sobre las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, además del seguimiento de la consulta de la presentación completa de las 8 Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente enviada por vía electrónica en formato PDF a las áreas de urgencias, terapias intensivas, Hospitalización,

quirúrgicas y de consulta externa desde el año 2020 y al curso a través de la liga del hospital que inicio el 1 primero de febrero 2022. <https://www.gob.mx/salud/hospitalgea/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente>.

Conforme a la publicación del DOF: 16/06/2023, se inicia la actualización de las metas internacionales/acciones esenciales para la seguridad del paciente.

El 22 de agosto, la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, realizó la Pre evaluación de la Primera Etapa de Modelo Único de Evaluación de Calidad (MUEC), resultado de los procesos de “Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” y la “Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua y progresiva de la estructura, procesos y resultados. Con fecha 2 de agosto, el personal de la Subdirección de Gestión acudió a la capacitación de este Modelo

El día 27 de noviembre se instala en las computadoras de las centrales de enfermería las acciones esenciales de seguridad del paciente actuales, el Modelo Único de Evaluación de Calidad (MUEC), Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

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

En el área médica se inicia elaboración de Protocolos de atención clínica y Código, por Parte de Subdirección de Urgencias y Medicina en colaboración con la Subdirección de Cirugía y Subdirección de Enfermería se inician: CAIDI Gea (Clínica de Atención Integral en Diabetes), Código ERIT, Código Sepsis, Código Fractura Expuesta

Se programaron y realizaron sesiones académicas de capacitación y revisión de protocolo ATLS en atención de pacientes Código ERIT.

Se encuentra en revisión el protocolo interno en el área de Infectología de atención a pacientes con diagnostico reciente de infección por VIH, actualmente se lleva registro de los casos avanzados que se presentan a la institución para optimizar y priorizar las entidades oportunistas que se presentan con mayor frecuencia en dicha población.

Se actualizó el protocolo de atención de personal de salud que sufre accidentes con punzo-cortantes y salpicaduras, optimizando el tratamiento post exposición en caso de requerirse.

También se implementaron Protocolos clínicos de atención quirúrgica: Protocolo clínico cáncer de próstata, Protocolo clínico apendicitis, colecistitis, Protocolo clínico colangitis y pancreatitis, Protocolo clínico Labio y paladar hendido, Protocolo clínico cirugía de implante coclear.

La División de Rehabilitación en conjunto con la división de Terapia Intensiva, crea y establece el protocolo de manejo de paciente crítico y secuelas de reposo prolongado.

Protocolo de atención de escrutinio de infecciones encontradas en banco de sangre.

Creación del Departamento de Foniatría: Manejo de la Disfagia, Manejo del Trastorno de Lenguaje, Manejo de la Disfonía.

La Clínica de Heridas y Estomas de Enfermería capacito al personal adscrito al Servicio de Urgencias acerca de “Prevención de lesiones relacionadas a la dependencia” para garantizar las buenas de calidad y seguridad del paciente.

Por parte de la Subdirección de Cirugía, en el mes de junio se puso en marcha la Clínica para la Atención Integral del Paciente con Diabetes en la que participa de manera directa la División de Oftalmología, por la implicación visual que la enfermedad representa.

La División de Ortopedia mantiene su participación continua para la atención de pacientes que presentan fracturas expuestas a través del Programa “Código Fractura “.

La División de Cirugía General mantiene su participación inmediata para aquellos pacientes que presentan enfermedad colestásica a través del Programa denominado “Código Colangitis”, en participación conjunta con el Departamento de Endoscopia y la División Radiología Intervencionista.

La División de Cirugía Plástica mantiene su participación, liderando las Clínicas de “Labio y Paladar Hendido”, así como en la “Clínica de Síndrome de Möebius” y en la “Clínica de Rehabilitación de la Parálisis Facial”, todo esto en conjunto con la División de Rehabilitación.

En los Servicios de Urgencias, tenemos reconocidas las siguientes áreas protocolizando atención, con la formulación de los respectivos protocolos clínicos de atención: Traumatismos y Fracturas, Cirugías de urgencia (protocolo ambulatorio de apendicitis aguda y colecistitis aguda), Urgencias Metabólicas (diabetes mellitus descontrolado, evento vascular cerebral), Choque Séptico

Multifactorial (pulmonar y abdominal), Urgencias Obstétricas, Urgencias Pediátricas Quirúrgicas (apendicitis), dolor crónico y uso de opioides

Se elaboró Código ERIT en atención a los pacientes con Trauma y necesidad de intervención multidisciplinaria prioritaria, en el cual participan Ortopedia, Urgencias y Cirugía General. En seguimiento a Código ERIT, se somete a Programa de Calidad con Mejora Continua.

Se inicia planeación e implementación de Quirófano de Urgencias en la sala de Choque, con motivo de dar una atención e intervención oportuna a pacientes con Politrauma.

Optimización de sala de imagen (USG y Rx) en Urgencias para abordaje de patologías prioritarias a protocolizar, también realizando estudios de fluoroscopia.

Se continua en Elaboración de Código Sepsis en el área de urgencias con motivo de identificación y tratamiento oportuno de pacientes con sepsis.

Elaboración del manual de procedimientos de la Clínica de LPH (labio y paladar hendido) integrando la intervención multidisciplinaria de CPR, Estomatología y Ortodoncia, Pediatría, Genética, Psicología, ORL.

Se establece la Clínica de Disfunción Temporomandibular en conjunto con Imagen y Estomatología y la aplicación de toxina botulínica guiada por ultrasonido para pacientes con parálisis facial, secuelas neurológicas, PCI y otras alteraciones musculoesqueléticas.

Apertura de la sala de Radiología Intervencionista, ahí se realizan procedimientos de intervención endovascular, y procedimientos percutáneos como biopsias, ablación de tumores, drenajes de abscesos, y derivaciones biliodigestivas.

Imagen como especialidad médica, se suma a los protocolos de atención de: Código ERIT, Código Mater, Código Fractura Expuesta.

Laboratorio Clínico, parte integral de Código Mater, Código Sepsis.

La Subdirección de Pediatría en conjunto con la Subdirección de Planeación trabajan el Protocolo de Atención Pediátrica del paciente con labio y paladar hendido (LPH), para garantizar el abordaje interdisciplinario de manera eficiente en nuestro hospital.

Proyecto de Nefrología: Se tiene en funcionamiento la Clínica de Diálisis Peritoneal, enfocada al seguimiento y atención de pacientes ingresados por Urgencia Dialítica con instauración de DPCA y DPA.

Se implementa Apertura de Sala de Procedimientos en Urgencias, con motivo de brindar atención oportuna a pacientes Nefrológicos con Urgencia Dialita y necesidad de procedimientos invasivos.

Se implementa mesa de trabajo en conjunto con Hematología y la SUM con motivo de elaboración de Procedimiento Interno para Trombo profilaxis.

Por parte de la subdirección de Cirugía las diferentes Divisiones que dependen de esta, se encuentran trabajando en la revisión de los protocolos de atención clínica de las patologías de mayor incidencia en cada especialidad: Labio y Paladar Hendido por Cirugía Plástica; Colecistitis por Cirugía General; manejo de la Desnutrición del Paciente Hospitalizado, Nutriología Clínica; Retinopatía Diabética, Oftalmología; Obstrucción Nasal, Otorrinolaringología; Cáncer de Próstata, Urología; Fractura de Cadera, Ortopedia, Sangrado Uterino, Ginecología. Todos ellos están en proceso para ser presentados ante el Comité de Investigación para poder obtener resultados, concretos y medibles.

En la Subdirección de Epidemiología e Infectología, se encuentra en desarrollo el programa de capacitación para el uso correcto de antimicrobianos para las principales entidades infectocontagiosas considerando en primera instancia la atención de patologías en área de Urgencias, realizándose supervisión continua y auditoria interna de prescripción de Antimicrobianos, realizando tamizajes mediante Censos Diarios y Diagnósticos.

Se ha trabajado en un sistema de recolección de datos enfocado al uso de antimicrobianos de amplio espectro (Ceftriaxona) y el uso adecuado y justificado, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para mejorar la prescripción y disminuir el consumo de este fármaco enfocándose en el área de Urgencias Observación.

Dentro de la supervisión sistemática de los expedientes clínicos se menciona que el manejo se desalinea de la Guía en cuestión, el servicio debe justificar el motivo para ello, es decir, si se trata de un ajuste recomendado por investigación médica reciente con un alto valor de evidencia, pero, que aún no logra escalar a las Guías de Práctica Clínica disponibles o bien, dicha desviación puede deberse a no contar con las condiciones y/o el recurso de equipamiento o fármaco terapéutico para poder ofrecerlo a los pacientes

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

Avance:

Reestructura del servicio de urgencias con cobertura dinámica en todos los turnos.

Semaforización de Urgencias de reciente implementación, lo cual permite optimizar los recursos para los pacientes más graves y agiliza la atención en los mismos. Dicha Clasificación permite identificar y catalogar objetivamente a los pacientes según su prioridad de atención.

Redistribución de Cuentas de Laboratorio, para ingreso y procesamiento de muestras. Se elaboró en conjunto con la Subdirección de Urgencias y Medicina, Servicio Ambulatorios, redistribución de cuentas de laboratorio a personal médico residente y adscritos, permitiendo un mayor control sobre los ingresos de estudios de laboratorio, así mismo realizando un control de estudios de mayor valor a residentes de mayor jerarquía y adscritos. Se eliminaron cuentas de acceso de médicos internos de pregrado. Se eliminó la toma rutinaria de muestras a pacientes de Hospitalización y Urgencias, realizando tomas prioritarias enfocadas objetivamente a la necesidad del paciente. Esto permitió una magna optimización del recurso de laboratorios. Laboratorio Clínico en conjunto con el Servicio de Urgencias, lograron la implementación de medidas para direccionar de manera adecuada los analitos solicitados por paciente en el área de Triage, Choque y Observación, por medio de la generación de paneles acordes a las necesidades de cada paciente, logrando un impacto positivo la manera de distribuir y aprovechar los recursos de nuestro hospital. Dada la alta competencia técnica y de seguridad en los procesos de Laboratorio Clínico, se obtiene la acreditación por medio de una auditoría externa, para la conformidad en la NOM 15189.

Se Genera en Coordinación con Dirección de Administración, Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, Dirección Médica, Comité de Insumos, con sesiones semanales enfocadas a la optimización de medicamento y material de curación.

Se realizó contratación de médicos adscritos en Urgencias, Dermatología, Nefrología, Medicina Interna, reforzando los turnos Vespertinos, Veladas y Turnos Especiales con motivo de iniciar consultas Vespertinas y en Fin de semana.

Se realizó la construcción del Anexo de Urgencias, Sala de Choque y Quirófano de Urgencias, con motivo de mejorar la calidad de atención a pacientes de Urgencias

Se concreta la construcción del Anexo de Urgencias, así como la Sala de Espera para familiares de pacientes hospitalizados en Urgencias.

El Anexo de Urgencias cuenta con 12 camas no censables, disponibles para la atención de pacientes con patología quirúrgica de urgencias, permitiendo así brindar atención de mayor calidad y en condiciones más dignas.

La sala de espera para familiares de pacientes hospitalizados en urgencias, cuenta con un total de 60 lugares. El desarrollo Infraestructural de esta obra permitirá brindar un lugar digno de reposo y espera a los familiares de pacientes, dicha área cuenta con dos espacios para proporcionar informes médicos, lo cual también permitirá mejorar la calidad de atención y comunicación médico-familiar. Se completó la sala de procedimientos en Urgencias. El desarrollo de esta infraestructura, complementa la atención en Urgencias, permitiendo brindar atención medica de mejor calidad y seguridad al momento de realizar

procedimientos invasivos, así mismo se complementa en la atención de pacientes de códigos ERIT, Fractura Expuesta, y pacientes Nefrológicos con necesidad de Biopsias Renales y colocación de Catéter de Diálisis Peritoneal.

Debido al programa de gratuidad y a la alta demanda de servicios de cirugía de alta especialidad se diseñó un programa de insumos para cirugías especializadas enfocado en distribuir los recursos de una manera más óptima, evitando de esta manera la escasez de insumos y asegurando siempre el principio de gratuidad.

En la Subdirección de Pediatría durante el año en curso se detectó el incremento de atención de pacientes con patología de resolución quirúrgica, especialmente apendicitis aguda. En virtud de ello, se reestructuraron los turnos de los médicos especialistas en cirugía pediátrica para tener mayor cobertura en los turnos matutino, vespertino, nocturno y fin de semana, siendo este último turno fundamental para la resolución de las patologías quirúrgicas en nuestro hospital.

Durante el último trimestre del 2023, y derivado del incremento de casos de neumonías adquiridas en la comunidad graves y críticas, la Subdirección de Pediatría obtuvo el apoyo de la Subdirección de Cirugía para realizar la reconversión de dos camas de Cirugía Plástica y Reconstructiva para la atención de los pacientes pediátricos con enfermedad respiratoria grave

Por parte de la Subdirección de Cirugía se ha mantenido en funcionamiento la adquisición de insumos relacionados a la necesidad, a través del Programa denominado "Gasto de Bolsillo"; habiéndose realizado las adecuaciones necesarias para contar con un área para el almacenamiento y la dispensación de los insumos necesarios para la ejecución de un procedimiento quirúrgico. Dicho Programa nos ha permitido dotar de los insumos necesarios para solventar las necesidades de los pacientes con la mejor calidad disponible y de manera inmediata, de tal manera que no existen demoras en la atención de las necesidades quirúrgicas de los pacientes y optimiza el trabajo del personal que debe concentrarse solo en la atención de los pacientes sin que se le generen distracciones adicionales.

Por parte de la Subdirección de Epidemiología e Infectología fue posible la incorporación de médicos adscritos en esta área, permitiendo fortalecer la vigilancia, optimización y seguimiento de pacientes hospitalizados durante turno vespertino y fines de semana y días festivos.

Se otorga atención y orientación a pacientes y familiares tanto en el Área de Informes en Planta Baja de la Torre de Especialidades, como a través del Módulo del Sistema Unificado de Gestión (SUG), del Área de Calidad, poniendo a su disposición diversos medios de contacto:

1. MÓDULO SUG: Atención Personal en el Área de Calidad ubicada en Planta Alta del Edificio de Urgencias.

2. TELÉFONO SUG: 55-4000-3000 Extensiones 6703, 6701, 6727 y 6702.
3. BUZÓN ELECTRÓNICO SUG: quejas_gea@salud.gob.mx
4. BUZONES SUG: instalados en diversas Áreas del Hospital.

De 748 Solicitudes de Atención recibidas en el periodo, se resolvieron 191 quejas quedando pendientes 54. El 10.9% de las solicitudes recibidas fueron de gestión, las cuales son peticiones de apoyo de los usuarios para poder acceder con oportunidad y de manera efectiva a los servicios de salud que brinda el Hospital; el 100% de estas solicitudes de gestión se resolvieron de manera eficiente favoreciendo la interlocución con los diversos servicios médicos y administrativos del Hospital, evitando su transformación en quejas.

