



SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL
DE PEDIATRÍA

Programa de Trabajo

Para la Dirección General

2011 - 2016



Salud

Excelencia

Responsabilidad

Valores

Innovación

Rendición de cuentas

**“El Bienestar de la Infancia, Adolescencia y la Familia
Reto y Compromiso”**

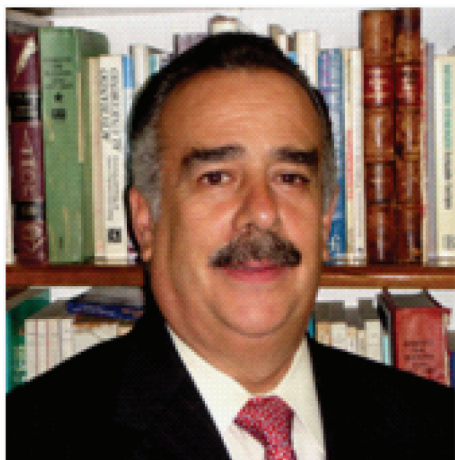
Índice

CAPÍTULO 1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN	11
CAPÍTULO 2. DEBER SER	17
CAPÍTULO 3. EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	27
Transición demográfica y social	29
Transición Epidemiológica	36
CAPÍTULO 4. SITUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL INP POR ÁREAS SUSTANTIVAS Y DE APOYO GERENCIAL	51
Investigación	53
Enseñanza	55
Atención médica	62
Administración	75
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO	81
Análisis Interno y Externo: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas	83
Fortalezas del INP. Capital institucional	84
Debilidades del INP. Áreas de oportunidad para alcanzar la misión institucional	88
Oportunidades como medios de fortalecer a la Institución en el cumplimiento de la Misión	89
Amenazas. Cambios en el contexto y acciones anticipatorias	90
Matriz de Convergencia en el Análisis FODA. Identificación de Riesgos.	91
CAPÍTULO 6. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA:	97
Marco Lógico- Mapeo de Riesgos: Una base sólida para la priorizar acciones y obtener resultados.	99
Misión y Visión Institucional	99
Fase Analítica. Metodología para el Análisis de problemas y soluciones	100
Problemática General del Instituto Nacional de Pediatría bajo la metodología de identificación de riesgos y oportunidades de desarrollo y continuidad	104
Fase de Planeación: Objetivos y Resultados	108
CAPÍTULO 7. PROGRAMA 2011-2016	111
Criterios de abordaje de la Dirección del INP	113
Misión y Visión	116
Valores Institucionales	117
Políticas de la Dirección General	117
Estrategias del Programa Institucional para 2011-2016	117
Acciones de control inmediato ante los riesgos Institucionales	121
Proyectos prioritarios para continuidad e innovación	122

**PROGRAMA PARA LA DIRECCIÓN GENERAL
DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2011 - 2016
“El Bienestar de la Infancia, Adolescencia y la Familia**

Dr. Alejandro Serrano Sierra

Exposición de motivos:



De acuerdo a la convocatoria de la Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, publicada el 11 de julio del 2011, someto a la distinguida consideración de la Honorable Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Pediatría, el Programa de trabajo para la Dirección General del mismo, en el periodo 2011 - 2016.

Si esta Honorable Junta de Gobierno me favorece con tan alta distinción, me comprometo a enfrentar este reto con total entrega, honradez, vocación de servicio, pasión, liderazgo y capacidad de gestión, a partir de la experiencia de más de 30 años como servidor público, responsable..de áreas de atención médica y de administración, en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, durante 25 años, en diferentes puestos, jefe de la consulta externa, de la división de enseñanza, subdirección de asistencia médica y por casi cuatro años a cargo de la subdirección de consulta externa en el Instituto Nacional de Pediatría, actualmente y desde enero del 2009 como director médico del HIMFG.

Me considero un pediatra privilegiado, por haber trabajado en ambas instituciones, las que considero como referentes científicos de la pediatría nacional e internacional.

A partir del mes de mayo del 2010 se me nombró

Vocal de la Junta de Gobierno del Hospital Gea González y desde marzo del 2011 del Instituto Nacional de Perinatología, nombramientos que me han permitido co nocer durante la presentaciones de los informes de gobierno de ambos hospitales, los aciertos y los problemas derivados de la gestión, sintetizarlos y escuchar a los miembros de las juntas , líderes de opinión y en muchos casos exdirectores de los institutos, emitir sus recomendaciones y propuestas, aportaciones que han nutrido mi comprensión de los sistemas de salud en donde destacan la rectoría, el financiamiento, la gestión de recursos y la prestación de servicios, dentro del marco de Plan Nacional de Salud.

Esta nueva oportunidad que me brinda la vida, al concursar para la dirección General del INP es extraordinaria.

Reconozco los logros alcanzados durante los últimos años en materia de investigación, enseñanza y atención médica; capitalizarlos, impulsarlos y fortalecerlos, será una de mis prioridades y compromisos por cumplir durante el encargo; cuyo propósito fundamental será el de mantener los más altos estándares de eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y seguridad, en beneficio de los niños, los adolescentes y sus familias, sin olvidar a los trabajadores de la institución, quienes merecen un ambiente laboral digno y un trato justo.

Debo destacar que la experiencia adquirida durante mi paso, por casi cuatro años en el INP, al lado de un gran líder, me dio la oportunidad de conocer a gran parte del personal médico y paramédico del Instituto, de participar en forma directa del diseño, equipamiento y reorganización de la Consulta Externa, proyecto, instalación de la farmacia subrogada, para los pacientes ambulatorios, inicio del Expediente electrónico y su puesta en operación en los 51 consultorios de la misma. También participé en los anteproyecto de la unidad de neurodesarrollo y rehabilitación, años de intenso trabajo, pero de invaluable experiencia al lado de un equipo de colaboradores de gran capacidad, con lo que se alcanzó el cumplimiento de las metas

propuestas para ese periodo.

Consideraré como elementos claves para la gestión la evolución de la histórica de INP, su desempeño y sus resultados basados en el reconocimiento de lo alcanzado por la institución y sus trabajadores. Reconoceremos la labor y esfuerzos de sus iniciadores y plantearemos procesos innovadores que permitan la mejora continua y estar preparados para enfrentar los retos que en materia de salud contempla el PNS **2007 – 2012**.

Es necesario continuar con la motivación y capacitación de todo el personal, especial interés mostraré hacia el personal de enfermería, personal técnico y administrativo.

Resumiré en las siguientes líneas las acciones y políticas que integran el programa estratégico de trabajo, que será nuestra guía y definirá el rumbo de la institución. Para conocerlo en detalle, se pueden referir al cuerpo del documento.

Utilizaremos a la Matriz de Riesgos, basada en el análisis del FODA y la Matriz de Marco Lógico como piedra angular del programa, lo que nos permitirá evaluar en forma oportuna los problemas y toma de decisiones, que conduzcan a prevenirlos y enfrentarlos a tiempo.

El principio del **Deber ser** Institucional explícitamente expresado en la **misión** del Instituto, lo constituye la **investigación científica**, actividad sustantiva que debe ubicarse a la vanguardia en las diferentes líneas biomédicas, epidemiológicas y clínicas, vinculadas con los avances tecnológicos de punta, con la obligación de documentarlos, difundirlos y aplicarlos a **modelos de atención pediátrica integral**, que sean reproducibles en nuestro país, para reafirmarán los valores y principios rectores del Instituto, con profundo rigor científico y continuará aportando notables contribuciones a la pediatría...y..subespecialidades...pediátricas, dentro de las que destacan la inmunología y alergia, genética, dermatología, gastroenterología y nutrición, así como el trasplante de Médula Ósea y el tratamiento de los niños con problemas hemato-oncológicos, entre otras.

Se pondrá especial interés en difundir los resultados

de la investigación, con el propósito de impactar en los modelos de atención y trascender en la comunidad médica del país.

Se promoverán alianzas estratégicas con las universidades e institutos de investigación..nacionales.e..internacionales, así como, con otras instituciones médicas públicas y privadas.

Se buscará mayor apoyo financiero para los proyectos de investigación, al promover y estimular a los investigadores en la búsqueda y obtención de los recursos.

Reforzaremos la **formación recursos humanos** médicos y paramédicos de excelencia.

En apego a los estándares internacionales, se privilegiarán los más altos niveles de calidad, productividad y eficiencia, pilares que sustentarán al instituto y su prestigio.

Entenderemos el concepto de calidad como la capacidad de los procesos de trabajo para satisfacer las expectativas de los usuarios y sus familiares.

Con la finalidad de llegar a un desempeño óptimo y en equilibrio, entre el uso de los servicios y los costos de la atención, se propone una alineación de los procesos.

Se planteará la reingeniería de los mismos al favorecer su alineación, articulación y financiamiento lo que facilitará su, regulación y control.

Se propone llevar a cabo una economía de escala competitiva, bajo un principio fundamental: brindar con la capacidad instalada, el mayor beneficio posible al menor costo, sin demérito en la calidad del servicio.

Se aprovechará la metodología implantada por el Seguro Popular para brindar protección financiera a todos los usuarios posibles, para ofrecerles una opción de aseguramiento público en materia de salud a través del seguro de gastos catastróficos, que cubre padecimientos muy costosos como el cáncer y prematuridad.

Generar un indicador que evalúe la carga de enfermedad en los niños, y adolescentes sin seguridad social, expresado como: AVAD: Años de Vida Ajustados por

Discapacidad, derivado del análisis de población, mortalidad, morbilidad y discapacidad, será una tarea por hacer. Se continuará ligado al programa del Sector Salud y al de otras entidades gubernamentales y no gubernamentales, para brindar a las familias la protección social y de la salud, en particular a aquellos eventos catastróficos que inciden en el “bolsillo” y economía familiar, derivados de las enfermedades perinatales, hemato-oncológicas, crónico degenerativas y psiquiátricas, entre otras, que no solo impactan en la economía familiar, sino que también comprometen la integridad y dinámica de la misma, para ofrecerles la atención médica de alta especialidad propia de un tercer nivel.

Acciones que también se verán beneficiadas por el Seguro Médico para una Nueva Generación, estrategia implantada en el gobierno actual y que nos permitirá garantizar la atención integral de los menores de cinco años, sin afectar la economía familiar.

Desde su fundación el INP ha reflexionado acerca de su quehacer y de ello da cuenta la divulgación interrumpida desde 1980 de su Acta Pediátrica de México. Se fortalecerá su publicación y se harán todas las acciones y trámites necesarios para incorporar el la revista al Index Médico.

Para mantener y elevar la calidad de la atención médica integral, incluyente y sustentable, se requiere afianzar los vínculos interinstitucionales, particularmente con el INPer y el HIMFG, fortaleceremos el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de derivar aquellos pacientes que requieren para su atención de un el primero o segundo nivel de atención y retomar los principios con los que fueron creados los hospitales pediátricos para apoyo asistencial de nuestro instituto.

Dentro de los nuevos proyectos se continuarán las gestiones ante las instancia pertinentes para la creación de una Unidad de Atención Integral e Investigación del Cáncer, que ampliará la capacidad instalada del hospital y permitirá desarrollar protocolos de investigación innovadores, al mismo tiempo se realizarán los trámites para obtener los recursos humanos para su operación. Centro para la atención de enfermedades cardiovasculares que tendrán el enfoque transdisciplinario a partir de un modelo de pediatría integral.

Apoyaremos los convenios para la rotación de los médicos residentes de pediatría y subespecialidades pediátricas con los hospitales pediátricos del Gobierno del Distrito Federal, oportunidad que se aprovechará para replicar los modelos de atención médica, que deberán ser generados en forma conjunta, particularmente para el segundo nivel.

Se reevaluarán los diferentes procesos de atención que brindan el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil de México, para sumar esfuerzos y realizar sinergias, con el objetivo de lograr mejores resultados en la investigación, enseñanza y asistencia, con el menor costo y así optimizar las asignaciones presupuestales en ambas instituciones.

Se consolidarán las acciones del Sistema de Gestión de Calidad, para mantener la mejora continua en todos los procesos de la atención al usuario, a través de la certificación con la ISO 9001-2008, acreditada por los organismos líderes en el ramo.

Se reforzará la infraestructura institucional para afrontar las contingencias ambientales, pandemias y desastres, capacitando al personal médico y paramédico, para ello se calendarizarán los simulacros ante estas posibles contingencias, para exponer y corroborar lo aprendido.

Como principio rector, estará el incidir en la desigualdad de la atención médica, reducir los riesgos, la carga de la enfermedad y evitar la exclusión social. El enfoque de los modelos de crecimiento y desarrollo deben cambiar el paradigma de riesgo y daño, por el de resiliencia¹ y desafío. Enfocaremos los esfuerzos en las áreas sustantivas: investigación, enseñanza y asistencia, para el diseño modelos de atención que permitan prevenir, asesorar y recomendar todas las acciones que favorezcan el ciclo crecimiento y desarrollo, desde la etapa perinatal, la infancia y la adolescencia, atendiendo los aspectos psicosociales, culturales y afectivos.

¹Resiliencia es la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable. La resiliencia se caracteriza por el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana, viviendo en un medio insano”. Rutter 1992.

Entenderemos la resiliencia, no sólo como un atributo con que los niños nacen, sino que se desarrolla durante la infancia y adolescencia, considerado como un proceso interactivo entre éstos y su medio, por lo que las instituciones deben reconocer este nuevo paradigma para encauzar las acciones de salud, que permitan me-



jorar el entendimiento de su abordaje y fortalecer su capacidad de respuesta, para poder enfrentar y resistir los retos del siglo XXI (Rutter, 1992).

Se propiciará la actitud incluyente de infantes y adolescentes en el núcleo familiar y social, para evitar la vulnerabilidad a las diversas enfermedades por efecto de la marginación, el rechazo y el abandono, lo que a futuro garantizará el desarrollo y aprovechamiento del bono poblacional.

La—transición—demográfica-y-epidemiológica de nuestro país, está relacionada con las variables de mortalidad general e infantil, esperanza de vida, fecundidad y enfermedades transmisibles principalmente, sin embargo consideraremos también, de manera particular sus cadenas causales, como los aspectos sociales, la urbanización y económicos.

Se atenderán y estudiarán especialmente los problemas emergentes, como cáncer y obesidad, el VIH-SIDA, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, complicaciones perinatales, accidentes, traumatismos, capacidades diferentes, drogadicción, problemas psiquiátricos y enfermedades infecciosas, sin olvidarnos de los problemas del rezago como la desnutrición y la anemia.

El aspecto humanista deberá tener preeminencia frente a la vanguardia tecnológica, como principio de la aten-

ción, esto permitirá consolidar nuestra Misión y dar coherencia al sistema de atención médica con calidad.

Este principio es la base de los modelos de atención para el desarrollo infantil y el control de enfermedades; para el mantenimiento de las redes de apoyo familiares, escolares, que fortalezcan la autoestima, la capacidad de amar y de aprender.

Particular interés se pondrá en los niños y adolescentes, con enfermedades de transmisión sexual; su prevención y tratamiento.

Se atenderá la depresión y conducta suicida, que en los últimos años se han incrementado de ser la causa número 14 al cuarto lugar como causa de muerte en el 2007. También llama la atención el incremento en los homicidios en menores de 15 años con una tasa de 1.4/100,000 habitantes en el año 2000 y 1.9 para el año 2010 (Bol Med Hosp Infant Mex 2011;68(3):253-258).

El embarazo en menores de 20 años representa 17% del total de embarazos para todos los grupos de edad y de ellos, 15% presenta un segundo embarazo antes de cumplir los 20 años. Para ello se establecerán programas y clínicas de atención multidisciplinarias y serán referidos a los hospitales psiquiátricos del país, para su manejo integral y control.

“Quienes aman lo que hacen, se desempeñan bien”. Meta que se espera conseguir al implantar programas motivacionales, dirigidos al personal en materia de innovación y calidad, que los comprometa con nuestros pacientes y con su trabajo diario.

Se promoverá el desarrollo profesional de los prestadores del servicios, particularmente el del personal de enfermería. Buscaremos su recategorización y actualización continua, Iniciaremos las gestiones con la ENEO e instancias correspondientes para la creación de la escuela de Enfermería Pediátrica del INP.

Se garantizarán los derechos humanos a través de la satisfacción de los usuarios y el acceso a la información. Se reconocerá la preparación, trabajo, logros académicos y científicos del personal institucional, para tomarlos en cuenta como líderes de sus áreas y candidatos a jefaturas de nuestra institución .

Continuaremos de manera particular con la formación de recursos humanos tanto en el extranjero como en el país, anteponiendo las necesidades institucionales y las prioridades en salud del país, con apoyo del patronato. Aprovecharemos en todo lo posible los sitios dotados.

Se fortalecerá el vínculo con otros sectores como el desarrollo social, educación, ambiente y seguridad, con el propósito de establecer juntos, las nuevas políticas gubernamentales, dirigidas a mejorar el bienestar de la población, para colaborar en la resolución de los problemas sociales que hoy afectan a la infancia y adolescencia.

Impulsaremos la equidad en los procesos de selección, reclutamiento, promoción y superación del personal sin distinción de género, que favorezcan su crecimiento profesional e individual.

Se realizarán los trámites correspondientes ante los medios masivos de comunicación, para difundir los programas y acciones de promoción y conservación de la salud, así como los tratamientos de vanguardia que ofrece nuestra institución, sus resultados y metas, en concordancia con las instancias de la Secretaría de Salud.

Se escucharán las demandas laborales, que respeten los principios institucionales, para alcanzar el objetivo de construir colectivamente lo que se quiere y a dónde se debe llegar, tratando de sortear aquello que se ha identificado como una discrepancia entre trabajadores y autoridades.

Con la premisa “ la razón no admite jerarquías”, se propiciarán instancias que promuevan y alienten la discusión académica, que enriquezcan la productividad en las áreas de investigación, enseñanza, asistencia, planeación y administración.

Nuestros resultados estarán caracterizados por la transparencia y rendición de cuentas.

Estoy cierto que una dirección con el mejor equipo de colaboradores y con la retroalimentación de la comunidad institucional, alcanzará las metas que se ha propuesto para la gestión.

Les reitero y afirmo, mi lealtad y compromiso hacia el Instituto Nacional de Pediatría, de hoy y para siempre.



Capítulo 1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN



Capítulo 1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN

Más de cuatro décadas atestiguan su gran labor.



Origen y evolución

Los documentos históricos en materia de salud en México y en el INP constituyen la palabra viva, la voz del pasado, nuestro legado. Su lectura y análisis, nos permiten remontarnos a los hechos y condiciones de lo ocurrido, la razón de su creación y su evolución, describen los aciertos y errores, nos proporcionan la información necesaria para dar continuidad a los aspectos positivos, evitar los yerros y nos orientan para lograr el desempeño de nuestra labor con éxito. De ahí la importancia de recordarlos brevemente.