5. Durante el periodo de enero a diciembre, fueron aplicadas 1,818, Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, por el Monitor Institucional (Áreas de Calidad), obteniendo un resultado de 83.23% promedio general, como se indica: Consulta Externa se alcanzó un 86.98%, en Hospitalización 90.58% y en Urgencias 76.12%.
6. El Aval Ciudadano aplico un total de 1,367 encuestas, con un promedio general de 85%, como se indica: Consulta Externa 446 con un porcentaje de 87%, Hospitalización 482 con un porcentaje de 91%, Urgencias 439 con un porcentaje de 77%

Por parte de la Dirección de Administración, se realizaron las gestiones necesarias en la ampliación del Servicio de Urgencias de manera temporal, mientras se concluye la Construcción de la Torre de Hospitalización.

La Subdirección de Recursos Humanos, ha cubierto la plantilla de personal, dando prioridad a las áreas sustantivas, así como al Servicio de Urgencias.

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

Avance:

El Subcomité de Revisión del Expediente Clínico durante el periodo de enero a junio sesiono en 5 ocasiones, de julio a septiembre realizó 9 sesiones, de octubre a noviembre 3, en total se han realizado 17 sesiones, el resultado es positivo porque los expedientes demostraron un mayor apego a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, durante el periodo de enero a junio 2023 se revisaron 419 expedientes alcanzando un apego de 14.8%, de julio a septiembre se revisaron 148 expedientes sumando un total general de expedientes

567 con un apego 14.5%, de octubre a diciembre se revisaron 67 expedientes, sumando un total general de 634, enero a diciembre, y un apego general de 13.25% a la NOM 004SSA3-2012 de manteniendo la meta mensual de un 10%.

En la Quinta Sesión del Subcomité de Revisión de Expediente Clínico, se propuso y se aceptó el cambio en el proceso de la evaluación del expediente clínico.

Durante el periodo se registraron los siguientes incidentes: 174 eventos adversos, 6 cuasifallas y 7 eventos centinelas.

Se integraron equipos de expertos para analizar 4 eventos adversos y 7 eventos centinelas, estableciendo las acciones correctivas para evitar o disminuir su recurrencia durante la atención brindada a los pacientes.

A través de la monitorización de la aplicación de las Encuestas de Satisfacción Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, por el Monitor Institucional, en el periodo se aplicaron 1,818, (Áreas de Calidad), obteniendo un resultado de 83.23% promedio general, como se indica: Consulta Externa se alcanzó un 86.98%, Hospitalización 90.58% y Urgencias 76.12%.

En Consulta Externa el Aval Ciudadano aplico 446 encuestas con un porcentaje global de un 87%, en Hospitalización aplico 482 encuestas con un apego de 91%, en Urgencias aplico 439 con un apego de 77%.

El día 11 de abril se presente el proyecto “Optimización del paquete preventivo para neumonía asociada a la ventilación mecánica”, con las siguientes metas: disminuir las neumonías asociadas a la ventilación, reducir los costos y controlar las infecciones; adoptar mejores prácticas, con fines de investigación y publicaciones en revistas internacionales; lograr el Premio Nacional de Calidad y Seguridad en el Paciente, el avance tiene un 100%, el proyecto se está llevando en la Unidad de Choque, en la etapa final el dictamen no fue otorgado a nuestros hospitales ni a las demás instituciones participantes., el día 11 de octubre se presentaron los resultados, se solicitó se ampliara el estudio motivo por el cual el día 9 de noviembre se propuso implementarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se continua en este proceso.

En coordinación con el Departamento de Enfermería Clínica se está trabajando la Clínica de Enfermería Practica Avanzada para personas con diabetes e hipertensión, hasta el mes de junio se tiene un avance de 95%, el 5 de julio del año, se inauguró la clínica alcanzando el 100%.

Se continúa trabajando con la Subdirección de Asunto Jurídicos, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Urgencias y Medicina, Subdirección de Pediatría, el Protocolo de Atención a Probables Pacientes Víctimas de Trata de Personas, tiene un avance de 85%

Se ha establecido una coordinación con las diferentes subdirecciones logrando implementar el Código de Trauma a partir de marzo de esta fecha a septiembre 170

activaciones se han realizado con tiempo de inicio en abril-mayo de 60 minutos de junio a septiembre de 30 minutos de respuesta, de octubre a diciembre una hora con treinta y nueve minutos de respuesta hasta la llegada de la persona beneficiaria a quirófano o bien al servicio en que se inicia la resolución de la atención. y El Código Fractura Expuesta y el código morado tiene un avance de un 93%.

En coordinación con el Departamento de Enfermería Clínica se está trabajando la Clínica de Enfermería Práctica Avanzada para personas con diabetes e hipertensión, se tiene un avance de 95%, el 5 de julio del año, se inauguró la clínica alcanzando el 100%.

En el área médica, debido a la demanda de pacientes en el Hospital, se está protocolizando la atención de los siguientes grupos prioritarios: Urgencias Gastrointestinales, Traumatismos y Fracturas, Urgencias Urológicas, Urgencias Metabólicas, Urgencias Pediátricas Generales, Urgencias Obstétricas

Con el fin de apegarnos a la atención médica basada en valor, se crearon las siguientes clínicas que dan atención específica a criterios de valor para el paciente: Clínica de LPH (expresión oral, aprendizaje, ortodoncia estética postquirúrgica, consejo genético, manejo y herramientas psicológicas), Clínica de Síndrome de Möebius, Clínica para rehabilitación de parálisis facial (reactivación y rehabilitación de músculos faciales), Clínica de Piso Pélvico, rehabilitación por medio de diferentes técnicas para pacientes con secuelas ano-rectales, Proyecto para Clínica de Voz, Clínica de Disfunción de Articulación Temporo-mandibular, que, en colaboración con Rehabilitación, Ortodoncia, Imagen y Psicología, se genera un plan de atención que tiene un impacto directo en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Se continúa colaborando con El Grupo Interinstitucional de RED de Hospitales CCINSHAE para la atención de pacientes con VIH, realizando recepción y referencia de pacientes de forma concertada. Por parte de la Subdirección de Cirugía, cada una de las Divisiones, tiene identificadas aquellas patologías no urgentes, pero que debido al grado de evolución que presentan, requieren de manejo prioritario; para lo cual echan a andar los mecanismos necesarios para priorizar su atención.

Se realiza con conjunto con Nefrología/Epidemiología junta de trabajo y acuerdos para el reporte de variables e Indicadores en pacientes Prioritarios con Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

Atención de pacientes con Diabetes en CAIDI (clínica de atención integral en diabetes) Conformado por equipo Multidisciplinario enfocado a la educación y atención del paciente que vive con diabetes.

Se Realiza enlace por medio del Departamento de Calidad, auditando los desenlaces y tiempos de respuesta en Código ERIT.

Se mantienen Sesiones de Revisión de Casos ERIT, detectando áreas de mejora continua con sus debidas estrategias de mejora.

Se trabajó en colaboración con CCISHAE Red Infarto/INCICH, reportando datos de pacientes Código Infarto. Se continúan Juntas de Seguimiento y Colaboración con RED INFARTO CCINSHAE.

Se ha trabajado en un sistema de recolección de datos enfocado al uso de antimicrobianos de amplio espectro (Ceftriaxona) y el uso adecuado y justificado, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para mejorar la prescripción y disminuir el consumo de este fármaco, enfocada al área de Urgencias Observación. Se implementa en el área de Choque Protocolo de Prevención de Neumonías Asociadas a la Ventilación Mecánica, siendo revisado y auditado por Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria dicho protocolo se encuentra en proceso de extensión al área de Terapia Intensiva del Hospital

Se da seguimiento y auditoría interna a los protocolos clínicos y su apego.

Dentro de las estrategias de evaluación se continúa trabajando con el Grupo Revisor Interno del Expediente Clínico en los diferentes servicios a través de las encargadas y jefas de servicios de Enfermería; este Grupo continúa evaluando mes con mes el llenado correcto y cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en la integración de los Expedientes Clínicos, como lo marca la NOM-004-SSA3-2012

A través del “Comité del Expediente Clínico”, mensualmente se realiza la supervisión de una muestra concertada de expedientes, los cuales deben incluir la aclaración de cuál es la Guía de Práctica Clínica sobre la cual se está teniendo el apego, de tal manera que la atención que se está brindando a los pacientes esté sustentada en evidencia científica documentada.

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

Avance:

Se tiene participación activa del Comité de ética, con Trabajo Social, Subdirección de Gestión de Calidad y con la Subdirección de Recursos Humanos con los cuales se integran cursos y talleres para prevenir la discriminación.

El hospital tiene la política de “Cero Rechazo”, lo cual permite la atención de una gran cantidad de pacientes que acuden diariamente, asegurando la gratuidad y el acceso a los servicios de salud.

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

Se mantienen las gestiones necesarias de enlace con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, para valorar la posibilidad de suscribir un Convenio de Colaboración Interinstitucional, que permita consultar el Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas (PANITLI), herramienta en línea, de apoyo especializado, con el propósito fundamental de brindar información de

intérpretes y traductores en lenguas indígenas para satisfacer la demanda institucional y social en diversos ámbitos, entre ellos la promoción de programas públicos de salud a la población hablante.

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

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

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

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

Avance:

Con fecha 2 de agosto, el personal de la Subdirección de Gestión acudió a la capacitación del Modelo Único de Evaluación de Calidad (MUEC), se define como la estrategia integral, resultado de la sinergia de los procesos de “Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” y Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua y progresiva de la estructura, procesos y resultados.

El 22 de agosto, la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, realizó la Pre evaluación de la Primera Etapa de Modelo Único de Evaluación de Calidad (MUEC).

Dada la alta competencia técnica y de seguridad en los procesos de Laboratorio Clínico, se obtiene la acreditación por medio de una auditoría externa, para la conformidad en la NOM 15189.

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

Avance:

Durante el periodo de enero a diciembre, fueron aplicadas 1,818, Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, por el Monitor Institucional (Áreas de Calidad), obteniendo un resultado de 83.23% promedio general. Por lo que respecta a Consulta Externa se alcanzó un 86.98%, en Hospitalización 90.58% y en Urgencias 76.12%.

En Consulta Externa el Aval Ciudadano aplico 446 encuestas con un porcentaje global de un 87%, en Hospitalización aplico 482 encuestas con un apego de 91%, en Urgencias aplico 439 con un apego de 77%.

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

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

Avance:

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

A través del SEU-GEA (Sistema de Captura Electrónica de Urgencias) se captura la información de los pacientes que asisten a consulta o atención en esta área y se ha logrado tener un sistema más controlado de pacientes.

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

Avance:

Por parte de la Subdirección de Pediatría se realizó la apertura de la consulta de neurología pediátrica, con base en el rezago de la atención de los pacientes pediátricos de nuestra institución que ameritan este servicio, especialmente en hospitales de tercer nivel.

A partir del mes de marzo de 2023, esta especialidad atiende pacientes en la consulta externa en el turno vespertino dos días por semana.

A partir del 1 de septiembre, se incrementaron los días de consulta de neurología pediátrica para solventar la alta demanda.

Se realizaron las gestiones para iniciar la agenda de consulta de cirugía pediátrica en fin de semana.

Se realizaron las gestiones para que, a partir de enero de 2024, se habilite la consulta de cardiología pediátrica para la valoración ambulatoria de pacientes derivados de diferentes clínicas quirúrgicas (malformaciones craneofaciales y labio paladar hendido).

Se realizó integración de equipo de nefrología, y nefrología intervencionista, enfocado en la atención de pacientes con urgencia dialítica.

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

Avance:

Se fortaleció la relación con el CRUM para la correcta referencia de pacientes.

Acorde a las necesidades de cada paciente, se instalaron radios de baja frecuencia para poder facilitar el presentar casos especiales y que se asignara traslado y referencia concertada, todo esto desde la viabilidad de cada hospital en coordinación por el CRUM.

Se establecieron Convenios de referencia al Instituto Nacional de Cancerología para pacientes con cáncer; Convenio con el Instituto Nacional de Pediatría para atención de urgencias quirúrgicas en el hospital, sobre todo apendicitis en niños. A su vez, se trabaja en un convenio para dar continuidad a la atención de pacientes con Enfermedades Lisosomales.

Por parte de la Subdirección de Cirugía, se mantiene una comunicación directa para el envío concertado de pacientes con requerimientos quirúrgicos del Hospital Nacional Homeopático y de igual manera nos mantenemos atentos a la referencia de pacientes quirúrgicos pediátricos que son referidos de otras Instituciones dependientes de la CCINSAE que no disponen de esta especialidad.

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

Avance:

Se llevaron a cabo reuniones con CONAHCYT para el posible desarrollo en conjunto con el Hospital de un sistema electrónico de expediente.

Imagen y Radiología: se encuentra en gestión la adquisición del sistema RIS/PACS para la visualización, interpretación y correcto diagnóstico y difusión a las áreas médicas de los estudios de Imagen que se realizan a nuestros pacientes, esto para la modernización y aumento en la calidad de la atención.

Se realizó actualización de calendario de médicos adscritos y residentes, desglosados por clínicas de atención con motivo de mejorar la captura de datos bioestadísticos.

Se realiza en colaboración y coordinación de la Dirección de Desarrollo e Integración Institucional y Dirección Médica, elaboración de Sistema de Indicaciones Electrónicas, con propósito de estandarizar el proceso y optimizar los recursos.

Asimismo, ambas áreas participan en el diseño y desarrollo del Expediente Clínico Electrónico.

Se terminó de desarrollar y se implementó la herramienta informática para mejorar la atención de los pacientes y para el registro de las actividades, facilitando el trabajo cotidiano, en las áreas de Urgencias, denominada SEU-Gea, así como, la herramienta para la programación de Consulta externa denominada RDPAC CE. con motivo de mejorar los registros de atención médica y productividad.

Actualmente el área Infectología trabaja bajo un sistema de control de Excel para consulta y el seguimiento de los pacientes.

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

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

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

Avance:

Se capacitan de manera permanente los profesionales que se van integrando en los equipos interdisciplinarios que se forman entre las diferentes especialidades del Hospital, para el control, tratamiento y seguimiento de padecimientos. Algunas de las acciones llevada a cabo son: Diseño y Desarrollo de CAIDI GEA, Clínica de Atención integran en Diabetes (Medicina Interna, Enfermería, Oftalmología, Nutrición Clínica)

Se fortalece el lazo entre urgencias y todos los servicios inter-consultantes (urología, otorrinolaringología, cirugía plástica, endoscopia).

Se integra a la dinámica de uso de la sala de procedimientos de Urgencias, al equipo de Nefrología, quienes se enfocan a la atención oportuna de todo paciente con Urgencia dialítica y pronta colocación de Catéter de diálisis Peritoneal.

Contratación de personal: cirujano pediatra, cirujana vascular, radiólogo intervencionista, médico foniatra.

Se fortalecieron las áreas críticas pediátricas con la contratación de dos intensivistas pediatras y una urgencióloga en los turnos nocturnos y especial. Asimismo, se garantiza la atención de neonatología y unidad toco-quirúrgica en el turno especial con la incorporación de dos neonatólogas.

En la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos se han realizado alrededor de 54 bloqueos regionales como medida diagnóstica o terapéutica en pacientes con algún tipo de dolor crónico que no responden a los manejos farmacológicos convencionales, siendo en algunos casos infiltraciones con anestésicos y esteroides, y en ocasiones con toxina botulínica con resultados favorables, a la vez siguiendo el protocolo Internacional de manejo analgésico en pacientes con dolor crónico.