Uno de los antecedentes más importantes vinculados con la atención de la salud de los niños en nuestro país, data de la época de la colonia, con Vasco de Quiroga, quien recibió el sobrenombre del “Protector del niño indio en América”, y en 1532, fundó la primera casa cuna en el país. Años más tarde, en 1865 la Emperatriz Carlota con sus propios recursos apoya a la “Casa de los niños Pobres y la Cuna”. En el año de 1905 se reorganiza la Casa Cuna y se funda el “Hospicio de Niños”; ese mismo año se funda el pabellón de niños en el Hospital General.

Es hasta la época post-revolucionaria, alrededor del año 1928, que se integró el Comité Nacional de Protección de la Infancia y para el 19 de enero de 1930 se fundó la Sociedad Mexicana de Pediatría. En 1933 es reubicada la Casa Cuna en Coyoacán. Su director fue

el Dr. Cárdenas de la Vega, quien falleció prematuramente a la edad de 35 años.

Durante la década de los cuarentas, nacieron en la ciudad de México el Hospital Infantil de México (1943), el Instituto Nacional de Cancerología (1946), el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1944), la Secretaría de Salud (1944) y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) nace en 1961, con la misión de suministrar desayunos escolares y servicios asistenciales a los niños. En los siguientes años, ante la demanda de atención, se planteó la necesidad de crear un nuevo hospital pediátrico.

Para cumplir con este objetivo, se integró un grupo de médicos entre los que destacaron los doctores Jesús Kumate, Jesús Álvarez de los Cobos, Joaquín Cravioto Muñoz, Luis Sierra rojas, Rafael Ramos Galván, María Luisa Días Salas y Lázaro Benavides Vázquez, entre otros.

Más tarde, en 1968 se creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) con la tarea primordial de asistir a los niños víctimas de abandono, con esta institución nació el Hospital del Niño de la IMAN, cuyo nombre inicial fue Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la niñez.

Durante esta época emblemática, se inició la construcción del nuevo hospital bajo la dirección del Arq. Pedro Ramírez Vázquez, con un enfoque hacia la investigación científica, “El Instituto sería un centro de investigación dedicado al estudio de los problemas médico-sociales de la niñez mexicana”.

El 6 de noviembre de 1970, fue inaugurado por el entonces presidente Gustavo Días Ordaz y su esposa la señora Guadalupe Borja, el Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con el objetivo de proporcionar asistencia médica pediátrica integral, enseñanza e investigación.

El Organismo quedó integrado por los doctores: Lázaro Benavides, Director General; Jesús Álvarez de los Cobos, Coordinador General; Rafael Ramos Galván, Jefe de Asistencia y Enseñanza; Luís Sierra Rojas, Jefe de Rehabilitación;

Luís Durán Romano, Auditor Médico; Guillermo Santín, Jefe de Radiología; Luís García Moreno y Virginia Vázquez, responsables de los laboratorios clínicos e investigación; María Luisa Díaz Salas, Jefe de Enfermeras y de Trabajo Social y el patólogo Luís Salinas.

El Conjunto IMAN constó de Casa Hogar Para Niñas, oficinas generales de la institución, Casa Cuna e instalaciones para el hospital, edificio para la residencia médica, guardería e instalaciones para los servicios generales.

El 4 de enero de 1971, el Dr. Rafael Ramos Galván inauguró oficialmente la docencia, anunciando a la par, el inicio de las residencias medico-quirúrgicas de posgrado.

En 1977, el IMAN se fusionó con el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que hasta la fecha es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social, entendida ésta como la protección. En este mismo año, durante la gestión del Dr. Beltrán Brown, se estableció el Departamento de Ediciones Médicas que entre otras labores publica la Revista Acta Pediátrica de México, fuente invaluable de estudio para el desarrollo de temas de interés científico de grupos vulnerables.

Fue hasta el 18 de abril de 1983 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial mediante el cual se creó el Instituto Nacional de Pediatría, estructurado como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud en los términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Los compromisos de la institución fueron: proporcionar atención médica infantil especializada, efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la Pediatría, la formación de recursos humanos, contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas áreas relacionadas y apoyar programas de salud pública.

En 1984 el Dr. Joaquín Cravioto Muñoz, Director del Instituto de Ciencia y Tecnología Aplicada a la Salud

(INCyTAS), actual edificio de investigación, recibió el Premio “Reina Sofía” por sus estudios sobre nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje, otorgado por los reyes de España a lo más destacado en investigación en Iberoamérica.

En el periodo de marzo de 1985 a enero de 1995 se encaminaron las acciones hacia la consolidación de su desarrollo como un Instituto Nacional de Salud, lo que representó un gran reto, tomando en consideración las características y funciones netamente asistenciales, bajo las cuales fue originalmente creado. Se construyó la Unidad de Congresos, a través de la remodelación del auditorio principal y la construcción de dos salas anexas de usos múltiples.

Se destinó el presupuesto de obra pública a la modernización de los Departamentos de Neonatología, Neurofisiología



Clínica, Terapia Intensiva, Quirófano Central, Sala de Cuidados Intermedios, Salas de Usos Múltiples, Bioterrio, Residencia Médica, Departamento de Impresiones, nuevas instalaciones del Banco de Sangre, así como el equipamiento con tecnología de vanguardia, como un tomógrafo axial computado, un equipo de neurofisiología clínica, un microscopio electrónico y una nueva unidad de cobalto.

El Dr. Alberto Peña Rodríguez, quien fue director del Instituto, recibió el premio GROSS en 1985 como el más connotado cirujano pediatra que revolucionó el tratamiento de las malformaciones anorectales.

El 1° de agosto de 1988 se expidió en el Diario Oficial de la Federación el Decreto para la organización y el

funcionamiento del Instituto dentro del Sistema Nacional de Salud.

El pionero en la investigación en el campo de Maltrato Infantil es el Dr. Arturo Loredó Abdalá, quien en 1994 obtuvo el Primer lugar del Premio Nacional de Administración Pública por su libro “Maltrato al Menor”; el INP es Centro de Referencia de esta patología y cuenta con un equipo multidisciplinario.

En 1999 se reinstaló el Programa de Trasplante de Médula Ósea, diseñado para trasplantes autólogos y alogénicos, tanto de médula ósea como de células progenitoras.

En el año 2000 y por segunda vez, se recibió el Premio Reina Sofía, otorgado al Dr. Antonio Velázquez Arellano por su trabajo en el área de enfermedades metabólicas, trabajo que se realizó en conjunto con investigadores de la UNAM y del INP.

En el año 2000 se obtuvo el permiso de las instancias correspondientes para imponer el nombre del Dr. Joaquín Cravioto Muñoz a la Torre de Investigación. Esta área contó con 25 laboratorios y 127 investigadores con plaza de investigador ICM.

El INP obtuvo la certificación por el Consejo de Salubridad General para el periodo 2000-2004, cumpliendo con los requisitos señalados por la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales y en el año 2006 obtuvo también la certificación de la Norma NMX-CC-9001-IMNC-2000/ISO 9001:2000.

Actualmente los inmuebles institucionales son: edificio de Hospitalización y laboratorios clínicos y especializados, área de rehabilitación, edificio de consulta externa y toma de muestras, edificio de planeación, residencia médica, torre de investigación edificio administrativo, banco de sangre, centro de información y documentación, área de neurodesarrollo; centro rural de Tlaltizapán y unidad de investigación en Huatecalco, en el estado de Morelos.

Durante la gestión 2005-2011 se inició el periodo de transformación del Instituto, que lo caracterizó por la construcción, remodelación y equipamiento de manera trascendental, como ejemplo señalar la con-

strucción del edificio de la Consulta Externa con 52 consultorios, totalmente equipados y el área de Toma de Productos, remodelación del 1er piso del edificio de hospitalización, Unidad de Hemodiálisis, Unidad de Neurodesarrollo, Unidad de Rehabilitación (Ortopedia, Otorrinolaringología y Foniatría), Unidad de Radioterapia Integral, Laboratorio de análisis clínicos, Farmacia robotizada, tres pisos de la Torre de Investigación y la sustitución de 16 elevadores, entre otros logros; lo que constituyó 10 000mts2 en construcción y 20 000mts2 de remodelación, e incrementó la planta física en un 23.5%. La inversión económica durante este periodo ascendió a 527 millones de pesos.

Asimismo, se inició la alineación de los procesos institucionales al considerar la reingeniería de los mismos como instrumento estratégico, dentro de los que cabe destacar la revisión y actualización de 73 manuales de organización y procedimientos.

Durante esta gestión, se obtuvo la Certificación que otorga el Consejo de Salubridad General en 2006, recertificando en 2011 bajo los estándares de la Join Commission enfocados a la Seguridad del Paciente.

Todas estas acciones constituyen hoy una fortaleza institucional, con un impacto en los indicadores de salud pediátrica en nuestro país. Que deberán ser aprovechadas dentro del Proyecto 2011-2016, dando continuidad al Proyecto Institucional.

En el cuadro de la Inversión realizada, se describen los principales conceptos de esta gestión. (pág.81)



Capítulo 2. DEBER SER



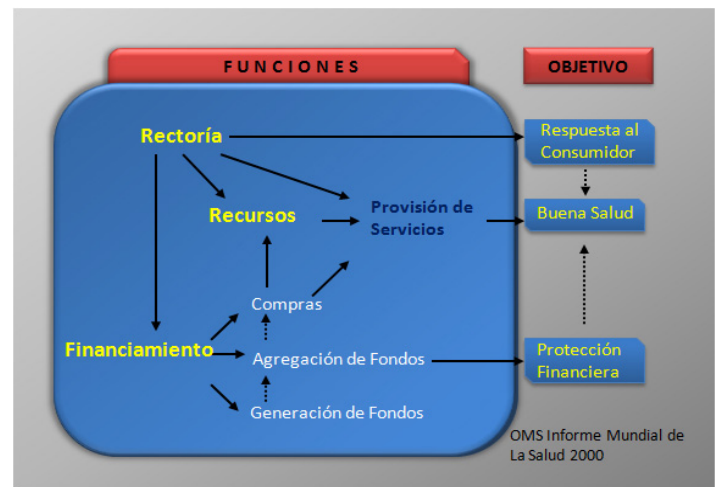
Capítulo 2. DEBER SER



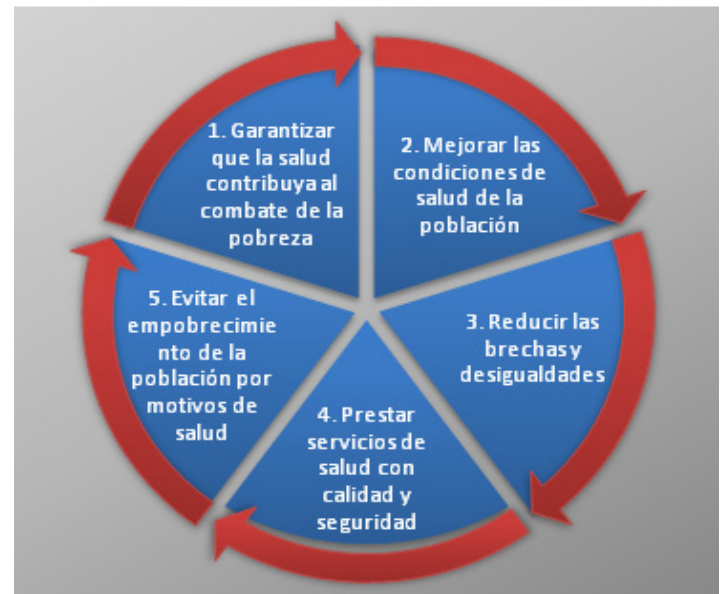
El Instituto Nacional de Pediatría (INP) forma parte de la red de los Institutos Nacionales de Salud, éstos se encargan de brindar atención de alta especialidad, con dos grandes componentes enfocados a la Gestión de Conocimiento en Salud de la infancia y adolescencia, a través de la investigación y enseñanza, lo que permite contribuir de manera organizada con las acciones del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS) y el Programa Sectorial de Salud, para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

El PNS tiene como propósito general garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud. Este programa que plantea cuatro premisas organizacionales operativas, propuestas por la Secretaría de Salud, para mejorar el impacto de las acciones del INP y que son mandatos a seguir:

1. Alinear los programas y los presupuestos a los beneficios en salud para la población.
2. Definir con claridad las fuentes complementarias de ingresos.
3. Concluir la construcción y reingeniería y poner en operación las unidades nuevas.
4. Uso de los recursos, transparencia y rendición de cuentas.



En el Programa Nacional de Salud agregan diez estrategias y 74 líneas de acción, enfocadas a alcanzar los siguientes objetivos:



Ante estas necesidades se han propuesto para el país en el PNS 2007-2012, estrategias que se pueden contextualizar, de interés para la salud pública, de organización, calidad y seguridad para el paciente y su familia, de prestación de servicios y protección financiera y de gestión de conocimiento, orientadas a la investigación, la docencia y el desarrollo tecnológico, modelo que retomamos en este proyecto.

Estrategias y enfoque de las líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

		ESTRATEGIAS PNS 2007-2012	ENFOQUE DE LAS LINEAS DE ACCIÓN
RECTORIA EFECTIVA EN EL SECTOR		1. <i>Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios</i>	Proteger a la población de eventos que ponen en peligro la salud como resultado de exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente.
		2. <i>Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.</i>	Disminuir el impacto de enfermedades y lesiones en la población con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos saludables.
		3. <i>Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.</i>	Incorporar la calidad y la seguridad del paciente en las prioridades normativas y operativas de todo el sector salud.
		4. <i>Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.</i>	Priorizar las intervenciones en salud con base en un proceso institucional de evaluación clínica, ética, social y económica; establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de recursos para la salud; integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica y el desarrollo de la métrica e indicadores.
		5. <i>Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.</i>	Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad; Diseñar e instrumentar el Sistema Nacional de Trasplantes y Ampliar el acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica a través del uso de telesalud.
FINANCIAMIENTO EQUITATIVO Y SOSTENIBLE		6. <i>Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud</i>	Fortalecer las fuentes de financiamiento de los procesos de autorización, registro y verificación asociados a la protección contra riesgos sanitarios; impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud que tienen un impacto nacional y establecer reglas claras de concurrencia de recursos federales.
		7. <i>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.</i>	Garantizar la protección de la economía de los usuarios de los servicios de salud, a través de establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación y consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.

GENERACION DE RECURSOS SUFICIENTES	8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector	Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones; impulsar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para promover la eficiencia y la transparencia en los procesos administrativos y establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios.
	9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos	La CCINSHAE es responsable de promover la investigación científica en salud y coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos, de financiamiento y desarrollo de ésta. También estimula el desarrollo de los recursos humanos dedicados a la investigación en salud y promueve la vinculación entre la investigación y el ejercicio clínico de los profesionales de la salud.
	10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios	Impulsar la dignificación y el mantenimiento de la infraestructura y equipo; promover el financiamiento y establecimiento de políticas para la renovación del equipo médico a través de áreas de ingeniería biomédica en las unidades de atención a la salud.

Las estrategias tienen un patrón de políticas sanitarias a seguir, la primera está relacionada con el entorno sanitario y de promoción de la salud; la segunda con la calidad y la organización de los servicios de salud; y la tercera con el desarrollo tecnológico, la investigación y la enseñanza.

El INP ha buscado la convergencia de sus acciones con el PRONASA a partir del 2005 y esto ha permitido una gran coherencia entre el Deber Ser y la contribución directa en el impacto de sus acciones, en los principales indicadores de salud de la población general y en particular de la infancia y la adolescencia, sobre todo en el diseño de estándares de atención de tercer nivel y la puesta en marcha de procesos que pueden modificar y complementar la normatividad nacional en salud, medio ambiente y políticas públicas.

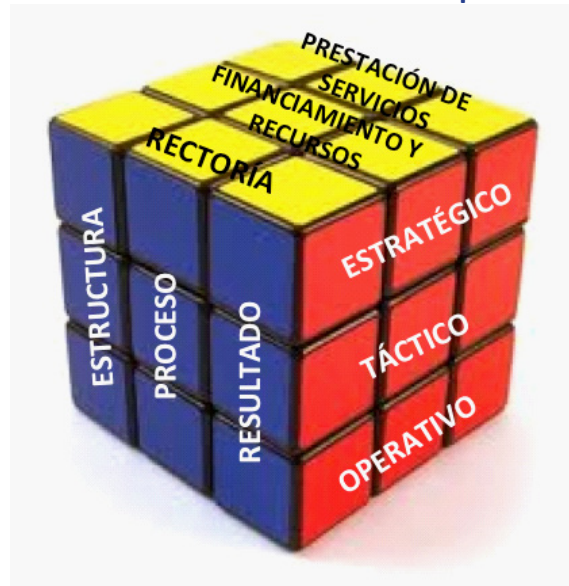
La salud-enfermedad en interacción con el Sistema Nacional de Salud

Se ha diseñado un modelo que permitirá enfocar el pensamiento sistémico en el INP para responder a los mandatos del PNS como unidad de atención, investigación y docencia y que tiene tres dimensiones para la coherencia del sistema y los niveles de actuación de los diversos involucrados e instituciones, estas son:

- Un enfoque relacionado a las tres funciones del Sistema Nacional de Salud marcadas en el PNS.
- Enfoque sistémico para identificar estructura, proceso y resultados.
- La relacionada con el nivel de complejidad en la toma de decisiones.

Mediante este modelo teórico, se promoverá ubicar a cada actividad y a cada actor. En un nivel estratégico táctico y operativo que permitan que todos tengan una participación en el desempeño institucional.

Dinámica de vinculación de competencia



Lo anterior, da continuidad a los proyectos con un enfoque de mejora continua y sitúa la organización en un entorno de retos y oportunidades, para mejorar los procesos de atención orientados a la calidad y seguridad del paciente y su familia, así como vigilar que la gestión del conocimiento que contribuya al desarrollo tecnológico de la pediatría

CONVERGENCIAS CON EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

El INP a lo largo de su historia, ha implementado programas internos y ha incorporado activamente estrategias de los PNS, ha contribuido con acciones de vanguardia a la pediatría nacional y mundial a las cuales se debe dar continuidad

El análisis de convergencias del PNS con el deber ser del INP se ha enfocado en las estrategias que debe seguir el INP con elementos de salud pública, organización y calidad de los servicios y con la gestión del conocimiento. Este patrón ha permitido el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento así como la rendición de cuentas.