Radiología Intervencionista, desde su apertura en noviembre de 2023, se han realizado 55 procedimientos diagnósticos ambulatorios y 81 procedimientos terapéuticos ambulatorios, tales como: drenajes percutáneos biliares, renales, embolización de diversos tumores, colangiografía percutánea, entre otros.

Se atiende de forma inmediata a las pacientes de código mater a través de la activación del mismo, donde todas las partes involucradas participan., así mismo la división de anestesiología indica junto con personal de enfermería el área al cual se reciban a las pacientes proveniente de urgencias, ya sea a los quirófanos del 2do piso o a quirófanos generales en 6to piso según disponibilidad, cuando se confirma que la atención es quirúrgica, junto con los servicio de ginecología y obstetricia, terapia intensiva, en su caso pediatría y más servicios involucrados.

La Subdirección de Anestesia y Terapias, en julio del 2023, en su División de Anestesia y en acuerdo con 2 áreas quirúrgicas, se asignan quirófanos, los martes para traqueotomías y los viernes para poder programar biopsias, ya que al competir con otras urgencias, no eran prioridad para ocupar salas quirúrgicas, a su vez eran hospitalizados y no avanzaban los procedimientos en el caso de las biopsias y enviar a su domicilio con diagnóstico histopatológico, retrasando por días su alta y ocupando camas que son muy necesarias por la demanda del hospital.

La División de Terapia Respiratoria realiza modificación de su personal, tanto en su turno nocturno, así como en el fin de semana, haciendo una mejor cobertura con

apoyo en su dinámica de atención en esos turnos tanto en urgencias como en pacientes hospitalizados.

También se lleva a cabo en los quirófanos centrales la procuración de órganos, esto el día 26 de julio del presente año, llevándose a cabo con éxito todo el procedimiento médico, administrativo e interinstitucional.

Se realizan nuevas contrataciones de médicos anestesiólogos en los diferentes turnos, con fecha de inicio del 16 de septiembre 2023, con un adscrito en la velada A (lunes, miércoles y viernes), también se contrata otro anestesiólogo en la velada B (martes, jueves y domingo), ambos turnos abren una sala para cirugías de urgencias. Así mismo se contratan 3 médicos anestesiólogos el fin de semana, con el objetivo de abrir 3 salas más y así de 4 o 5 salas que se abrían, ahora se abrirán de 7 a 8 salas, distribuyéndose 4 para cirugías programadas y 4 para cirugías de urgencias incrementando las cirugías rezagadas debido a la pandemia por covid-19.

Se realizan procedimientos quirúrgicos con incremento aproximadamente de un 20% en quirófanos centrales y en 2do piso en quirófanos de cirugía ambulatoria se realizan 176 procedimientos de ginecología con un quirófano en el mes de agosto del 2023, así se contempla la apertura de un 2do quirófano en los últimos días del mes de septiembre y que se registrará en el siguiente trimestre su productividad.

En el último trimestre del 2023 se realizaron 245 procedimientos quirúrgicos en la Unidad toco Quirúrgica en el 2do piso, y de las cirugías programadas tanto de ginecología y de cirugía plástica y reconstructiva fueron 136, esto con la segunda sala que se abrió para programar en 2do piso de cirugía ambulatoria.

A partir de diciembre de 2023, en la Subdirección de Pediatría derivado de la disponibilidad de nuevas plazas de médicos especialistas fue posible que un especialista en cardiología pediátrica se integrara al turno vespertino, pudiendo realizar estudios ecocardiográficos en pacientes hospitalizados con sospecha de cardiopatías congénitas, enfermedades cardiovasculares, o hipertensión pulmonar, entre otros, garantizando el diagnóstico oportuno de patologías de pacientes graves y críticos de neonatología y terapia intensiva pediátrica. Durante el mes de diciembre se realizaron 44 estudios en pacientes pediátricos.

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

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

Avance:

Se llevó a cabo una reunión con los Directores Generales del Instituto Nacional de Cancerología y con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en donde se invitó a participar de forma activa con cirugías con el DaVinci del GEA, intercambio de residentes para rotaciones en Robot, participar en el mantenimiento del sistema Da Vinci, compartir la compra de insumos, a su vez se les invitó a tener un día quirúrgico programado en el Hospital GEA, sin embargo, ninguna de las dos instituciones mencionadas quisieron participar en dicho proyecto.

La División de Radiología e Imagen, genera un convenio con el INER y el INN para realizar los estudios que requieren para Resonancia Magnética, esto para apoyar en la necesidad con la que sus pacientes cuentan.

Se solicitó la continuidad de un Acuerdo de Colaboración entre este Hospital General y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para la realización de estudios de Emisiones Otoacústicas y Potenciales Auditivos e Impedanciometría.

Se continua con los acuerdos entre los servicios de urgencias del INPER, y los servicios de urgencias y ginecobstetricia del GEA, generando acuerdos productivos en la forma y contactos para la referencia de pacientes.

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

Avance:

El Comité de Referencia y Contrarreferencia de nuestro Hospital, ha mejorado la comunicación con el Comité de Referencia y Contrarreferencia de la Zona Sur (CorreSur) y con las Jurisdicciones de Primer Nivel.

Se solicitó la continuidad del convenio de colaboración con el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán para la realización de estudios de gammagrafía debido al cierre de nuestra Unidad de PET/SPECT/CT.

Se solicitó la continuidad de un Acuerdo de Colaboración entre este Hospital General y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para la realización de estudios de Emisiones Otoacústicas y Potenciales Auditivos e Impedanciometría.

Se continua con los acuerdos entre los servicios de urgencias del INPER, y los servicios de urgencias y ginecobstetricia del GEA, generando acuerdos productivos en la forma y contactos para la referencia de pacientes.

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

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

Avance:

Derivado de las reuniones de directivos del personal de salud se formaron equipos de trabajo para el logro de objetivos y seguridad del paciente. Entre ellos tenemos: En coordinación con el Departamento de Enfermería Clínica se está trabajando la Clínica de Enfermería Práctica Avanzada para personas con diabetes e hipertensión.

Se continúa trabajando con la Subdirección de Asunto Jurídicos, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Urgencias y Medicina, Subdirección de Pediatría, el Protocolo de Atención a Probables Pacientes Víctimas de Trata de Personas.

Se ha establecido una coordinación con las diferentes subdirecciones logrando implementar el código de trauma. y el Código fractura expuesta

EQUIPO ERIT- Conformado por Servicios de Ortopedia, urgencias, Cirugía General, Imagenología, Anestesiología, Seguridad.

Se implementa la atención de Endoscopia de Urgencias en conjunto al desarrollo de la Sala de Procedimientos en Urgencias. Lo anterior con motivo de brindar un espacio óptimo para la realización de Endoscopias Diagnósticas y Terapéuticas en el Área de urgencias, a pacientes con Sangrado masivo e Inestabilidad Hemodinámica.

EQUIPO CÓDIGO MATER – conformado por Servicios de Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Imagen, Banco de Sangre, Anestesiología, Terapia Intensiva.

Se presentó el proyecto “Optimización del paquete preventivo para neumonía asociada a la ventilación mecánica”, con las siguientes metas: Disminuir las neumonías asociadas a la ventilación, reducir los costos y controlar las infecciones; Adoptar mejores prácticas, con fines de investigación y publicaciones en revistas internacionales; Lograr el premio nacional de calidad y seguridad en el paciente, Este proyecto tiene avanece de un 100%, y se está llevando en la Unidad de Choque, en octubre se realizó la presentación de los resultados, y se solicitó se ampliara el estudio motivo por el cual al mes de noviembre, se propuso implementarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se continua en este proceso.

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

Avance:

Se llevaron a cabo reuniones con CONAHCYT para el posible desarrollo en conjunto con el Hospital de un Sistema Electrónico de Expediente. Colaboran y coordinan por parte del Hospital la Dirección Integración y Desarrollo Institucional y la Dirección Médica,

Imagen y Radiología: se encuentra en gestión la adquisición del sistema RIS/PACS para la visualización, interpretación y correcto diagnóstico y difusión a las áreas médicas de los estudios de Imagen que se realizan a nuestros pacientes, esto para la modernización y aumento en la calidad de la atención.

Se realizó actualización de calendario de médicos adscritos y residentes, desglosados por clínicas de atención con motivo de mejorar la captura de datos bioestadísticos.

Se realiza en colaboración y coordinación de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional y Dirección Médica, el Sistema de Indicaciones Electrónicas, con propósito de estandarizar el proceso y optimizar los recursos.

Se terminó de desarrollar y se implementó la herramienta informática para mejorar la atención de los pacientes y para el registro de las actividades, facilitando el trabajo cotidiano, en las áreas de Urgencias, denominada SEU-Gea.

Se terminó e implementó la herramienta para la programación de Consulta externa denominada RDPAC CE. con motivo de mejorar los registros de atención médica y productividad.

Actualmente el área Infectología trabaja bajo un sistema de control de Excel para consulta y el seguimiento de los pacientes.

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

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

Avance:

El Departamento de Apoyo Técnico y Enlace Institucional, en colaboración con el Comité de Ética de la entidad, ha realizado, diversas actividades de difusión relacionadas con la prevención, atención y sanción de las conductas de hostigamiento sexual y acoso sexual (HSyAS), y contra todas las formas de violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres, utilizando medios físicos, como impresión de carteles, y electrónicos, como la colocación de diapositivas en el pase de diapositivas del protector de pantalla de todas las computadoras del Hospital.

El Programa Anual de Capacitación 2023 incluyó los siguientes cursos en línea, mismos que se difundieron mediante la Circular-017: 1. Administración Pública Federal libre de violencia. Combate al acoso sexual y al hostigamiento sexual. 2. Súmate al protocolo. 3. Inducción a la igualdad entre mujeres y hombres. 4. Masculinidades: Modelos para transformar. 5. Comunicación incluyente y sin sexismo. 6. Yo sé de género 1-2-3: Conceptos básicos de género. 7. Género, masculinidades y lenguaje incluyente y no sexista. Los mencionados cursos están abiertos para todo el personal adscrito al Hospital y previstos para su realización durante todo el presente ejercicio fiscal.

Se develó la placa Cero tolerancia al hostigamiento sexual y al acoso sexual.

Además, se ha difundido, por medio de correo electrónico, la obligación de las personas consejeras designadas en la entidad, de reciente ingreso y del año previo, y las personas integrantes propietarias y suplentes del Comité de Ética, de registrarse y acreditar el curso: Atención a casos de Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual en la Administración Pública Federal.

Se realizó en el mes de julio dos sesiones de sensibilización e información al personal del Área de Urgencias, siendo un total de 40 personas asistentes, entre personal médico residente y médico adscrito.

En el mes de agosto se dio inicio a la campaña para identificar a las Personas Consejeras en casos de HSyAS, en el hospital, difundiendo información en diversos medios físicos y electrónicos, para el conocimiento de la población del Hospital.

Se mantiene la difusión del Protocolo para la Atención, Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual, por medios electrónicos, a través de la permanencia del documento en la página web del Hospital, sección de Acciones y Programas / Integridad Pública, adicional a lo anterior, se solicitó la colocación de los dos carteles anexos sobre el tema, en el pase de diapositivas del protector de pantalla de todas las computadoras del hospital.

Durante el Cuarto trimestre del Ejercicio 2023, el Comité de Ética del Hospital General "Doctor Manuel Gea González", realizó Conferencias que favorecen la sensibilización y toma de conciencia en cuanto a temas como: Derechos Humanos, Respeto y Trato Digno y Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual, como ejemplos de Conductas Éticas específicas para las Personas Servidoras Públicas, PSP, a lo cual se puede agregar, la promoción del curso Atención a Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual en la Administración Pública Federal y la colocación de materiales diversos sobre el mismo tema.

Como parte de sus obligaciones el Comité de Ética, elabora anualmente un Informe Anual de Actividades, donde se destacan las diversas actividades de prevención y

atención de conductas de hostigamiento sexual y acoso sexual, particularmente en las secciones: Capacitación - Sensibilización, Difusión y Atención a denuncias.

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

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

Avance:

Existen mecanismos para el reporte de todo tipo de evento adverso.

Se participa en su análisis y en establecer medidas para evitarlos.

Durante el periodo se registraron los siguientes incidentes: 174 eventos adversos, 6 cuasifallas y 7 eventos centinelas.

Se continuó con la difusión del tríptico sobre las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, conforme a la publicación del DOF: 16/06/2023, ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente,

Se inicia la actualización de las metas internacionales/acciones esenciales para la seguridad del paciente.

El 22 de agosto, la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia, realizaron la Preevaluación de la Primera Etapa de Modelo único de Evaluación de Calidad (MUEC), que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua e progresiva de la estructura, procesos y resultados.

El día 27 de noviembre se instalan en las computadoras de las centrales de enfermería las acciones esenciales de seguridad del paciente actuales, el Modelo Único de Evaluación de Calidad (MUEC) y Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

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

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

Avance:

En los Servicios Quirúrgicos se realizó mantenimientos de equipos de endoscopia, se gestionó el mantenimiento del robot DaVinci, equipo de otorrinolaringología, torres de laparoscopia, máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas.

En Patología y Citología: se encuentran en gestión los contratos para mantener los equipos a la vanguardia con el correcto cumplimiento de los mantenimientos tanto preventivos como correctivos, y así, poder continuar brindando atención de la más alta calidad médica y técnica.

En Rehabilitación los contratos de mantenimiento tanto correctivos como preventivos, se encuentran vigentes.

Imagen logró la continuidad de los mantenimientos preventivos y correctivos de todos los equipos pertenecientes a esta División, se encuentra en gestión el contrato para el 2024.

En Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, sus equipos se encuentran en comodato y los mantenimientos, se realizan en tiempo y forma por la empresa contratada.

Se tienen identificadas las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo de refrigeradores de red fría para vacunas.

Se gestionó el mantenimiento de los equipos de ventilación y respiratorios.

En La subdirección de Anestesia y Terapias en sus diferentes divisiones y departamento de quirófanos, sus contratos de mantenimiento preventivos y correctivos se encuentran vigentes, así mismo se están preparando los siguientes contratos del próximo año 2024.

Se realizó la gestión para el mantenimiento preventivo y correctivo de las maquinas PUVA para garantizar Fototerapia a pacientes dermatológicos.

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

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

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

Avance:

Servicios Quirúrgicos: mantenimientos de equipos de endoscopia, se gestionó el mantenimiento del robot DaVinci, equipamiento de otorrinolaringología, torres de laparoscopia, máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas.

Patología y Citología: se encuentra en gestión el proyecto de inversión en donde se justifica y solicita la renovación completa del área, con nuevos equipos y contratos para mantenerlos a la vanguardia con el correcto cumplimiento de los mantenimientos tanto preventivos como correctivos, y así, poder continuar brindando atención de la más alta calidad médica y técnica.

Rehabilitación: los contratos de mantenimiento tanto correctivos como preventivos, se encuentran vigentes, el reto ha sido el conseguir empresas que den servicio a equipos ya con larga trayectoria de uso, sin embargo, se mantienen en la mejor condición y cuidado para continuar brindando atención de la mejor calidad. Se aprueba el Proyecto de Inversión para el equipamiento de la División de Rehabilitación y Foniatría.