Contribución efectiva del INP a las estrategias operativas del PNS

Estrategia del PNS	Contribuciones del INP 2005-2011	Perspectiva 2011-2016
Control de riesgos sanitarios	Control de mercurio, RPBI, humo de tabaco, CRETIS, ahorro de medicamentos y control de caducos, energía eléctrica, agua, seguridad y riesgos laborales, 9 claves para el cambio, manejo de electricidad y ahorro.	Programa integral de ahorro y fuentes alternas de energía. Control de emisiones y aguas residuales. Ahorro de papel.
Promoción de la Salud	Lineamientos para nutrición, crecimiento y desarrollo; prevención de maltrato; salud mental; cuidados perinatales; cuidados paliativos; odontología preventiva.	Redesinterinstitucionales para la coordinación de clínicas de cardiopatía congénita, cáncer pediátrico y prevención de accidentes. Red nacional de estudio y ejecución de acciones de control de la muerte perinatal. Plan de colaboración para el desarrollo de vacunas. Participación en la gestión de conocimiento para el control de problemas nutricionales.
Calidad en la atención de los servicios de salud	Certificación de todos los servicios de atención, laboratorios y banco de sangre. Certificación de la calidad con los criterios del Consejo de Salubridad General.	Consolidación del Sistema de Gestión de la Calidad. Sistema de mejora continua y unificación y certificación de laboratorios de investigación, áreas administrativas y enseñanza. Sistema de uso de medicamentos
Planeación, gestión y evaluación	Planeación, ejecución y evaluación de impacto del programa 2005-2010. Planeación estratégica por marco lógico.	Seguimiento de la matriz de riesgos, planeación por resultados, mejora regulatoria y seguimiento del Programa de mejora de la gestión PMG.
Organización de los servicios	Sistemas de gestión de la calidad y diseño y elaboración de normatividad interna. Eficiencia de los procesos control de pérdidas e incremento de la productividad. Mejora del sistema de referencia y contrareferencia.	Análisis de costos de atención, fortalecimiento del Seguro Popular, modelos de atención trasdisciplinario (centrados en la pediatría), y gestión de la escuela de enfermería pediátrica. Aplicación de los lineamientos de Referencia y Contrareferencia
Garantizar recursos	Abasto del 95%, reorganización de almacenes y de la estrategia de	Modelos de gestión de recursos humanos, materiales y financieros.

Garantizar recursos	Abasto del 95%, reorganización de almacenes y de la estrategia de medicamentos, mezclas parenterales y dispensación unitaria. Fortalecimiento de la red informática de administración y optimización de insumos para la atención.	Modelos de gestión de recursos humanos, materiales y financieros. Automatización de procesos técnicos y administrativos. Gestión documental y análisis de costos de servicios.
Financiamiento	Incremento de ingresos propios y de terceros y manejo sin salvedades del presupuesto federal y donativos. Control de pérdidas y cobro efectivo de servicios.	Innovación de estrategias de cobro de servicios y control de insumos. Gestión para el cobro del seguro popular.
Informática	Expediente clínico electrónico y sistematización de administración y servicios de apoyo.	Automatización de los servicios de vigilancia y controles administrativos, inventarios, pagos y cobros, apegado a normatividad.
Investigación y enseñanza	Mapa de ruta, incremento de publicaciones y financiamientos. Desarrollo de patentes y uso del conocimiento en política pública en salud.	Certificación de procesos de laboratorios de investigación y reingeniería de los proyectos básicos. Plan de desarrollo de investigadores y jóvenes científicos.
Infraestructura y equipamiento	Remodelación del 85% de la planta física y equipamiento nuevo al 65% de las áreas operativas.	Conservación, mantenimiento y desarrollo de la nueva infraestructura (Unidades de hemato-oncología y Cardiocirugía)

Fuente: Programa de trabajo 2010-2015. INP. <http://www.pediatria.gob.mx>

Como se observa en la tabla de convergencias, la institución contribuye a poner en práctica la base técnica y social de las políticas públicas en salud, colabora para generar la parte tangible de las propuestas sanitarias nacionales en el ámbito académico, con el servicio directo a la población y con la práctica efectiva de la administración pública.

Será importante dar continuidad al fortalecimiento de la captación de ingresos propios, y aprovechar el Seguro Popular como fuente de financiamiento, tomando en cuenta que tiende a incrementarse en los

últimos años (ver tabla). Asimismo, se buscará incorporar más padecimientos de alta especialidad atendidos en el INP, dentro del Catálogo del Seguro Médico para una nueva generación.

<i>INGRESOS AUTOGENERADOS*</i>	2008	2009	2010
Cuotas de Recuperación	36.2	30.9	34.9
Seguro Popular	36.0	63.9	76.4
Suma	72.2	93.8	111.3

*Expresado en millones de pesos

Fuente: Presentación para Junta de Gobierno, Dirección de Administración 2011.

Lo anterior con apego a los programas federales y conformando equipos interdisciplinarios al interior de la institución, con la convicción de que actualmente las políticas públicas tienen un peso relevante en la Administración Pública Federal (APF), y generar una cultura que responda de manera eficaz y estratégica a los problemas trascendentales de las instituciones y que ayuden al desarrollo de la plena convivencia social.

Desde esta perspectiva el INP tomará las estrategias que los organismos globalizadores han propuesto para

INP tengan confianza en la organización.

El programa de Control Interno Institucional (CII) ha permitido al INP fortalecer la cultura de la autoevaluación y prevención a través del establecimiento del Modelo de Administración de Riesgos y se nutre desde el 2007 con la información de las auditorías de los diferentes niveles más los reportes del Sistema de Gestión de la Calidad.



fortalecer la Administración Pública Federal con los siguientes programas:

El Programa y presupuesto basado en resultados (PbR) es una metodología apoyada por el marco lógico que el INP ha adoptado desde 2007 y ha tenido como fin la identificación de problemas y plantear soluciones con resultados medibles, la finalidad es avanzar ejecutivamente en acciones eficientes y efectivas.

El plan de transparencia y rendición de cuentas (PTRC), Se debe perfeccionar en el INP y debe tener instrumentos precisos, que anticipen la forma en que se hacen las acciones y sitios donde se informe de las metodologías y los resultados obtenidos, esto es la bases para que los involucrados en los procesos del

El Programa de Mejora de la Gestión (PMG), ha permitido desde 2008 maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta el INP, enfocándose a procesos críticos ligados a la atención médica, sin embargo es de esperarse que al madurar la evaluación de los programas que contiene el PMG se involucren en la investigación y la enseñanza, metodología que debe ser aplicada a todos los procesos de la institución.

En ese mismo contexto la elaboración y registro de proyectos de inversión ha sido un logro del INP desde 2006 y ha permitido que el instituto cuente con recursos necesarios para la reingeniería, la restauración, disminuir el rezago y ponerse en la vanguardia tecnológica, condición que le permite dar continuidad a los propósitos institucionales.

Atribuciones del INP

En tanto el Deber Ser del INP como Organismo Público Descentralizado con personalidad Jurídica y Patrimonio Propios, fortalecido por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, le corresponde:

I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de su especialidad, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

II. Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre.

III. Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación intercambio o cooperación con instituciones afines.

IV. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines.

V. Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje.

VI. Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables.

VII. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médico, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización.

VIII. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada.

IX. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sea requerido para ello.

X. Actuar como órgano de consulta técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado.

XI. Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud.

XII. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de las especialidades médicas que le corresponden.

XIII. Realizar las demás actividades que le corresponda conforme a la Ley y demás disposiciones aplicables. Para el cumplimiento de su objetivo y desempeño de las atribuciones que le competen el INP cuenta con Órganos de Administración, Unidades administrativas y comités institucionales.

XIV. Fortalecer los sistemas de gestión con los procesos de ejecución, evaluación y retroalimentación.

XV. Alinear los procesos de manera sistemática para optimizar recursos y evitar pérdidas.

XVI. Monitoreo y evaluación de los procesos para su mejora continua.

Elementos de la Administración Pública utilizados para el diseño del Proyecto 2011-2016

El proyecto integró el análisis de problemas del mapa de riesgos para determinar aquellas acciones que den **continuidad** a la obra que se lleva a cabo en el INP. También se tomó como referente el análisis FODA para determinar fortalezas y oportunidades para **innovar y preservar el capital institucional**.

El Marco lógico sirvió para identificar el árbol de problemas y soluciones, así como la determinación de una matriz de indicadores que permitieron diseñar las actividades propias del nivel estratégico del INP. Con la metodología del marco lógico, originada en el BID y propuesta por la SHCP y la SFP, se pretende hacer objetivo el enfoque del programa y del presupuesto a los resultados (PbR) y su alineación a las políticas públicas.

información y los resultados esperados.

El Marco Lógico, se propone en este proyecto como un recurso gerencial para enfocar los resultados en la **continuidad** del sistema de trabajo del INP y como plataforma del modelo de gestión institucional, con dimensiones de eficiencia operativa, imagen institucional y excelencia en el servicio.

El Proyecto 2011-2016 del INP cuenta con estos enfoques y se complementa con la **continuidad de los proyectos de gestión y de innovación** para satisfacer necesidades emergentes de desarrollo tecnológico y de inversión.

Modelos de Programación Federal

1. Presupuesto basado en resultados apoyado en el Marco Lógico. Tiene como fin que las instituciones enfoquen la rendición de cuentas hacia resultados medidos por indicadores de eficacia, eficiencia, calidad y economía.ⁱ
2. Programa de Control Interno Institucional. Este programa permite a las instituciones fortalecer la cultura de la autoevaluación y prevención de riesgos de corrupción.
3. Programa de Mejora de la Gestión. Permite centrar a la calidad en la agenda institucional para hacer más efectivos los procesos para los servicios que presta.
4. Programa de Rendición de Cuentas. Está encaminado a establecer una cultura en la transparencia, que los ciudadanos confíen en las instituciones y participen en los asuntos públicos, con información de calidad.

Estructura del Marco lógico como base del proyecto

La estructura de la Planeación estratégica por marco lógico se divide en dos:

a. *Análisis situacional* y b. Construcción de matriz de indicadores.