Imagen: se logró la continuidad de los mantenimientos preventivos y correctivos de todos los equipos pertenecientes a esta División, se encuentra en gestión el contrato para el 2024 y se aprobó el Proyecto de Inversión para el equipamiento y adecuación para Radiología e Imagen 2025-2027. Asimismo, se gestionó el equipamiento de la nueva torre de hospitalización.

En Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, sus equipos se encuentran en comodato y los mantenimientos, se realizan en tiempo y forma por la empresa contratada, sin embargo, nos encontramos en gestión de licitación para los nuevos proveedores y equipos, en calidad de compra de insumos y comodato, no como servicios integrales, esto generará una renovación de los equipos y garantizará la modernización y vanguardia para la atención.

Patología: comienza la modernización con equipo de vanguardia para el procesamiento de los tejidos, en gestión el nuevo contrato para 2024, para garantizar los insumos y, de ser requerido, los equipos que contribuyan a poder brindar seguridad diagnóstica y de la más alta calidad.

Se tienen identificadas áreas relacionadas con el fortalecimiento de infraestructura, en específico la correspondiente al área de vacunas, así como las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo de refrigeradores de red fría para vacunas.

Cabe señalar que dicha área se tiene considerada a ser incorporada a la torre nueva de hospitalización, con el equipo necesario. De forma puntual se han realizado adecuaciones en infraestructura para mejorar el funcionamiento en dicha área.

Continuamos con la necesidad de fortalecimiento del Servicio de Pediatría y Neonatología con equipo dirigido a la detección de cardiopatías en pacientes

vulnerables como prematuros, patologías pulmonares y enfermedades congénitas como labio y paladar hendido.

Se gestionó el mantenimiento de los equipos de ventilación y respiratorios.

Las Divisiones dependientes de la Subdirección de Cirugía durante el mes de agosto, trabajaron en actualizar las necesidades de mantenimiento a los equipos con los cuales actualmente cuentan; esta información se envió a la Subdirección de Servicios Generales, quienes se encuentran en la etapa de evaluar la suficiencia presupuestal y determinar las prioridades. Entre las garantizadas están: Mantenimiento a Robot y Unidades de Otorrinolaringología.

La subdirección de Anestesia y Terapias en sus diferentes divisiones y departamento de quirófanos, sus contratos de mantenimiento preventivos y correctivos se encuentran vigentes, así mismo preparando los siguientes contratos del próximo año 2024.

Se realizó la gestión para el mantenimiento preventivo y correctivo de las maquinas PUVA para garantizar Fototerapia a pacientes dermatológicos.

Además de todo esto, se elaboró el Mecanismo de Planeación para el periodo de 2025 – 2027, en el cual se determinaron los programas a fortalecer.

Se reforzará la atención de los equipos por parte del Departamento de Vinculación y Gestión de Tecnologías Aplicadas en la Salud a las áreas críticas, para lo cual se solicitó la adquisición de refacciones y consumibles, lo que reforzaría el programa de ahorro y sustentabilidad.

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

Indicador		Línea base (Año)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
Meta para el bienestar	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria).	7.9% (2018)	7.2% (2019)	6.1% (2020)	6.3% (2022)	5.5% (2022)	5.5% (2023)	7.4% (2024)
Parámetro 1	Porcentaje de surtimiento de recetas para pacientes hospitalizados.	99% (2018)	96.72% (2019)	99.61% (2020)	99.1% (2021)	95.4% (2022)	91.3% (2023)	100% (2024)
Parámetro 2	Porcentaje de atención médica a pacientes receptores de violencia.	ND (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	100% (2022)	100% (2022)	100% (2023)	100% (2024)

Nota:

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

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

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

Resultados

Actividades relevantes

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

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

Avance:

Participación activa con el Comité de Ética, con Trabajo Social, Subdirección de Gestión de Calidad y con la Subdirección de Recursos Humanos con los cuales se lleva a cabo cursos y talleres para prevenir la discriminación.

El hospital tiene la política de “Cero Rechazo”, lo cual permite la atención de una gran cantidad de pacientes que acuden diariamente, asegurando la gratuidad y el acceso a los servicios de salud.

La Subdirección de Recursos Humanos incluyó en el Programa Anual de Capacitación (PAC) 2023, 17 acciones de capacitación en línea, a fin de coadyuvar al cumplimiento de las estrategias previstas por el Comité de Ética de este Hospital, cuyo objetivo es el fortalecimiento de las capacidades de las y los servidores públicos, lo cual se vea reflejado en una mejora de la atención en los servicios de

salud, dentro de su ámbito de competencia, lo que conlleva a alcanzar las metas establecidas por la Institución.

Entre las que podemos anotar: Inducción a la Igualdad entre Mujeres y Hombres; Comunicación Incluyente y Sin Sexismo; Yo sé de Género 1-2-3 (Conceptos Básicos de Género; marco internacional para la igualdad de género; y promoción de la igualdad de género en el sistema de la ONU); Acceso Sin Discriminación a los Servicios de Salud para las Personas de la Diversidad Sexual; Derechos Humanos en el Servicio Público; Género, Masculinidades y Lenguaje Incluyente; Autonomía y Derechos Humanos de las Mujeres; Derechos Humanos y Salud.

Asimismo, se realizó la difusión por parte del área de recursos humanos, a las personas titulares de las Direcciones, Subdirecciones, Jefaturas de División y de Departamento de este Hospital General.

En lo que se refiere a los procesos de ingreso, el área de recursos humanos busca adoptar las mejores prácticas de administración del talento que permitan identificar a las personas postulantes a ocupar un puesto en este Hospital General, así como los compromisos de buenas prácticas en materia de equidad de género e igualdad de oportunidades, como un sistema de gestión que contribuya a crear un espacio libre de estereotipos y con perspectiva de género en el ambiente laboral, en igualdad de oportunidades, sin discriminación por edad, discapacidad, color de piel, cultura, sexo, condición económica, apariencia física, características genéticas, embarazo, lengua, opiniones, preferencias sexuales, identidad o filiación política, estado civil, situación familiar, responsabilidades familiares de fundamental importancia en el desarrollo humano.

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

Avance:

En la consulta externa de Infectología se ofrece atención a personas vulnerables, siendo la atención de personas que viven con VIH un motivo importante de atención, destacando que una gran mayoría de dichos usuarios forman parte de la comunidad LGBTTTI.

Derivado de la política de “Cero Rechazo” y múltiples capacitaciones dirigidas al personal administrativo, médico y paramédico del Hospital, nos hemos apegado a la guía para el acceso sin discriminación, pero la política interna más relevante en relación a esto:

Cuando acude un paciente transexual, transgénero o no binario, se le pregunta su nombre, en caso de que este requiera internamiento (y en caso de que sus documentos de identificación no sean concordantes) con todo respeto se hace la

aclaración (al paciente o a los familiares) de que el personal del hospital nos dirigiremos a la persona por cómo se identifica y el que dice que es su nombre, sin embargo para la cuestión legal, los laboratorios y las notas del expediente clínico, se generarán acordes a su documentación legal.

Por parte de las Divisiones dependientes de la Subdirección de Cirugía, se garantiza un trato igualitario para todos los pacientes, sin exclusiones o discriminaciones; particularmente la División de Cirugía Plástica, ofrece tratamientos especializados para los pacientes afines al grupo LGBTTTI, y ya se cuenta con protocolos estandarizados para poder llevar su atención sin limitaciones o restricciones, pudiendo garantizarles un acceso pleno a los servicios de salud que ofrece esta Institución.

Por parte de la Subdirección de Servicios Ambulatorios, se solicitó que todo personal que tenga trato directo con los pacientes, reciba capacitación virtual para la sensibilización y actualización en materia de diversidad sexual y de género, promoviendo el trato digno, igualitario y respetuoso a todo paciente que acuda al Hospital.

Por medio de la colaboración del Departamento de Apoyo Técnico y Enlace Institucional, el Comité de Ética de la entidad y la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Empleo y Capacitación, se envió a las personas titulares de las Direcciones, Subdirecciones, Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General “Doctor Manuel Gea González”, un correo electrónico donde se solicita de sus apoyo a fin de difundir entre todas las personas servidoras públicas la disponibilidad del curso en línea: Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Salud para las Personas de la Diversidad Sexual, donde se agrega la dirección electrónica para el registro y acceso; además de hacerse el exhorto de cumplir con la actividad antes del 15 de febrero de 2023. A lo anterior, se agrega la Circular_003-2023_Acceso sin discriminación, para facilitar la socialización de la información y convocatoria; firmada por la Subdirectora de Recursos Humanos. Además, se diseña y publica en todas las computadoras del Hospital, dentro del pase de diapositivas del protector de pantalla, un cartel que hace del conocimiento de todas las personas servidoras públicas de la entidad, la existencia del Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTIQ+ y se diseña e inserta un código QR para facilitar su acceso, conocimiento y difusión para el uso. Al cierre del ejercicio 2023, 163 personas se capacitaron en el curso de citado, dentro de la plataforma EDUCAD de la Secretaría de Salud.

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

Avance:

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

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

En el caso de pacientes, cuando se presenta alguna inconformidad relacionada con la dispensación de medicamentos, se tiene implementado un sistema de Atención y Orientación a pacientes y familiares tanto en el Área de Informes en Planta Baja de la Torre de Especialidades, así como a través del Módulo del Sistema Unificado de Gestión (SUG), del Área de Calidad, poniendo a su disposición diversos medios de contacto:

1. MÓDULO SUG: Atención Personal en el Área de Calidad ubicada en Planta Alta del Edificio de Urgencias.
2. TELÉFONO SUG: 55-4000-3000 Extensiones 6703, 6701, 6727 y 6702.
3. BUZÓN ELECTRÓNICO SUG: quejas_gea@salud.gob.mx
4. BUZONES SUG: instalados en diversas Áreas del Hospital.

Además, se realizan Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, en ellas pueden plantear su inconformidad en cuanto a la dispensación de medicamentos. Estas encuestas las administra el Monitor Institucional (Áreas de Calidad).

Por lo que corresponde al Comité de Insumos de este Hospital, se han llevado a cabo 15 sesiones extraordinarias durante el año 2023, en dichas sesiones se han acordado varios temas y dentro de los mismos destacan los siguientes: Feria de insumos para la promover la utilización de insumos de bajo y nulo movimiento; traspaso de claves de medicamentos y material de curación (226 claves) para contar con la disponibilidad requerida por el hospital, conforme a los usos de acuerdo a los Programas de Gratuidad y Hospitalización; listado de existencias con el estatus de cada insumo, (lento, y nulo movimiento) para hacer saber a las áreas del hospital la disponibilidad de los mismos; estatus del avance de los contratos propios y de compra consolidada mínimos y máximos, así como los que se han ampliado al 20%; homologación del catálogo de material de curación para su mejor identificación (Clave de compendio nacional de medicamentos y código interno).

Se integraron grupos de trabajo para la mejor integración de los anexos técnicos de las áreas usuarias del medicamento y material de curación.

Se ha llevado a cabo un trabajo conjunto de análisis por parte de las áreas médicas y administrativas que dentro del seno del Comité de Insumos de este hospital y de conformidad a su tramo de control planean y determinan la demanda de medicamentos y material de curación necesarios para el cumplimiento de objetivos, dichos insumos en la actualidad son adquiridos principalmente a través de los diversos procedimientos consolidados de contratación y aquellos que han sido determinados como no consolidables y/o liberados son adquiridos a través de licitación pública por parte del Hospital.

A través de la feria de insumos las áreas usuarias identificaron insumos que no conocían por descripción o mediante clave del compendio nacional de medicamentos, lo cual trajo como beneficio la utilización de los insumos que no tenían estatus de lento y mulo movimiento.

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

Avance:

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

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

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

Continúa en marcha el protocolo de traslado intra hospitalario seguro del paciente crítico al 100%

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

Se continúa con el código fractura expuesta.

Asimismo, se continúa y fortalece el código infarto con el apoyo y referencia del Instituto Nacional de cardiología.

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

Avance:

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

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

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

Avance:

Se solicitaron más plazas a través del INSABI y la CCINSHAE, las cuales se destinarán a fortalecer los turnos vespertinos, nocturnos y fines de semana. Incluye personal médico, enfermería y paramédico.

Se identificó las necesidades de personal, y se logró la gestión con apoyo de CCINSHAE de 140 plazas de médicos especialistas y enfermeras.

A través de la contratación de personal médico y de enfermería con el apoyo de la CCINSAE, se está fortaleciendo, por lo pronto, con un médico adicional a las Divisiones de Ortopedia, Cirugía general, Oftalmología, Urología y Endoscopia, con lo cual pretendemos aumentar la productividad quirúrgica y de consulta de estas especialidades.

La subdirección de Anestesia y Terapias, en base a necesidades de personal en otros turnos, se hacen modificaciones de horarios y cambios de turno de personal de la División de Anestesiología, del matutino al vespertino, así mismo, se recorren horarios con el fin de dar continuidad a los procedimientos quirúrgicos ambulatorios, programados de hospitalización y de urgencias, esto con el objetivo de atender más población con necesidades quirúrgicas.

También se pudo distribuir con mejor equidad las salas de los quirófanos centrales en 6to piso, dejando 6 salas para cirugía programadas (incluyendo la sala 9 para cirugía robótica) y 4 salas para las urgencias.

La División de Rehabilitación consolidó con un médico y dos terapeutas, el turno vespertino.

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

Avance:

Se entregan resultados de auditorías internas en las Divisiones y Departamentos

Se llevan a cabo Cursos y Seminarios en caso de ser necesarios.

Se promueve la capacitación continua del personal médico especialista, terapeutas, rehabilitadores físicos, técnicos radiólogos y técnicos de laboratorio.

Periódicamente se hace revisión de buenas prácticas clínicas por divisiones de servicio.

En el mes de septiembre se inició la revisión de los Protocolos de Atención Clínica, empezando con la atención de las patologías de mayor incidencia en las Divisiones Quirúrgicas, de tal manera que, con el desarrollo de las mismas, garantice que se le dará puntual aplicación a las recomendaciones generadas por dicha revisión sistemática de las guías disponibles.

Desde la Subdirección de Pediatría y en conjunto con la División de Pediatría Clínica, se trabajaron acciones de mejora para la adecuada operatividad del Banco de Leche Humana, con posterior supervisión de la Red Mexicana de Bancos de Leche Humana coordinados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva alcanzando un nivel de cumplimiento del 66.8% en la evaluación de septiembre de 2023, siendo significativamente mayor a la evaluación de marzo de 2023 del 15%.

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

Avance:

En conjunto con Medicina Interna (Hematología), se inició el protocolo para la trombo-profilaxis en pacientes hospitalizados, organizándose una Mesa de Trabajo para la elaboración del procedimiento interno para tromboprofilaxis.

Se tiene un programa de control de infecciones establecido y actualmente se encuentra en proceso el desarrollo de herramientas para que los diferentes servicios con atención clínica contribuyan con información, que permita mejorar la calidad de datos y sean partícipes de estrategias que mejoren el impacto en cuanto a prevención y control de infecciones. La información generada en las áreas de control de infecciones y monitoreo de resistencia a los antimicrobianos se presentó de forma mensual e ininterrumpida durante el 2023 en el Comité de CODECIN.

El protocolo de fármaco vigilancia se está trabajando con el área de Farmacia dependiente de la Subdirección de Calidad.

Durante el mes de septiembre se reactivó el “Comité de Fármaco vigilancia”, el cual recibirá todas las notificaciones generadas por las diferentes áreas para mantener un control adecuado de los fármacos utilizados en los pacientes, evaluar su eficacia y la seguridad para el paciente.

Las Divisiones Quirúrgicas participan de manera directa en la prescripción de la Trombo profilaxis en aquellos pacientes que así lo ameritan.

Se presente el proyecto “Optimización del paquete preventivo para neumonía asociada a la ventilación mecánica”, con las siguientes metas: •Disminuir las neumonías asociadas a la ventilación, reducir los costos y controlar las infecciones; adoptar mejores prácticas, con fines de investigación y publicaciones en revistas internacionales; lograr el premio nacional de calidad y seguridad en el paciente, el avance tiene un 100%, el proyecto se está llevando en la Unidad de Choque, en la etapa final el dictamen no fue otorgado a nuestros hospitales ni a las demás instituciones participantes., en octubre se presentan los resultados, en la presentación se solicitó se ampliara el estudio motivo por el cual en noviembre se propuso implementarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se continua en este proceso.

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

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

Avance:

Participación activa en el Comité de ética, con Trabajo Social, Subdirección de Gestión de Calidad y con la Subdirección de Recursos Humanos con los cuales se lleva a cabo cursos y talleres para prevenir la discriminación.



El hospital tiene la política de “Cero Rechazo”, lo cual permite la atención de una gran cantidad de pacientes que acuden diariamente, asegurando la gratuidad y el acceso a los servicios de salud.

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

Se mantienen las gestiones necesarias de enlace con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, para valorar la posibilidad de suscribir un Convenio de Colaboración Interinstitucional, que permita consultar el Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas (PANITLI), herramienta en línea, de apoyo especializado, con el propósito fundamental de brindar información de intérpretes y traductores en lenguas indígenas para satisfacer la demanda institucional y social en diversos ámbitos, entre ellos la promoción de programas públicos de salud a la población hablante.

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

Por medio de la colaboración del Departamento de Apoyo Técnico y Enlace Institucional, el Comité de Ética de la entidad y la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Empleo y Capacitación, se envió a las personas titulares de las Direcciones, Subdirecciones, Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Doctor Manuel Gea González, un correo electrónico donde se solicita de sus apoyo a fin de difundir entre todas las personas servidoras públicas la disponibilidad del curso en línea: Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Salud para las Personas de la Diversidad Sexual, donde se agrega la dirección electrónica para el registro y acceso; además de hacerse el exhorto de cumplir con la actividad antes de febrero de 2023. A lo anterior, se agrega la Circular_003-2023_Acceso sin discriminación, para facilitar la socialización de la información y convocatoria; firmada por la Subdirectora de Recursos Humanos. Además, se diseña y publica en todas las computadoras del Hospital, dentro del pase de diapositivas del protector de pantalla, un cartel que hace del conocimiento de todas las personas servidoras públicas de la entidad, la existencia del Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGTBTTIQ+ y se diseña e inserta un código QR para facilitar su

acceso, conocimiento y difusión para el uso. Al cierre del ejercicio 2023, 163 personas se capacitaron en el curso de citado, dentro de la plataforma EDUCAD de la Secretaría de Salud.

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

Avance:

En la consulta externa de Infectología se ofrece atención a personas vulnerables, siendo la atención de personas que viven con VIH un motivo importante de atención, destacando que una gran mayoría de dichos usuarios forman parte de la comunidad LGBTTTI.

Derivado de la política de “Cero Rechazo” y múltiples capacitaciones dirigidas al personal administrativo, médico y paramédico del Hospital, nos hemos apegado a la guía para el acceso sin discriminación, pero la política interna más relevante en relación a esto:

Cuando acude un paciente transexual, transgénero o no binario, se le pregunta su nombre, en caso de que este requiera internamiento (y en caso de que sus documentos de identificación no sean concordantes) con todo respeto se hace la aclaración (al paciente o a los familiares) de que el personal del hospital nos dirigiremos a la persona por cómo se identifica y el que dice que es su nombre, sin embargo para la cuestión legal, los laboratorios y las notas del expediente clínico, se generarán acordes a su documentación legal.

Por parte de las Divisiones dependientes de la Subdirección de Cirugía, se garantiza un trato igualitario para todos los pacientes, sin exclusiones o discriminaciones; particularmente la División de Cirugía Plástica, ofrece tratamientos especializados para los pacientes afines al grupo LGBTTTI , y ya se cuenta con protocolos estandarizados para poder llevar su atención sin limitaciones o restricciones, pudiendo garantizarles un acceso pleno a los servicios de salud que ofrece esta Institución.

Por parte de la Subdirección de Servicios Ambulatorios, se solicitó que todo personal que tenga trato directo con los pacientes, reciba capacitación virtual para la sensibilización y actualización en materia de diversidad sexual y de género, promoviendo el trato digno, igualitario y respetuoso a todo paciente que acuda al Hospital.

En apego a las disposiciones del lineamiento para el uso de la herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) para la atención y orientación al usuario de los servicios de salud, emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y por el INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar), también se continúa proporcionando atención en el Hospital a través del Módulo de Atención al Usuario en el Área de Calidad, sitio donde se otorga atención personalizada a los pacientes y familiares por un equipo multidisciplinario médico, de trabajo social y enfermería. Ahí se hace saber a los pacientes, que no hay discriminación por género, colectivo, LGTTTI, migrantes, religión, comunidades indígenas o afro mexicanas, en el Hospital

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

En el periodo se aplicaron encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa por el Departamento de Calidad de la Atención Médica.

Además de lo anterior, se está llevando a cabo el ajuste al plan maestro del Hospital de acuerdo a las necesidades de atención de la población detectadas.

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

Avance:

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

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

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

Avance:

Se realizaron 14,894 procedimientos diagnósticos ambulatorios y 116,523 procedimientos terapéuticos ambulatorios, lo que hace evidente el impacto del proceso de mejora continua al incentivar los procedimientos mínimo invasivos y de estancia corta.

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

Avance:

Se promueve y fomenta la participación de médicos especialistas en foros científicos, así como en el acceso a la maestría en ciencias que se brinda en el Hospital.

Se genera evidencia propia del Hospital con los protocolos que cada Departamento y División realiza.

Participación activa de médicos residentes, médicos adscritos e investigadores adscritos al Hospital.

Se realiza revisión continua del Código ERIT por calidad, encargado de propuestas de mejora continua.

La Clínica de Cuidados Paliativos generó una investigación sobre muerte digna.

Cada una de las Divisiones que dependen de la Subdirección de Cirugía, dentro de sus programas académicos, tienen implementado un mecanismo para desarrollar Protocolos de Investigación en sus respectivas áreas de especialidad, con la intención de generar innovación relacionada a los tratamientos actualmente establecidos en las Guías de la Práctica Clínica disponibles; estos mecanismos para el desarrollo de la investigación, permiten incrementar la evidencia científica que favorezca una mejora continua en las Guías.

Por parte de la Subdirección de Epidemiología e Infectología se encuentra en desarrollo un protocolo de investigación enfocado a bacteriemias con la intención de identificar áreas de oportunidad para un mejor abordaje e identificar potenciales riesgos con la finalidad de ser mitigados y/o controlados de forma oportuna.

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

Avance:

Durante el periodo de enero a diciembre, fueron aplicadas 1,818, Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, por el Monitor Institucional (Áreas de Calidad), obteniendo un resultado de 83.23% promedio general.

Por lo que respecta a Consulta Externa se alcanzó un 86.98%, en Hospitalización 90.58% y en Urgencias 76.12%.

El Aval Ciudadano aplico un total de 1,367, con un promedio general de 85%.

En Consulta Externa el Aval Ciudadano aplico 446 encuestas con un porcentaje de un 87%.

En Hospitalización aplico 482 encuestas con un porcentaje de 91%.

En Urgencias aplico 439 con un porcentaje de 77%.

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

Avance:

Se continúa trabajando intensamente, en la Dirección Médica, la Dirección de Integración, la Dirección de enseñanza y de Administración, en estrategias para disminuir el consumo innecesario de pruebas de laboratorio, se han establecido varios candados, para autorizar ciertas pruebas y sobre todo una importante labor de concientización del personal médico.

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

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

Avance:

Se diseñó e implementó el Sistema de TRIAGE y Semaforización en la Sala de Urgencias Basado en Clasificación NEWS, permitiendo optimizar los recursos en la Sala de Urgencias, garantizado la atención oportuna de Urgencias Reales Vs Urgencias Sentidas., para ello en el Laboratorio Clínico: se realizó un programa de estrategias por fases, para la optimización de los recursos y la correcta atención a los pacientes, fomentando la supervisión a los médicos residentes en cuanto a la solicitud de análisis, la capacitación para la correcta toma de muestras y el análisis mensual del impacto que dichas estrategias generan.

Imagen y Radiología: en conjunto con Urgencias y Cirugía, se comenzó la elaboración de los criterios para la solicitud de estudios de Imagen, específicamente de resonancia magnética, tomografía y USG, esto con el fin de generar criterios clínicos que justifiquen los estudios mencionados y que sean de utilidad diagnóstica y/o terapéutica para el paciente, sin hacer un uso indiscriminado de la Imagenología.

Colaboración entre Subdirección Urgencias y Medicina y Dirección de Integración Desarrollo Institucional en el Proyecto Navegación.

Dicho proyecto se enfoca en brindar una guía visual que asiste al paciente de Urgencias en una navegación acertada entre La torre de especialidades y el Edificio de Urgencias, también asiste visualmente y guía al paciente y su familiar en el proceso de atención de Consulta de Urgencias.

Se realizó la adaptación de área de aislamiento respiratorio para sala de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se inició en Septiembre Construcción del Anexo de Urgencias, Sala de Choque y Quirófano de Urgencias, con motivo de mejorar la calidad de atención a pacientes de Urgencias.

Se completó el Anexo de Urgencias lo cual permitirá brindar atención más digna a los pacientes con urgencias quirúrgicas, con aumento en la capacidad instalada de 12 camas más.

Se completó la sala de espera de Familiares de pacientes hospitalizados en urgencias, lo cual permitirá brindarles un lugar digno de descanso, mientras sus pacientes son atendidos en Hospitalización de Urgencias, cuenta con dos salas de informes médicos, lo cual ayuda a mejorar la comunicación médico-familiares.

Se completó la sala de Procedimientos de Urgencias, la cual se encuentra adyacente al área de choque, permitiendo un lugar más cercano y con condiciones óptimas para la realización de procedimientos invasivos en el área de Urgencias.

Se llevó a cabo adecuación y equipamiento de sala de Ultrasonografía y Rayos x en Urgencias.

Se habilitó el área de Imagen y Radiología en Urgencias, esto para garantizar la calidad, la seguridad y la dignificación de la atención a nuestros pacientes, también se rediseño del área de Radiología para procedimientos de intervención.

En la Subdirección de Pediatría, en el área de Urgencias Pediátricas, se realizó la adecuación de una pantalla empotrada en un gabinete móvil para la proyección de videos infantiles dirigido a los pacientes hospitalizados no críticos con plan de manejo de vigilancia menor a 6 horas, para garantizar la calidez de la atención y mitigar los efectos de la espera de los pacientes hospitalizados en dicha área.

Por parte de la Subdirección de Cirugía, se inició con el análisis de la recuperación del Quirófano en el área de Urgencias, la intención es ofrecer una alternativa eficiente y segura para dar atención emergente a los pacientes que así lo requieran, sin tener que ser trasladados a Quirófanos Centrales, sin embargo, de manera adicional también se podrá dar uso para la colocación de catéteres, lavados y otros procedimientos de mediana complejidad.

Así mismo la subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, en coordinación con la Subdirección de Urgencias y Medicina

Interna y la División de Urgencias, analizan proporcionar y movilizar un equipo de alto nivel en tecnología para el manejo anestésico, teniendo disponible una máquina Datex Ohmeda de alta tecnología, con gases anestésicos como es sevoflurano y desflurano, con utilización de oxígeno y mezcla con aire, con monitoreo no invasivo tipo I, y monitoreo tipo II (invasivo-para línea arterial) saturación de oxígeno, pletismografía, EKG, presión arterial, temperatura, etc., teniendo como objetivo realizar procedimientos quirúrgicos menores y mayores de urgencias cuando estén las condiciones adecuadas.

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

Avance:

El Comité de Referencia y Contrarreferencia de nuestro Hospital, ha mejorado la comunicación con el Comité de Referencia y Contrarreferencia de la Zona Sur (CORRESUR) y con las Jurisdicciones de Primer Nivel.

Se continua con los acuerdos entre los Servicios de Urgencias del INPER, y los Servicios de Urgencias y Ginecobstetricia del GEA, generando acuerdos productivos en la forma y contactos para la referencia de pacientes.

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

Avance:

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

Se aplica el Sistema de TRIAGE y Semaforización en la Sala de Urgencias basado en Clasificación NEWS, permitiendo optimizar los recursos en la Sala de Urgencias, garantizado la atención oportuna de Urgencias Reales Vs Urgencias Sentidas.

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

Avance:

Se continua la coordinación con las diferentes Subdirecciones logrando implementar el Código de Trauma, a partir de marzo y hasta diciembre de este año, se han realizado 360 activaciones con tiempo de inicio de 60 minutos, de junio a

septiembre de 30 minutos de octubre a diciembre una hora con treinta y nueve minutos de respuesta hasta la llegada de la persona beneficiaria a quirófano o bien al servicio en que se inicia la resolución de la atención.

Para la medición de los estándares de calidad en relación a la seguridad del paciente, el personal de la Subdirección de Gestión acudió a la capacitación del Modelo Único de Evaluación de Calidad (MUEC), el cual se define como la estrategia integral, resultado de la sinergia de los procesos de “Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” y “Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, lo que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua y progresiva de la estructura, procesos y resultados.

Asimismo, se lleva a cabo la monitorización de la aplicación de las Encuestas de Satisfacción Trato Adecuado y Digno, en el periodo se aplicaron 1,818 encuestas a usuarios del hospital obteniendo un porcentaje global de 83.23%, por lo que respecta a Urgencias se alcanzó 76.12%.

En cuanto a las encuestas del Aval Ciudadano en Urgencias se aplicaron 439 encuestas con un apego de 77%

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

Avance:

Se integró EQUIPO CÓDIGO MATER – conformado por Servicios de Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Imagen, Banco de Sangre, Anestesiología y Terapia Intensiva. A través de este Código se alertan a todos los servicios participantes y a todos los servicios que pudieran intervenir en la atención de estas pacientes Dicho equipo interdisciplinario tiene como objetivos de ofrecer una mayor calidad y seguridad a las pacientes que requieren de este tipo de servicio.

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

Avance:

Colaboración entre Subdirección Urgencias y Medicina y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional en Proyecto Navegación.

Dicho proyecto se enfoca en brindar una guía visual que asiste al paciente de urgencias en una navegación acertada entre La torre de especialidades y el Edificio de Urgencias, también asiste visualmente y guía al paciente y su familiar en el proceso de atención de consulta de urgencias.