En el **análisis situacional** se realiza una revisión del contexto interno y externo (FODA), para identificar problemas que se plasman en un árbol de problemas institucionales y posteriormente se desarrollan políticas y las estrategias a seguir.

En la construcción de la **matriz de indicadores** se relacionan las variables de desempeño con el sistema de



Capítulo 3.
EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



Capítulo 3.

EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Transición demográfica y social



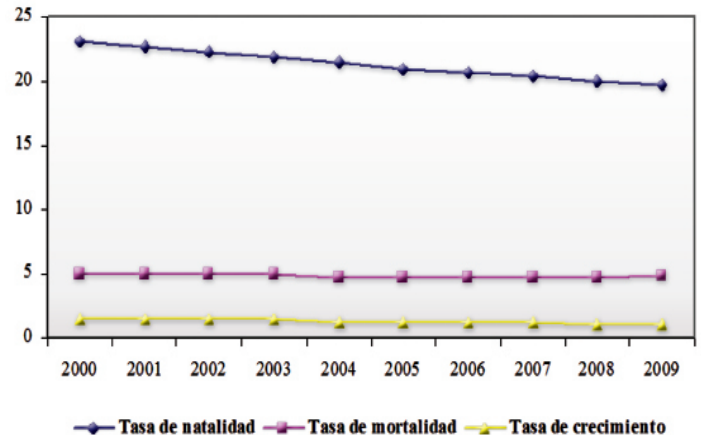
La población de México, pasa por una fase avanzada de transición demográfica. De acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que dicha transición en nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasarán de casi 112 millones en el 2010 a más de 130 millones en el 2050, pudiéndose identificar dos fenómenos en el llamado bono demográfico:

- El primero, que la población infantil y juvenil (0 a 24 años) sufrirá un decremento de 13.8 millones de personas.
- El segundo, que la población de más de 75 años de edad tendrá un incremento de 14.1 millones; los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%. Dentro de 50 años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad.

El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la mediana de edad de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en el 2050. La vida media aumentará de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) a 83.7 años (82 y 85.5 respectivamente)².

El grupo de 15 a 64 años de edad, continuará creciendo, y con ello aumentará la población económicamente activa de México teniendo como ventaja un alto potencial productivo (Bono Poblacional).

Transición demográfica, México 2000-2009



Con estos cambios demográficos se deben vencer retos para los programas de educación, salud y desarrollo. Deberán enfrentarse nuevos estilos de vida en los adultos, adolescentes y niños, hábitos sociales, la urbanización creciente, así como la movilización de la población sobre todo con fines de trabajo. En un período de 30 años debemos luchar contra el desempleo y la vulnerabilidad social.

Migración como fenómeno social y de salud

México es un país de origen, tránsito y destino de migrantes. La migración afecta a quienes se desplazan porque vulnera los derechos de las personas, sobre todo de los niños y de quienes viajan solos en otras lenguas y de áreas rurales a urbanas; facilita abusos, discriminación y malas condiciones de trabajo, vivienda y salud, que junto con al desarraigo y la inseguridad generan problemas de salud mental, al tiempo que potencialmente contribuyen a las adicciones y enfermedades infecciosas³.

²Hilda Novelo de López. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. *Revista salud pública y nutrición*, 2003:(5).

³Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2005.

La población migrante en el país está calculada en 15 millones, la escolaridad es cada día mayor, sin embargo en los lugares de destino generalmente se aceptan las peores condiciones de trabajo y precariedad.

El 20% emigra hacia el extranjero, principalmente hacia los Estados Unidos, de éstos la mitad cruza la frontera sin documentación, la mayoría son hombres solos de 15 a 45 años con un destino definido y con estancias de duración variable en áreas urbanas que constituyen puntos intermedios en su recorrido.

Se estima que 200 mil migrantes indocumentados transitan cada año por México hacia otro país, principalmente Estados Unidos. En 2004 fueron devueltas 138,061 personas de esta condición, de las cuales 94.2% procedían de Guatemala, Honduras y El Salvador⁴.

Las niñas y niños que participan en el fenómeno migratorio hacia EU, lo hacen en muchas ocasiones solos, y enfrentan riesgos para su integridad física y moral. La población entre 12 y 17 años de edad que llega a la frontera norte del país para permanecer en ella o cruzar a EU ha aumentado en los últimos años. De 1994 a 1997, esta cifra alcanzó más de 120,000; en 1995 se redujo considerablemente a cerca de 59,000. Entre 1996 y 1997 se contrajo a 51,000 y para el período 2000 a 2005 se creó que aumentó nuevamente a más de 100,000.

La incapacidad para identificar y atender oportuna y adecuadamente a estos menores disminuye sus oportunidades educativas, de salud y de protección. Su atención requiere de un enfoque integral en el cual se conjuguen las políticas de atención a la salud y educativas con las de desarrollo e integración social.

Marginación de las Poblaciones

La marginación es un fenómeno estructural que se origina en el patrón histórico de desarrollo; éste se expresa en la dificultad para aprovechar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país y por el otro, en la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios. Ello contribuye a perpetuar la pobreza entre los grupos excluidos⁵.

Con base en estas dimensiones se clasifica a los estados y municipios, en 5 categorías: desde muy baja, hasta muy alta. El gobierno mexicano atiende a 263 microrregiones de alto grado de marginación, integradas por municipios predominantemente indígenas. Comprenden 99,891 localidades ubicadas en 1,334 municipios de los 31 estados del país, donde habitan 19.9 millones de personas.

Índice de Desarrollo Humano

La visión del desarrollo como un proceso que propicia la libertad de las personas para llevar adelante la vida que cada uno elija, reconoce que la movilidad es un componente esencial de dicha libertad. No obstante, el desplazamiento involucra balancear alternativas, tanto para los que parten como para los que se quedan, y la comprensión y el análisis de estas valoraciones son fundamentales para formular políticas adecuadas⁶.

El índice de desarrollo humano (IDH) resulta útil para explorar el impacto de la migración sobre la distribución geográfica de los niveles de vida. Por una parte, el IDH hace manejable el concepto de desarrollo al utilizar la esperanza de vida, la tasa de alfabetización, la tasa de matriculación escolar y el PIB per cápita, como variables que ofrecen una medición aproximada de las oportunidades esenciales de vivir una larga vida, obtener conocimientos y tener acceso a la generación de ingreso. Por otra parte, el IDH permite referir estas dimensiones básicas a unidades territoriales donde puede identificarse la recepción o emisión neta de migrantes.

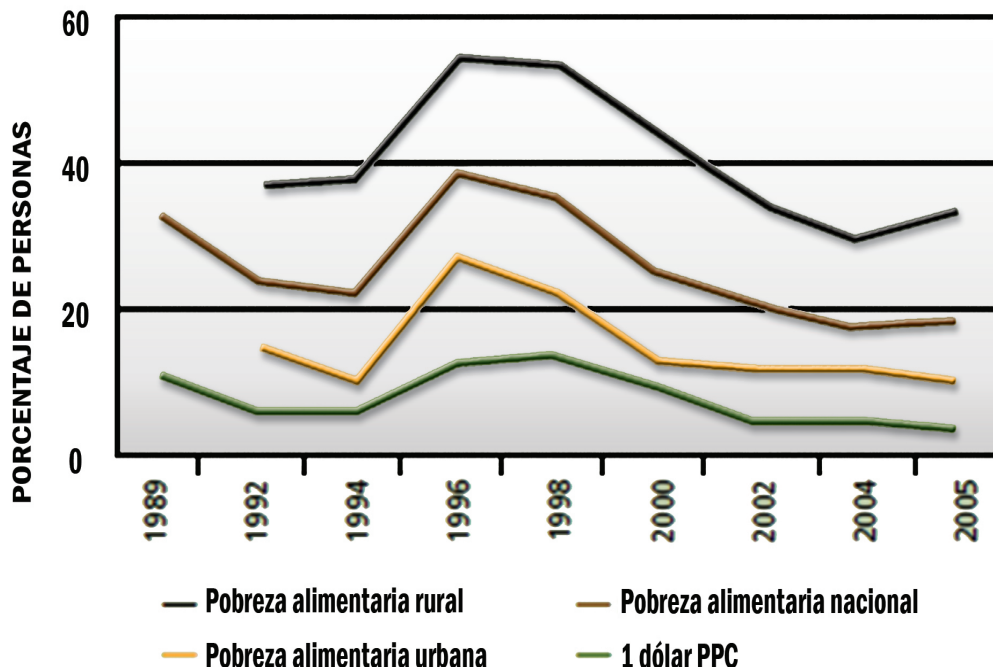
De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano 2009⁷, México ocupa el lugar 53 a nivel mundial, con un valor de su IDH de 0.854, ubicándolo entre los países con alto desarrollo humano. Entre 2000 y 2007, México ha avanzado en su IDH en un 1.15%, como resultado del incremento en el índice de salud en 0.96%, el de educación 2.06% y el de ingreso 0.37%⁸.

En México, 5.3% de la población vive en estado de pobreza, 17.6% subsisten con menos de 1,25 dólares al día^{9,10}. Las situaciones más difíciles se encuentran en siete estados de la república: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Yucatán, Tlaxcala, Hidalgo y Puebla, donde esta proporción rebasa 60 por ciento, mientras que otras

ocho entidades: Veracruz, San Luis Potosí, Michoacán, Campeche, Zacatecas, Tabasco, Nayarit y Durango presentan rezagos entre 50 y 60 por ciento.

les siguen siete entidades: Veracruz, Hidalgo, Puebla, Michoacán, Yucatán, Guanajuato y Campeche, con proporción de analfabetismo de entre 10 y 14 por ciento.