Se completó el Anexo de Urgencias lo cual permitirá brindar atención más digna a los pacientes con urgencias quirúrgicas, con aumento en la capacidad instalada de 12 camas más.

Se completó la sala de espera de familiares de pacientes hospitalizados en urgencias, lo cual permitirá brindarles un lugar digno de descanso, mientras sus pacientes son atendidos en Hospitalización de Urgencias, cuenta con dos salas de informes médicos, lo cual ayuda a mejorar la comunicación médico-familiares.

Se completó la sala de Procedimientos de Urgencias, la cual se encuentra adyacente al área de choque, permitiendo un lugar más cercano y con condiciones óptimas para la realización de procedimientos invasivos en el área de urgencias.

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

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

Avance:

De acuerdo al Programa de Gratuidad, se da seguimiento a lo estipulado respecto la exención pago en cajas de consultas, de estudios de laboratorio clínico y de gabinete.

Los pacientes que cuentan con derechohabencia se atienden de acuerdo a previa valoración socioeconómica por parte de las adscritas de Trabajo Social quienes toman en cuenta los factores sociales, económicos, y de salud, lo que permite determinar los criterios de pago para cada uno de los casos en particular.

Se continua con el programa de AAMATES, lo que permite una mejor atención a las y los pacientes.

En el mes de mayo del actual, en el Diario Oficial de la Federación se publica el decreto por el que desaparece el INSABI y sus funciones se integran al IMSS-Bienestar.

Se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud para el Bienestar, entró en vigor en mayo 2023, este cambio no afecta a la población de nuestros pacientes quienes siguen recibiendo la atención que solicitan.

Acción Puntual 4.4.2. Realizar reuniones de grupos directivos vinculados con la atención médica, a fin de promover una cultura corporativa y coordinar acciones

conjuntas para compartir experiencias y mejores prácticas entre los diferentes servicios, a través de la participación en los diferentes comités.

Avance:

el hospital trabajo con el esquema de gratuidad que indicó el gobierno Federal, a pacientes que no tienen seguridad social entran en tasa 0 para efectos de cuotas de recuperación. Se sigue la normatividad impuesta por el INSABI.

Se establecieron acciones coordinadas entre diferentes áreas, que dieron cumplimiento a los convenios, reglas de operación y criterios establecidos por el INSABI, con base a la capacidad de oferta del Hospital para ofrecer atención médica a usuarios sin seguridad social. Ello con la mejor oportunidad y calidad posible a nuestros usuarios. Se han implementado un mecanismo de adquisición de insumos para eventos urgentes. Se requiere aun de un mecanismo implementado que dé respuesta efectiva a la adquisición de material o equipo médico antes denominado gastos de bolsillo para eventos programados.

La División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional, apoyo a los pacientes en los trámites para la gratuidad.

Admisión y Archivo Clínico: en conjunto con Informes, Cajas, Trabajo Social, DEGAMI y Mesa de Control, se logró actualizar el proceso de reposición de carnets y de egreso de pacientes Hospitalizados.

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

Se tiene un programa de control de infecciones establecido y actualmente se encuentra en proceso el desarrollo de herramientas para que los diferentes servicios con atención clínica contribuyan con información, que permita mejorar la calidad de datos y sean partícipes de estrategias que mejoren el impacto en cuanto a prevención y control de infecciones. La información generada en las áreas de control de infecciones y monitoreo de resistencia a los antimicrobianos se presentó de forma mensual e ininterrumpida durante el 2023 en el Comité de CODECIN.

Durante el mes de septiembre se reactivó el “Comité de Fármaco vigilancia”, el cual recibirá todas las notificaciones generadas por las diferentes áreas para mantener un control adecuado de los fármacos utilizados en los pacientes, evaluar su eficacia y la seguridad para el paciente.

Se continua con el programa de AAMATES, lo que permite una mejor atención a las y los pacientes.

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

Avance:

Se realiza la auditoria clínica de la División de Citología “Evaluar el Modelo de Atención de la División de Citología”, en el mes de diciembre de este año, así como la auditoria Definir Estrategias para optimizar la Solicitud de Estudios de Laboratorio que se Realizan a Pacientes.

En mayo se inicia el Proyecto “Disminuir las infecciones asociadas a la atención de la salud mediante la optimización de un paquete preventivo para neumonía asociada al ventilador del Hospital General Doctor Manuel Gea González”, en octubre se realiza la presentación de los resultados, en ésta se solicitó se ampliara el estudio, motivo por el cual en noviembre se propuso implementarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se continua en este proceso.

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

Avance:

En el ámbito Médico se han Integrado equipos y clínicas de atención interdisciplinarios de mejora para el logro de los objetivos de calidad y seguridad del paciente como: EQUIPO ERIT- Conformado por Servicios de Ortopedia, Urgencias, Cirugía General, Imagenología, Anestesiología, Seguridad; se implementa la atención de Endoscopia de Urgencias en conjunto al desarrollo de la Sala de Procedimientos en Urgencias, lo anterior con motivo de brindar un espacio óptimo para la realización de Endoscopias Diagnósticas y Terapéuticas en el Área de urgencias, a pacientes con Sangrado masivo e Inestabilidad Hemodinámica; EQUIPO CÓDIGO MATER – Conformado por Servicios de Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Imagen, Banco de Sangre, Anestesiología, Terapia Intensiva; CAIDI GEA, Clínica de Atención integran en Diabetes (Medicina Interna, Enfermería, Oftalmología, Nutrición Clínica); Clínica de disfunción temporomandibular en conjunto con Imagen y Estomatología y la aplicación de toxina botulínica guiada por ultrasonido para pacientes con parálisis facial, secuelas neurológicas, PCI y otras alteraciones musculoesqueléticas; Clínica de Diálisis Peritoneal, enfocada al seguimiento y atención de pacientes ingresados por Urgencia Dialítica con instauración de DPCA y DPA; El servicio de Epidemiología e Infectología participa en el desarrollo con el programa del uso correcto de antimicrobianos para las principales entidades infectocontagiosas.

En cuanto al uso y aprovechamiento de tecnología de vanguardia, se logra contar actualmente con un sistema RIS-PACS para el almacenamiento, distribución y

visualización de todo estudio radiológico realizado en el Hospital, esto, genera un archivo radiológico digital para contar con un histórico en la evolución natural de todos los pacientes. Facilitando así, el acceso y la visualización de los estudios tanto actuales como previos. Asimismo, se está desarrollando en colaboración y coordinación de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional y Dirección Médica, diseño y desarrollo de expediente clínico electrónico; además que, Admisión y Archivo Clínico en conjunto con la Jefatura de Consulta externa, se trabaja en las agendas digitales SIGHO, para la programación de consulta y evitar las agendas en físico.

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

Avance:

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

Se ha trabajado en la implementación proporcional de mayor apertura de turnos quirúrgicos y designación de camas de hospitalización, atendiendo a las necesidades más urgentes de atención de nuestra población. Se prioriza la atención a los pacientes en función la capacidad instalada y oportunidad de atención, siempre con un enfoque prioritario en beneficio de los enfermos que así lo demandan, acorde a la capacidad institucional y atendiendo en lo posible a la mejor eficiencia operativa.

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

Avance:

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

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

Avance:

La cirugía ambulatoria que se realiza en el hospital se ejecuta en el área de quirófanos centrales, a raíz del sismo del 2017 y la pérdida de la torre antigua, la

unidad de cirugía ambulatoria se transformó en la unidad tocoquirúrgica y área de hospitalización de gineco-obstetricia, por lo que es necesario recuperar en un futuro el área de la unidad para que trabaje en forma autosuficiente.

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

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

Avance:

Por parte de la Subdirección de Pediatría se realizó la apertura de la consulta de Neurología Pediátrica, con base en el rezago de la atención de los pacientes pediátricos de nuestra institución que ameritan este servicio, especialmente en hospitales de tercer nivel.

Esta especialidad atiende pacientes en la Consulta Externa en el turno vespertino con una productividad de 95 pacientes atendidos.

Se realizaron las gestiones para iniciar la agenda de consulta de Cirugía Pediátrica en fin de semana.

Asimismo, se realizaron las gestiones para que, a partir de enero de 2024, se habilite la consulta de Cardiología Pediátrica para la valoración ambulatoria de pacientes derivados de diferentes Clínicas Quirúrgicas (malformaciones craneofaciales y labio paladar hendido).

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

Avance:

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

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

Avance:

A través de la Clínica de Obesidad se continua con el diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas para los trastornos alimenticios. Se da un manejo multidisciplinario con Nutrióloga, Médicos del deporte, Psicología, etc.

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

Avance:

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

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

Indicador		Línea base (Año)	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje de mortalidad materna	0% (2018)	0% (2019)	2.8% (2020)	0.3% (2021)	0.1% (2022)	0% (2023)	0% (2024)
Parámetro 1	Reducción de tasa de Cesáreas	35% (2018)	40.6% (2019)	34.99% (2020)	49.3% (2021)	39.6% (2022)	70.0% (2023)	32% (2024)
Parámetro 2	Prevalencia de obesidad en niños de 6 a 16 años de edad	ND (2018)	N.D. (2019)	N.D. (2020)	95.6% (2021)	98.3% (2022)	99.0% (2023)	100% (2024)

Nota:

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

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

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

Resultados

Actividades relevantes

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

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

Avance:

Se lleva a cabo colaboración entre Subdirección de Urgencias y Medicina y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional en Proyecto Navegación, destinado a mejorar la navegación de pacientes de Urgencias a la Torre de Especialidades, completándose la primera fase. Dicho proyecto se enfoca en brindar una guía visual que asiste al paciente de Urgencias en una navegación acertada entre La Torre de Especialidades y el Edificio de Urgencias. El proyecto de navegación también asiste visualmente y guía al paciente y su familiar en el proceso de atención de Consulta de Urgencias.

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

Avance:

El hospital cuenta con señalización de pavimentos, elementos antideslizantes, de apoyo y para la facilidad de tránsito en las áreas públicas (explanadas, sanitarios, vestíbulos, accesos, salas de espera de la Torre de Especialidades) por lo que se adecuó el inmueble mejorando la inclusión y accesibilidad.

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

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

Avance:

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

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

Avance:

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

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

Avance:

El Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) en conjunto con el Departamento de Documentación, Información y Comunicación Médica, desarrolló la propuesta de una campaña de difusión con respecto a la Política de Cero Tolerancias al Hostigamiento y Acoso Sexual, de manera que a finales de marzo de 2023 se elaboró y difundió:

1. Cartel de la campaña para su difusión de manera digital e impresa.

2. Comunicado digital con respecto a las manifestaciones psicológicas que pueden presentar las personas que experimentan algún tipo de hostigamiento o acoso sexual para su pronta detección. Para este material su difusión fue mediante correo electrónico al personal en formación del Hospital.
3. Díptico informativo sobre hostigamiento y acoso sexual con los datos de contacto en caso de necesitar apoyo psicológico. El material fue difundido mediante correo electrónico al personal en formación.

Como parte del seguimiento a la Campaña de difusión con respecto a la política de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso sexual, de mayo a junio de 2023, el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) en conjunto con el Departamento de Documentación, Información y Comunicación Médica, desarrolló la idea, el diseño y la propuesta de implementar un pin identificador de las personas consejeras. De esta manera, el personal del hospital podría detectar a qué personas acercarse en caso de querer orientación con respecto a un caso de hostigamiento sexual y acoso sexual.

En julio de 2023 la División de Enseñanza de Posgrado en colaboración con la Subdirección de Urgencias y Medicina, el Departamento de Apoyo Técnico y Enlace Institucional y el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF), llevaron a cabo una reunión con las y los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas sobre el programa de prevención de acoso y hostigamiento sexual con una política de cero tolerancia con un énfasis en la ruta de denuncia y atención de los mismos, con un total de 42 asistentes.

En octubre de 2023 el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF) y la División de Enseñanza de Posgrado, realizaron la difusión del “Nuevo cartel Cero Tolerancias al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual con directorio de personas consejeras”, a los médicos residentes.

En noviembre el Servicio de Atención Psicológica para Personal en Formación (SEAP-PF), asistió al Webinar: “Violencia de Género ¿Qué tan lejos está el personal de salud de su realidad?”, realizado por el Instituto Nacional de Perinatología con motivo de la capacitación continua en relación a la Política de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual.

El Departamento de Apoyo Técnico y Enlace Institucional, en colaboración con el Comité de Ética de la entidad, ha realizado, diversas actividades de difusión relacionadas con la prevención, atención y sanción de las conductas de hostigamiento sexual y acoso sexual (HSyAS), y contra todas las formas de violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres, utilizando medios físicos, como impresión de carteles, y electrónicos, como la colocación de diapositivas en el pase de diapositivas del protector de pantalla de todas las computadoras del Hospital.

El Programa Anual de Capacitación 2023 incluyó los siguientes cursos en línea:

1. Administración Pública Federal libre de violencia. Combate al acoso sexual y al hostigamiento sexual
2. Súmate al protocolo.
3. Inducción a la igualdad entre mujeres y hombres.
4. Masculinidades: Modelos para transformar.
5. Comunicación incluyente y sin sexismo.
6. Yo sé de género 1-2-3: Conceptos básicos de género.
7. Género, masculinidades y lenguaje incluyente y no sexista, los mencionados cursos están abiertos para todo el personal adscrito al Hospital y previstos para su realización durante todo el presente ejercicio fiscal.

Se develó la placa Cero tolerancia al Hostigamiento Sexual y al Acoso Sexual.

Además, se ha difundido, por medio de correo electrónico, la obligación de las personas consejeras designadas en la entidad, de reciente ingreso y del año previo, y las personas integrantes propietarias y suplentes del Comité de Ética, de registrarse y acreditar el curso: Atención a casos de Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual en la Administración Pública Federal.

Se realizó en el mes de julio dos sesiones de sensibilización e información al personal del Área de Urgencias, siendo un total de 40 personas asistentes, entre personal médico residente y médico adscrito.

En el mes de agosto se dio inicio a la campaña para identificar a las Personas Consejeras en casos de HSyAS, en el hospital, difundiendo información en diversos medios físicos y electrónicos, para el conocimiento de la población del Hospital.

Se mantiene la difusión del Protocolo para la atención, Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual, por medios electrónicos, a través de la permanencia del documento en la página web del Hospital, sección de Acciones y Programas / Integridad Pública, adicional a lo anterior, se solicitó la colocación de los dos carteles anexos sobre el tema, en el pase de diapositivas del protector de pantalla de todas las computadoras del hospital.

Durante el Cuarto trimestre del Ejercicio 2023, el Comité de Ética del Hospital General "Doctor Manuel Gea González", realizó Conferencias que favorecen la sensibilización y toma de conciencia en cuanto a temas como: Derechos Humanos, Respeto y Trato Digno y Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual, como ejemplos de Conductas Éticas específicas para las Personas Servidoras Públicas, PSP, a lo cual se puede agregar, la promoción del curso Atención a casos de Hostigamiento y Acoso sexual en la Administración Pública Federal y la colocación de materiales diversos sobre el mismo tema.

Se continúa proporcionando atención en el Hospital a través del Módulo de Atención al Usuario en el Área de Calidad, sitio donde se otorga atención personalizada a los pacientes y familiares por un equipo multidisciplinario Médico, de Trabajo Social y Enfermería.