Evolución de la pobreza



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006. Gobierno de la República Mexicana.

Los niños y los adolescentes: Vulnerabilidad frente a la pobreza.

La vulnerabilidad como fenómeno de desajustes sociales ha crecido y se ha arraigado en la cultura de nuestra sociedad¹¹. La infancia y la adolescencia, constituyen los grupos más vulnerables, lo que limita drásticamente sus posibilidades futuras de integración social. La precariedad en la vida de un niño, lo lleva a niveles inadecuados de nutrición y a un menor desarrollo en general, asimismo, precipita su incorporación prematura al trabajo de manera informal y en malas condiciones, lo cual es sustrato para que el 75% de los niños abandonen la escuela, con consecuencias no sólo de ignorancia sino de vulnerabilidad para hacer frente a la vida y al desarrollo.

En 2007, casi 4 millones de adolescentes de entre 12 y 17 años no asistían a la escuela, los datos del Censo 2005, muestran que en México los tres estados con los mayores niveles de analfabetismo son, Chiapas (21.4%), Guerrero (19.9%) y Oaxaca (19.3%). A éstos

⁴ *Ibíd*em 3.

⁵ Índices de marginación 2005. CONAPO.

⁶ Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano. Oficina Nacional de Desarrollo Humano PNUD-México.

⁷ Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2009.

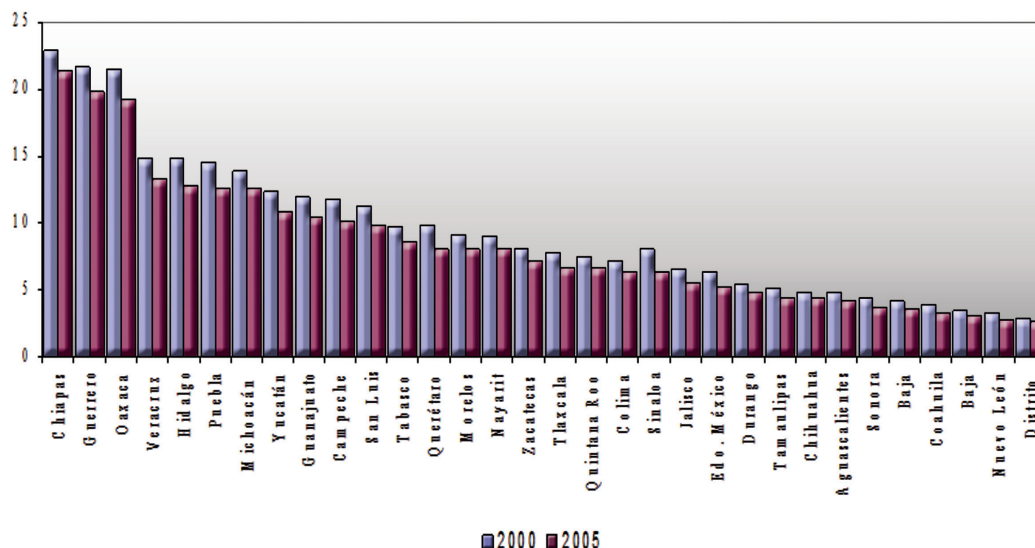
⁸ Objetivo de Desarrollo del Milenio. Informe 2009. Fondo de las Naciones Unidas, Nueva York 2009.

⁹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006. Gobierno de la República Mexicana.

¹⁰ Banco Mundial, 2005. Generación de ingreso y protección social para los pobres.

¹¹ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Primer Foro Nacional, "Situación actual y perspectivas de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en México", 2004, en <http://www.dif.gob.mx/downloads/Infancia/Foro%20Nacional%20Infancia.pdf>.

Porcentaje de población de 15 años y más analfabeta, según entidad federativa 2000-2005



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, II Censo de Población y Vivienda 2005, y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2005.

La atención integral de la infancia y adolescencia en México es un componente fundamental de las políticas para la reducción de la pobreza extrema, pero se comprueba que ésta, afecta mayormente a los menores de 19 años, quienes son vulnerables a las enfermedades y la violencia, más que cualquier grupo de la población. En el 2005, existían en México 12.3 millones de personas con pobreza alimentaria y de ellas, eran menores de 19 años alrededor de 11.3 millones, es decir, este grupo de edad contribuye con el 91.9% de la pobreza alimentaria que es el rubro más sensible de vulnerabilidad social.

La magnitud de la pobreza extrema infantil varía ampliamente de un estado a otro en el país, tal como ocurre con la indigencia. Según datos para el 2005, en más de la mitad de los estados de la República, la proporción de niños y adolescentes pobres iguala o supera el 30%, siendo el sureste mexicano el más afectado, donde las cifras sobrepasan el 45%. De la población pobre, en Guerrero, Oaxaca y Puebla los grupos campesinos de mayor migración están entre 15 y 25 años de edad.

Composición familiar y sus circunstancias económicas

En México existen alrededor de 20 millones de familias que se clasifican como: nucleares, extensas y extensas

compuestas de acuerdo al tipo de integrantes que los componen; un hogar nuclear es el integrado por padre, madre e hijos, a la vez que uno extenso es la agregación de un familiar en segunda línea, abuelo, tíos, sobrinos. Un hogar compuesto, es además la agregación del matrimonio una integración familiar.

El concepto de integración ha variado, antes la familia nuclear era sinónimo de familia integrada, sin embargo en la actualidad las familias monoparentales son cada vez más frecuentes (22%)¹² y esto ha hecho variar el paradigma de desintegración familiar, en donde tres indicadores fundamentales se consideran para su calificación: la afectación en uno o más miembros de la familia por violencia, enfermedad crónica, fuera de control y/o adicciones disfuncionales.

En México entre 35 y 40% de los hogares viven en condiciones de extrema pobreza, la mayoría los integran madre y padre y en 26.6% ha existido el abandono de un miembro por motivos económicos. Existen en la actualidad 1.5% de hogares con adolescentes como jefes de familia.

En hogares extensos vive el 33.2% de los menores de

¹²Encuesta nacional de la juventud. 2000. Instituto Mexicano de la Juventud

19 años, 30 de cada 100 de ellos son monoparentales y entre las familias nucleares solamente el 14%.

El 80% de los hogares monoparentales están al frente de mujeres como jefas de familia y esta cifra sigue en ascenso, por abandono de la pareja en circunstancias de desintegración o bien por libre decisión de la mujer. Esta situación genera vulnerabilidad para los hogares y para los niños debido a que en general en México las mujeres tienen un ingreso 30% menor que los hombres y con empleos cada vez más precarios en cuanto a los servicios de salud y la seguridad social.

Los bajos ingresos familiares generan un círculo vicioso entre la pobreza y la mala calidad de vida de la población. Dos terceras partes del presupuesto familiar se dedican a la alimentación, el transporte y la educación (65.5%). Para los cuidados médicos, el vestido y la vivienda se dedican solamente 18.4% del total.

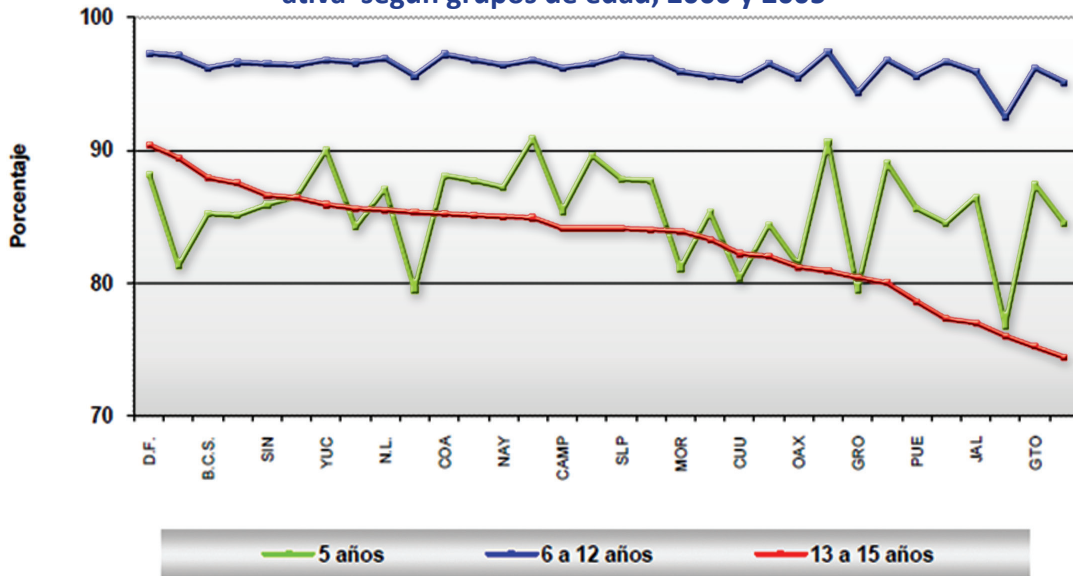
Escolaridad de los niños y adolescentes

La educación básica, representa la educación esencial, en nuestro país existen 41 millones de personas mayores de 15 años que carecen de una educación básica completa.

El promedio de escolaridad es de 7.7 grados, pero en realidad en el 20% del sector más pobre el promedio es de 3 grados¹³.

¹³Datos extraídos de UNICEF Y UNESCO 2005.