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

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

Avance:

Se llevaron a cabo procesos de revisión de candidatos y candidatas, que incluyen los movimientos en plazas federales de nuevo ingreso, promociones y/o reingresos, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Catálogo Sectorial de Puestos, así como de otras disposiciones normativas vigentes de aplicación general en materia de reclutamiento y selección de personal.

En 2023, se realizaron 132 acciones de capacitación con costo, en materia administrativa-gerencial, y 1,280 acciones de capacitación en línea sin costo.

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

Avance:

Se mantiene actualizada la base de datos del sistema de administración de personal y pago de nómina, donde se registran las altas, bajas, cambios y continuidades del personal del Hospital.

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

Avance:

Se ha llevado a cabo un trabajo conjunto de análisis por parte de las áreas médicas y administrativas que dentro del seno del Comité de Insumos de este hospital y de

conformidad a su tramo de control planean y determinan la demanda de medicamentos y material de curación necesarios para el cumplimiento de objetivos, dichos insumos en la actualidad son adquiridos principalmente a través de los diversos procedimientos consolidados de contratación y aquellos que han sido determinados como no consolidables y/o liberados son adquiridos a través de licitación pública por parte del Hospital.

A través de la feria de insumos las áreas usuarias identificaron insumos que no conocían por descripción o mediante clave del compendio nacional de medicamentos, lo cual trajo como beneficio la utilización de los insumos que no tenían estatus de lento y mulo movimiento.

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

Se difundió al personal de este nosocomio la convocatoria al Curso-taller "Requisitado de FOCONES 02 y 03", esto con el objetivo de dar cumplimiento a la normatividad aplicable en materia de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios, en este se les informó y orientó a los asistentes la manera en que deben llenar los formatos para agilizar cualquier procedimiento de contratación de bienes, así como del envío de la información para la integración del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) 2024, asimismo se les envió de manera electrónica la liga para consultar el Clasificador Único de Contrataciones Públicas y de esta manera optimizar las especificaciones de sus requerimientos.

En el momento en que las diferentes áreas entregaban documentación a la Subdirección de Recursos Materiales, el personal adscrito llevaba a cabo una revisión de manera exhaustiva de la misma, por lo que, durante el transcurso del año se trabajó con una bitácora en la que las áreas requirentes registraban el tipo de asesoría que se les brindaba para el correcto requisitado de FOCONES, así como de las justificaciones y/o anexos técnicos; de manera conjunta se trabajó con correos electrónicos de sugerencias y retroalimentación que tuvieran la finalidad de integrar de manera correcta la documentación y de esta manera agilizar los procesos de contratación.

Durante el ejercicio 2023 el Hospital participó en 4 procedimientos de consolidación que se mencionan a continuación: Contratación plurianual para la compra consolidada de medicamentos; Material de curación e insumos para la salud; Adquisición de insumos para la prestación de los Servicios de Diálisis y Hemodiálisis, por parte de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; Adquisición consolidada complementaria de 763 claves de medicamentos y 377 de Material de Curación y Auxiliares de Diagnóstico para el ejercicio fiscal 2024.

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

Avance:

Se elaboró el Mecanismo de Planeación para el periodo de 2025 – 2027, en el cual se determinaron los programas a fortalecer, que involucran necesidades de compra.

De igual manera se identifican necesidades de compra en la Reconstrucción de la Torre de Hospitalización, afectada por el sismo del 2017, se entregó de nueva cuenta en diciembre de 2023, la carpeta técnica para la solicitud de recursos al fondo del IMSS Bienestar.

Asimismo, se identificaron también estas necesidades en la construcción de la Sala de Espera y Anexo de Urgencias, y en La División de Radiología e Imagen al rehabilitar una subsede en el área de Urgencias para el protocolo de patologías urgentes in situ, por citar algunas.

Se obtuvieron 4 registros para Proyectos de Adquisiciones de Equipo Médico y 1 proyecto para la ampliación del Almacén y Farmacia Hospitalaria

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

Avance:

Por parte de Servicios Quirúrgicos: se dio mantenimientos a los equipos de endoscopia, se gestionó el mantenimiento del robot DaVinci, equipamiento de otorrinolaringología, torres de laparoscopia, máquinas de anestesia, mesas quirúrgicas. Servicios Generales, se está ocupando de evaluar la suficiencia presupuestal y determinar las prioridades.

Patología y Citología: se encuentra en gestión el proyecto de inversión en donde se justifica y solicita la renovación completa del área, con nuevos equipos y contratos para mantenerlos a la vanguardia con el correcto cumplimiento de los mantenimientos tanto preventivos como correctivos, y así, poder continuar brindando atención de la más alta calidad médica y técnica.

Rehabilitación: los contratos de mantenimiento tanto correctivos como preventivos, se encuentran vigentes, el reto ha sido el conseguir empresas que den servicio a equipos ya con larga trayectoria de uso, sin embargo, se mantienen en la mejor condición y cuidado para continuar brindando atención de la mejor calidad. Se aprueba el Proyecto de Inversión para el equipamiento de la División de Rehabilitación y Foniatría.

Imagen: se logró la continuidad de los manteamientos preventivos y correctivos de todos los equipos pertenecientes a esta División, así como la gestión para el equipamiento de la nueva torre de hospitalización. Se aprobó el Proyecto de Inversión para el equipamiento y adecuación para Radiología e Imagen 2025-2027.

Laboratorio Clínico y Banco de Sangre: los equipos se encuentran en comodato y los mantenimientos, se realizan en tiempo y forma por la empresa contratada, sin embargo, nos encontramos en gestión de licitación para los nuevos proveedores y equipos, en calidad de compra de insumos y comodato, no como servicios integrales, esto generará una renovación de los equipos y garantizará la modernización y vanguardia para la atención.

Patología: comienza la modernización con equipo de vanguardia para el procesamiento de los tejidos, en gestión el nuevo contrato para 2024, para garantizar los insumos y, de ser requerido, los equipos que contribuyan a poder brindar seguridad diagnóstica y de la más alta calidad.

Se tienen identificadas áreas relacionadas con el fortalecimiento de infraestructura, en específico la correspondiente al área de vacunas, así como las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo de refrigeradores de red fría para vacunas.

Cabe señalar que dicha área se tiene considerada a ser incorporada a la torre nueva de hospitalización, con el equipo necesario. De forma puntual se han realizado adecuaciones en infraestructura para mejorar el funcionamiento en dicha área.

Continuamos con la necesidad de fortalecimiento del Servicio de Pediatría y Neonatología con equipo dirigido a la detección de cardiopatías en pacientes vulnerables como prematuros, patologías pulmonares y enfermedades congénitas como labio y paladar hendido.

Se gestionó el mantenimiento de los equipos de ventilación y respiratorios.

La subdirección de Anestesia y Terapias en sus diferentes divisiones y departamento de quirófanos, sus contratos de mantenimiento preventivos y correctivos se encuentran vigentes, así mismo preparando los siguientes contratos del próximo año 2024.

Se realizó la gestión para el mantenimiento preventivo y correctivo de las maquinas PUVA para garantizar Fototerapia a pacientes dermatológicos.

Se incorporó al Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, la relación de equipo médico susceptible de incorporarse a los contratos de servicio de mantenimiento preventivo y correctivo 2024.

Además, se elaboró el Mecanismo de Planeación para el periodo de 2025 – 2027, en el cual se determinaron los programas a fortalecer.

En cuanto a la contratación de otro tipo de servicios bajo el enfoque de austeridad y uso racional, el Departamento de Tesorería está propagando a los trabajadores de esta Entidad que cobran su nómina en efectivo a través de una orden de pago bancaria, la cual genera una comisión de aproximadamente de \$6,000,00 mensualmente, que su cobro sea por cuenta bancaria para depósito de nómina, la cual no genera un gasto extra al Hospital.

Se reforzará la atención de los equipos por parte del Departamento de Vinculación y Gestión de Tecnologías Aplicadas en la Salud a las áreas críticas, para lo cual se solicitó la adquisición de refacciones y consumibles, lo que reforzaría el programa de ahorro y sustentabilidad.

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

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

Avance;

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

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

Indicador		Línea Base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
Meta para el bienestar	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en el Hospital para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.	(2018)	ND (2019)	NA (2020)	NA (2021)	0% (2022)	0% (2023)	0% (2024)
Parámetro 1	Demoler al 100% la Torre de Hospitalización.	(2018)	N.D. 2019	20% (2020)	100% (2021)	100% (2022)	NA (2023)	NA (2024)
Parámetro 2	Porcentaje de atención a los requerimientos de mantenimiento de inmuebles y equipos	(2018)	82% (2019)	30.1% (2020)	NA (2021)	47.5% (2022)	52.43% (2023)	90% (2024)

	solicitados por las áreas operativas							
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Nota:

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

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

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

Resultados

Actividades relevantes

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

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

Avance:

Se ha realizado la modificación de la fuente de financiamiento del proyecto Reconstrucción de la Torre de Hospitalización del Hospital General Doctor Manuel Gea González dañado por el sismo del 19/09/2017, con el fin de iniciar a la brevedad la contratación de los Servicios Relacionados con las Obras Públicas, así como realizar las obras exteriores complementarias necesarias para el funcionamiento óptimo de la Reconstrucción; obteniéndose el Oficio de Liberación de Inversión y los procedimientos correspondientes para el Complemento del Proyecto Ejecutivo, Anexo de Urgencias y la Sala de Espera.

Durante los meses de agosto a diciembre de 2023, se llevaron a cabo las contrataciones para ampliar el Servicio de Urgencias, mientras se concluye la Reconstrucción de la Torre de Hospitalización.

Se cuenta con el Visto Bueno de procedencia por parte de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y se ha realizado la solicitud de los recursos necesarios ante el INSABI, así como que también se ha realizado la solicitud al OPD IMSS-Bienestar, entregándose la carpeta técnica en diciembre de 2023.

Por otro lado, se realizó el registro del Mecanismo de Planeación de los Programas y Proyectos de Inversión necesarios para este Hospital en enero 2023, por lo que se están llevando las gestiones necesarias para el registro de los mismos ante la SHCP para la obtención de los recursos necesarios.

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

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

Avance:

Se realizaron las adecuaciones correspondientes con la finalidad de llevar a cabo un ejercicio de los recursos eficiente y eficaz, así mismo por parte de la Coordinadora de Sector se han otorgado ampliaciones presupuestales con la finalidad de afrontar el gasto de operación.

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

Avance:

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

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

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

Avance:

El protocolo de fármaco vigilancia se está trabajando con el área de Farmacia Intrahospitalaria, dependiente de la Subdirección de Calidad.

Durante el mes de septiembre se reactivó el “Comité de Fármaco vigilancia”, el cual recibirá todas las notificaciones generadas por las diferentes áreas para mantener un control adecuado de los fármacos utilizados en los pacientes, evaluar su eficacia y la seguridad para el paciente.

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

Acción Puntual 6.4.1 Realizar un levantamiento para el desarrollo del mapa de proceso administrativos y la identificación de los críticos

Avance:

Se continua con la monitorización a través de las Encuestas de Satisfacción Trato Adecuado y Digno, por el Monitoreo Aval Ciudadano., obteniendo un porcentaje global en la Consulta Externa de 87%, en Hospitalización 91% y en Urgencias 77%.

Desde diciembre del 2020 el hospital trabajo con el esquema de gratuidad que indicó el gobierno Federal, a pacientes que no tienen seguridad social entran en tasa 0 para efectos de cuotas de recuperación. Se sigue la normatividad impuesta por el INSABI, todos los pacientes atendidos por motivo de enfermedad respiratoria aguda derivada del COVID 19.

Se implementó un mecanismo de adquisición de insumos para eventos urgentes.

Admisión y Archivo Clínico: en conjunto con Informes, Cajas, Trabajo Social, y Mesa de Control, lograron actualizar el proceso de reposición de carnets y de egreso de pacientes Hospitalizados.

Durante el segundo semestre de 2023, la Subdirección de Recursos Materiales, concluyó sus procedimientos de contratación de conformidad a los tiempos establecidos en las Políticas de cierre, coadyuvando a que las diferentes áreas del Hospital contaran con los insumos necesarios para brindar los servicios hospitalarios a la población en general de manera oportuna.

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

Avance

Se implementó Módulo del Sistema Unificado de Gestión (SUG), donde se otorga atención y orientación a pacientes y familiares, tanto en el Área de Informes en Planta Baja de la Torre de Especialidades, como a través del del Área de Calidad.

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

Indicador		Línea Base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
Meta para el bienestar	Porcentaje del gasto público ejercido en atención Médica.		100% (2019)	100% (2020)	N.D. (2021)	100% (2022)	98.9% (2023)	100% (2024)
Parámetro 1	Programar el presupuesto del ejercicio con base al análisis del gasto obtenido en ejercicios anteriores.		101.14% (2019)	112.96% (2020)	N.D. (2021)	106.6% (2022)	108.8% (2023)	100% (2024)
Parámetro 2	Porcentaje de requerimientos atendidos.	91.5% (2018)	N.D. (2019)	92.9% (2020)	N.D. (2021)	100% (2022)	100% (2023)	98% (2024)

Nota:

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



4

ANEXO

4- Anexo.

Avance de las Metas para el bienestar y Parámetros

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

1.1

Meta para el bienestar

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

Método de cálculo	Número de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores/Total de artículos científicos producidos por el personal del Hospital, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, enfermedades o afecciones propias de nuestra población usuaria.					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Meta
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
39.4%			37.3%	56.3%	40.2%	42.0%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de artículos de investigación clínica realizados por médicos especialistas no investigadores	Valor variable 1	51	Fuente de información variable 1		Artículos de investigación realizados
Nombre variable 2	Total de protocolos realizados por personal del Hospital, enfocados a atender alguna de las prioridades nacionales de salud, enfermedades o afecciones propias de la población usuaria del Hospital.	Valor variable 2	127	Fuente de información variable 2		Protocolos realizados
Sustitución en método de cálculo	$51/127*100=40.2\%$					

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

1.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR INVESTIGACIÓN						
Nombre	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones.					
Objetivo prioritario 1	Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.					
Definición	El indicador mide la proporción de proyectos realizados en colaboración inter-servicios clínicos o con otras instituciones de investigación.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Enseñanza e Investigación			
Método de cálculo	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones/Total de protocolos de investigación.					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
31.7%.			32.8%	20.8%	46.5%	33.2%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024				
NA		NA				



				APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023	
Nombre variable 1	Número de protocolos de investigación en colaboración con redes de investigación internas o externas o con otras instituciones	Valor variable 1	59	Fuente de información variable 1	Protocolos de investigación realizados en colaboración con redes de investigación
Nombre variable 2	Total de protocolos de investigación.	Valor variable 2	127	Fuente de información variable 2	Protocolos de investigación
Sustitución en método de cálculo	$59/127*100=46.5\%$				

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

1.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR INVESTIGACIÓN						
Nombre	Proporción de investigadores institucionales de alto nivel					
Objetivo prioritario 1	Generar conocimiento científico de alto impacto que permita integrar la información y los resultados que se producen en el Hospital para proponer nuevas soluciones a problemas de salud actuales y futuros.					
Definición	El indicador mide la relación de investigadores institucionales de alto nivel respecto al total de investigadores de la institución.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Período de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Enseñanza e Investigación			
Método de cálculo	Número de investigadores institucionales de alto nivel en el Hospital / Total de investigadores de la institución.					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
44.7%	52.6%	52.4%	45.9%	46.2%	43.6%	46.2%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			



APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023					
Nombre variable 1	Número de investigadores institucionales de alto nivel en el Hospital (Investigadores con nombramiento vigente de la CCINSHAE D, E, F o investigadores SNI I, 2,3).	Valor variable 1	17	Fuente de información variable 1	Nombramiento de investigadores
Nombre variable 2	Total de investigadores de la institución.	Valor variable 2	39	Fuente de información variable 2	Investigadores en plantilla del Hospital
Sustitución en método de cálculo	$17/39 * 100 = 43.6\%$				

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

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

2.1

Meta para el bienestar

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

Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
100%	96.4%	50%	90.6%	100%	93.8%	100%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024				
NA		NA				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	Valor variable 1	61	Fuente de información variable 1		Expedientes de cursos, base de datos de cursos
Nombre variable 2	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	Valor variable 2	65	Fuente de información variable 2		Programación anual
Sustitución en método de cálculo	$61/65*100=93.8\%$					

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

2.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ENSEÑANZA						
Nombre	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de especialidades troncales.					
Objetivo prioritario 2	Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.					
Definición	Mide el nivel de otorgamiento de servicio médico especializado a las poblaciones más vulnerables, a través de la prestación del servicio social profesional de las y los médicos residentes de las especialidades troncales					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Enseñanza e Investigación			
Método de cálculo	Número de médicos residentes de las especialidades troncales que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado / Total de médicos residentes de las especialidades troncales asignados para prestar servicio social profesional en el período asignadoX100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024



2018						
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de médicos residentes de las especialidades troncales que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado	Valor variable 1	36	Fuente de información variable 1		Programación de servicio social profesional para médicos residentes de las especialidades troncales
Nombre variable 2	Total de médicos residentes de las especialidades troncales asignados para prestar servicio social profesional en el periodo asignado	Valor variable 2	36	Fuente de información variable 2		Base de datos de médicos residentes del último año de las especialidades troncales
Sustitución en método de cálculo	36/36*100=100%					

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

2.2

Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ENSEÑANZA						
Nombre	Nivel de otorgamiento de servicio médico especializado, a través de médicos residentes de la especialidad de anestesiología.					
Objetivo prioritario 2	Formar proveedores de salud altamente calificados con las mejores prácticas y herramientas para que cuando concluyan su formación en el Hospital cuenten con las competencias, los conocimientos, los estándares éticos necesarios para prestar un servicio con calidad y seguridad para los pacientes.					
Definición	Mide el nivel de otorgamiento de servicio médico especializado a las poblaciones más vulnerables, a través de la prestación del servicio social profesional de las y los médicos residentes de la especialidad de anestesiología.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Enseñanza e Investigación			
Método de cálculo	Número de médicos residentes de la especialidad de anestesiología que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado / Total de médicos residentes de la especialidad de anestesiología asignados para prestar servicio social profesional en el período asignado X100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024



100%.			100%	100%	100%	100%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de médicos residentes de la especialidad de anestesiología que prestaron servicio social profesional en el periodo asignado	Valor variable 1	11		Fuente de información variable 1	Programación de servicio social profesional para médicos residentes de la especialidad en anestesiología
Nombre variable 2	Total de médicos residentes de la especialidad de anestesiología asignados para prestar servicio social profesional en el periodo asignado	Valor variable 2	11		Fuente de información variable 2	Base de datos de médicos residentes del último año de la especialidad en anestesiología
Sustitución en método de cálculo	11/11*100=100%					

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

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

3.1

Meta para el bienestar

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

Método de cálculo	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte / Total de días estancia en el periodo de reporte x 1000					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
7.9%	7.2%	6.1%	6.3%	5.5%	5.5%	7.9%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el ejercicio que se reporte	Valor variable 1	277	Fuente de información variable 1		Informe Bioestadístico
Nombre variable 2	Total de días estancia en el ejercicio que se reporta x 1000	Valor variable 2	50658	Fuente de información variable 2		Informe Bioestadístico
Sustitución en método de cálculo	$277/50658 \times 1000 = 5.5\%$					

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

3.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA						
Nombre	Porcentaje de surtimiento de recetas para pacientes hospitalizados.					
Objetivo prioritario 3	Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores					
Definición	Mide en forma directa la dotación de medicamentos a la población usuaria del Hospital					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad medida de	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección Médica			
Método de cálculo	Total de recetas para pacientes hospitalizados surtidas completamente / Total de recetas emitidas X 100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024



99%.	96.72%.	99.61%.	99.1%	95.4%	91.31%	100%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022			
Nombre variable 1	Total de recetas para pacientes hospitalizados surtidas completamente	Valor variable 1	40,255		Fuente de información variable 1	Recetas
Nombre variable 2	Total de recetas emitidas	Valor variable 2	44,087		Fuente de información variable 2	Recetas
Sustitución en método de cálculo	40255/44087X100=91.31%					

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

3.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA						
Nombre	Porcentaje de atención médica a pacientes receptores de violencia.					
Objetivo prioritario 3	Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, vista como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, que permita orientar el actuar institucional a un enfoque sistémico que dirija la creación de valor hacia la mejora continua y permita virar la gestión de recursos para el nacimiento de proyectos innovadores					
Definición	Este indicador mide la eficiencia de pacientes atendidos víctimas de violencia, violencia familiar, de género o de cualquier tipo, incluye niños, mujeres, adultos mayores y cualquier persona en condiciones de vulnerabilidad.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad medida de	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, y Dirección Médica			
Método de cálculo	Número de casos de posible violencia reportados al Ministerio Público/ Total de pacientes detectados con signos de posible violenciaX100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024



2018						
ND			100%	100%	100%	100%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2022						
Nombre variable 1	Número de casos de posible violencia reportados al Ministerio Público por el Departamento de trabajo social	Valor variable 1	1964	Fuente de información variable 1		Expedientes clínicos
Nombre variable 2	Total de pacientes detectados con signos de posible violencia por el área médica	Valor variable 2	1964	Fuente de información variable 2		Expedientes clínicos
Sustitución en método de cálculo	1964/1964X100=100%					

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

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

4.1

Meta para el bienestar

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



Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
0%	0%	2.8%	0.3%	0.1%	0%	0%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de muertes maternas presentadas	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1		Informe Bioestadístico
Nombre variable 2	Total de atenciones obstétricas (partos, cesáreas, legrados) realizados en el Hospital.	Valor variable 2	991	Fuente de información variable 2		Informe Bioestadístico
Sustitución en método de cálculo	0/991X100=0%					

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

4.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA						
Nombre	Reducción de tasa de Cesáreas					
Objetivo prioritario 4	Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.					
Definición	Mide la eficiencia para favorecer el desarrollo de partos naturales en la población usuaria del Hospital.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad medida de	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional			
Método de cálculo	Número de cesáreas presentados durante el ejercicio/Total de partos atendidos en el Hospital X 100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
2018	40.60%.	34.99%.	49.3%	39.6%	70%	32%
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024				



NA		Meta sujeta a la dinámica de los embarazos, ya que el Hospital recibe muchos embarazos de alto riesgo.			
		APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023			
Nombre variable 1	Número de cesáreas presentados durante el ejercicio	Valor variable 1	408	Fuente de información variable 1	Expedientes clínicos
Nombre variable 2	Total de partos atendidos en el Hospital	Valor variable 2	583	Fuente de información variable 2	Expedientes clínicos
Sustitución en método de cálculo	$408/583 \times 100 = 70\%$				

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

4.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ATENCIÓN MÉDICA						
Nombre	Prevalencia de obesidad en niños de 6 a 16 años de edad					
Objetivo prioritario 4	Proporcionar atención integral a la salud del paciente, conceptualizada como el acompañamiento al paciente y su familia desde el ingreso hasta su rehabilitación, considerando medidas preventivas para evitar daños y costos a su salud y calidad su vida.					
Definición	Mide el efecto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes enfocadas a la población infantil.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad medida de	Porcentaje	Período de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección Médica			
Método de cálculo	Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad con mejora de los parámetros de obesidad / Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad recibidos con obesidad x 100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
ND			95.6%	98.3%	99%	100%



Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024		
NA			NA		
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023					
Nombre variable 1	Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad con mejora de los parámetros de obesidad	Valor variable 1	136	Fuente de información variable 1	Registro de pacientes
Nombre variable 2	Total de Niñas y niños entre 6 a 16 años de edad recibidos con obesidad	Valor variable 2	137	Fuente de información variable 2	Registro de pacientes
Sustitución en método de cálculo	$136/137 \times 100 = 99\%$				

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

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

5.1

Meta para el bienestar

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



Método de cálculo	Número de construcciones concluidas/ Número de construcciones en procesoX100.					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2019	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
ND	NA	NA	NA	0	0	NA
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
La línea base está definida en el año 2019			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Número de construcciones concluidas	Valor variable 1	0		Fuente de información variable 1	Actas de entrega-recepción
Nombre variable 2	Número de construcciones en procesoX100.	Valor variable 2	0		Fuente de información variable 2	Informes de obra
Sustitución en método de cálculo	0/0*100=0					

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

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

- p/: Cifras preliminares.

5.1 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ADMINISTRATIVO						
Nombre	Demoler al 100% la Torre de Hospitalización.					
Objetivo prioritario 5	Reestructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el HGMGG pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.					
Definición	Mide el nivel de avance en la demolición de la torre antigua de hospitalización.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Administración			
Método de cálculo	Demolición programada / Demolición ejecutadaX100					
Observaciones	Se concluyó la demolición de la Torre en el año 2021					
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
ND	ND	20%	100%	100%	NA	NA
Nota sobre la Línea base		Nota sobre la Meta 2024				



NA			NA			
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023			
Nombre variable 1	Demolición programada	Valor variable 1	NA		Fuente de información variable 1	Calendario de ejecución de obra programado
Nombre variable 2	Demolición ejecutada	Valor variable 2	NA		Fuente de información variable 2	Informe de obra ejecutada
Sustitución en método de cálculo	NA					

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

5.3

Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO						
Nombre	Porcentaje de atención a los requerimientos de mantenimiento de inmuebles y equipos solicitados por las áreas operativas					
Objetivo prioritario 5	Reestructurar la infraestructura y equipamiento especializado considerados como el conjunto de elementos o servicios que son necesarios para que el HGMGG pueda funcionar y que sus servicios se desarrollen efectivamente para asegurar que el paciente reciba la atención que requiere y que el entorno en que transita sea seguro y conducente a su recuperación.					
Definición	Este indicador mide el porcentaje de Mantenimientos Preventivos y Correctivos realizados a los equipos e inmueble propiedad de este Hospital.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad medida	Porcentaje	Período de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Administración			
Método de cálculo	Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos contratados / Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos programados X 100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Meta
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
82%	82%	30.1%		47.5%	52.43%	90%

Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024		
NA			NA		
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023		
Nombre variable 1	Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos contratados	Valor variable 1	18.	Fuente de información variable 1	Contratos y/o pedidos
Nombre variable 2	Número de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a equipos programados	Valor variable 2	35	Fuente de información variable 2	Calendario de mantenimientos de Contratos y/o pedidos
Sustitución en método de cálculo	18/35*100=52.43%.				

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

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

- p/: Cifras preliminares.

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

6.1

Meta para el bienestar

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



Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2019	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
100%	100%	100%	N.D.	100%	98.85%	100%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
La línea base está definida en el año 2019			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Presupuesto ejercido	Valor variable 1	Total de presupuesto ejercido al cierre del ejercicio en el programa E-023	1,653,526,352	Fuente de información variable 1	Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Nombre variable 2	Presupuesto modificado	Valor variable 2	Total de presupuesto modificado al cierre del ejercicio en el programa E-023	1,672,790,980	Fuente de información variable 2	Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Sustitución en método de cálculo	1,653,526,352/1,672,790,980*100=98.85%					

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

6.2 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO						
Nombre	Programar el presupuesto del ejercicio con base al análisis del gasto obtenido en ejercicios anteriores.					
Objetivo prioritario 6	Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.					
Definición	Mide la proporción del presupuesto Modificado respecto al autorizado.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad frecuencia de medición	o Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Administración			
Método de cálculo	(Total de presupuesto Modificado / Total de presupuesto autorizado)*100%					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado °	Resultado °	Resultado 2023	Meta 2024



2019			2021	2022		
101.14%	101.14%	112.96%		106.6%	108.8%	100%
Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
La línea base está definida en el año 2019			NA			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023						
Nombre variable 1	Total de presupuesto o Modificado	Valor variable 1	1,887,475,002		Fuente de información variable 1	Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Nombre variable 2	Total de presupuesto o autorizado	Valor variable 2	1,734,587,698		Fuente de información variable 2	Estado del ejercicio extraído del Sistema de Contabilidad y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Sustitución en método de cálculo	1,887,475,002/1,734,587,698*100=108.8%					

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

6.3 Parámetro

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO						
Nombre	Porcentaje de requerimientos atendidos.					
Objetivo prioritario 6	Promover la sustentabilidad financiera que asegure que el Hospital cuente con los recursos que le permitan aprovechar las oportunidades y actuar acorde, incluso en medio de circunstancias adversas e inesperadas, manteniendo el ritmo de las operaciones del Hospital y sin poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.					
Definición	Mide el nivel de requisiciones solicitadas por las diferentes unidades administrativas adquiridas por el Hospital.					
Nivel de desagregación	Institucional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad medida de	Porcentaje	Período de recolección de los datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero siguiente al cierre del ejercicio que corresponda.			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección de Administración			
Método de cálculo	Total de requisiciones atendidas/Total de requisiciones registradas*100					
Observaciones						
SERIE HISTÓRICA						
Valor de la línea base 2018	Resultado 2019	Resultado 2020	Resultado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023	Meta 2024
91.50%		92.9%		100%	100%	98%



Nota sobre la Línea base			Nota sobre la Meta 2024			
NA			NA			
			APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR 2023			
Nombre variable 1	Total de requisiciones atendidas	Valor variable 1	114		Fuente de información variable 1	Consecutivo de requisiciones
Nombre variable 2	Total de requisiciones registradas	Valor variable 2	114		Fuente de información variable 2	Consecutivo de requisiciones
Sustitución en método de cálculo	$114/114*100=100\%$					

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

5

SIGLAS Y ABREVIATURAS

5.- Siglas y abreviaturas

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

Clasificación NEWS: (National Early Warning Score). Sistema de alerta temprana para identificar pacientes agudamente enfermos.

CONAHCYT: Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías.

CODECIN: Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales.

CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas.

CUNCEEC: Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad

DPA: Diálisis Peritoneal Automática

DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria o Manual.

FOCONES: Documento interno que sirve para certificar el nivel de existencia de los bienes al momento de generar una nueva requisición de compra y para justificar su adquisición, de acuerdo a las estrategias de la dependencia o entidad.

HGMGG: Hospital General Doctor Manuel Gea González.

INSABI: Instituto de Salud para el Bienestar.

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados.

PAAAS: Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios

PANITLI: Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas

SUG: Sistema Único de Gestión. (Quejas).