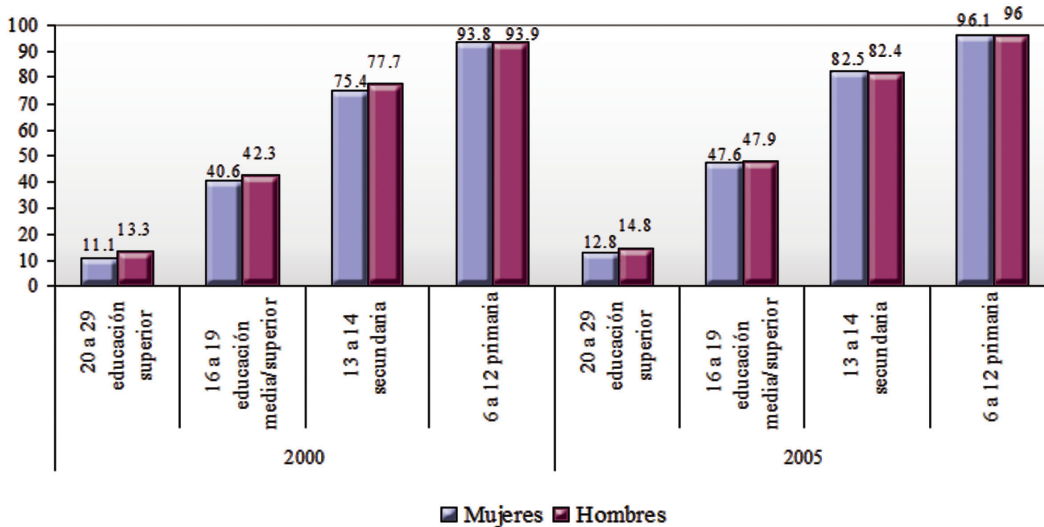
Porcentaje de la población de 5 a 15 años que asiste a la escuela por entidad federativa según grupos de edad, 2000 y 2005



Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2000 y Conteo de Población y Vivienda 2005.

En relación a los esfuerzos por eliminar la brecha de género en la enseñanza, en el nivel de educación básica (pre-escolar, primaria y secundaria) la distancia se ha eliminado prácticamente. En educación media superior, se observa un aumento en el registro de mujeres, por encima del de los varones; a pesar de lo anterior, habría que garantizar la promoción de su registro en educación superior, ya que es en este nivel en donde la brecha de género persiste.

Porcentaje de la población que asiste a la escuela por edad y sexo, 2000-2005



Fuente: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006.

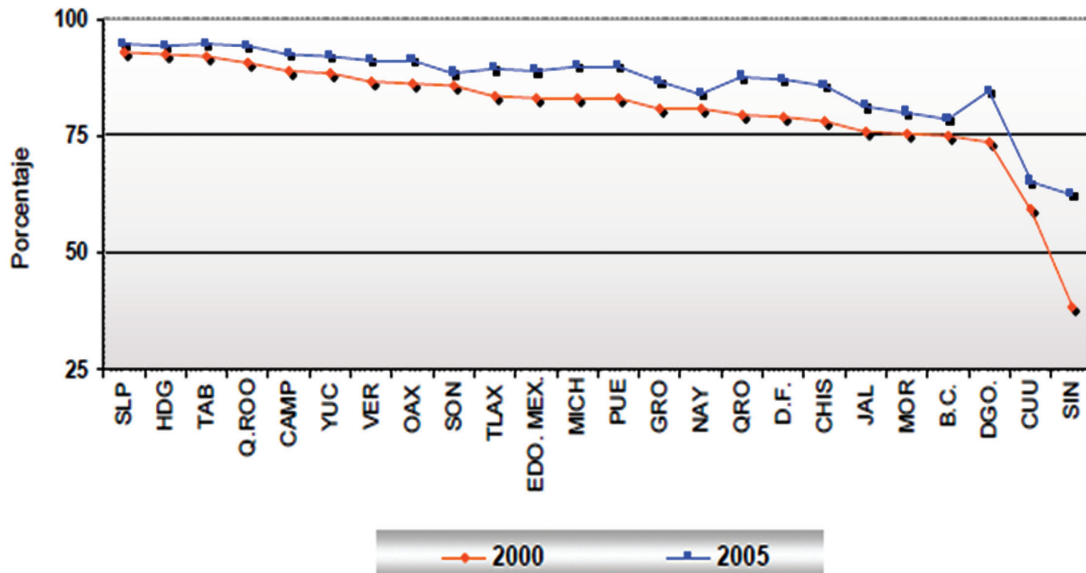
Indigenismo

La dinámica poblacional tiene relación aquí básicamente con dos fenómenos, la urbanización y la composición de las poblaciones indígenas.

Los indígenas constituyen un grupo poblacional históricamente excluido del desarrollo nacional y del disfrute de sus beneficios. Las raíces estructurales de la marginación indígena están determinadas por una diversidad de factores de índole económica, social, política y cultural que atrapan en la pobreza y el rezago demográfico a millones de indígenas diseminados en gran parte del territorio nacional¹⁴.

Los Indicadores con Perspectiva de Género para los Pueblos Indígenas¹⁵ apuntan a que un 42.2 % de las mujeres indígenas de 15 años o más son analfabetas. En tanto que el analfabetismo, en el caso de los hombres indígenas es de 24.6%. En México, existen 1 105 243 mujeres indígenas de 15 años o más que no saben leer ni escribir.

Tasa de asistencia escolar de la población hablante de lengua indígena de 6 a 14 años. Principales entidades federativas, 2000-2005.



Tasa de asistencia escolar de la población hablante de lengua indígena de 6 a 14 años. Principales entidades federativas, 2000-2005.

La población indígena está compuesta por 63 etnias autóctonas con una población decreciente de 12 millones de personas, que se distribuyen en 15 estados y en el 35.6% de los municipios del país (871 de 2550 municipios).

¹⁴ *Ibíd*em 1.

¹⁵ Indicadores con Perspectiva de Género para los Pueblos Indígenas, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas – Instituto Nacional de las Mujeres, México, 2006, p. 110.

La política educativa, educación intercultural, educación indígena, educación bilingüe, aplicada por los programas educativos ha modificado la percepción de los indígenas en relación a la interculturalidad.

Vulnerabilidad y marginación social indígena

En la actualidad, la mayor parte de los pueblos indígenas viven en condiciones de extrema pobreza¹⁶. En México el 34.5% de los hogares indígenas no tienen acceso a agua entubada y el 21.2% no cuentan con electricidad, factores que indudablemente reflejan las desfavorables condiciones de vida de estas comunidades.

Al abordar las condiciones de vida de los pueblos y comunidades indígenas, resalta que la pobreza y la marginación social de la que son víctimas es la principal causa de migración¹⁷. Las condiciones de peligro, pobreza y explotación que rodean a las migraciones indígenas son una consecuencia de la “catástrofe social en la que se han visto sumidas en los últimos años las regiones indígenas de México”¹⁸. Los indígenas padecen en sus propias condiciones de vida, una constante vulnerabilidad, cuya comprensión se hace necesaria para entender las razones, que los lleva a migrar en el anhelo de garantizarse un porvenir menos adverso.

Las mujeres indígenas tienen dos veces más riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad que el resto de la población femenina en edad reproductiva; la fecundidad es de 3.2 hijos nacidos vivos por mujer indígena, mientras que en la no indígena es de 1.7¹⁹. Asimismo, entre 1990 y 1994, la mortalidad rural infantil alcanzó un nivel de 40.2 defunciones infantiles por cada mil niños nacidos vivos.

La esperanza de vida es menor a 69 años mientras que el promedio nacional es 74 años; la mortalidad es 30% superior, siendo más marcada en las mujeres (36%) que en los hombres (25%).

Según datos ofrecidos por el gobierno de México en su reciente respuesta al Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer, en promedio fallecen el 8.5% del total de hijos de mujeres entre 25 y 29 años de edad, residentes en municipios de alta densidad indígena, habiendo municipios

en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua, Veracruz y Puebla en donde el promedio de muerte de hijos es superior al 10%²⁰.

Transición Epidemiológica

La importancia de esta sección del programa, es mostrar los daños a la salud en los menores de 18 años en México, y compararlo, en algunos casos, con otras regiones y con el avance de las metas del milenio, con la finalidad de relacionar los cambios en los patrones epidemiológicos con la nueva práctica de la pediatría en México, incluyendo las necesidades de investigación y formación de recursos humanos para estar en condición de responder con acciones enfocadas y de mayor impacto.

Se destaca una descripción de la mortalidad y sus causas, por grupos de edad pediátrica, así como el estado nutricional de las poblaciones, como reseñas abreviadas del patrón de salud enfermedad en los menores de 18 años frente a la caída de las causas agudas y graves que ha dado paso a la aparición de otras crónicas y degenerativas, de mayor costo y en ocasiones de mayor trascendencia para la calidad de vida, con una concentración de estas que requieren de una respuesta de servicios más estructurada y estratégica.

Muchos de los padecimientos actuales son un reto de atención para alertar a los servicios de salud a estar preparados de manera anticipatoria con estrategias

16 Psacharopoulos, G. y Patrinos, H; “Los pueblos indígenas y la pobreza en América Latina: un análisis empírico”, Estudios sociodemográficos de pueblos indígenas, Serie E, No. 40, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, 1994.

17 Cisneros, Isidro; Derechos humanos de los pueblos indígenas en México. Contribución para una ciencia política de los derechos colectivos, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2004, p. 153.

18 París, María Dolores; “Los triquis en California: Nuevas migraciones y derechos humanos” en Entre Redes, No. 12, Sin Fronteras, México, 2003, p. 18.

19 Citlalin Castañeda de la Mora; Vulnerabilidad y derechos humanos de las mujeres indígenas migrantes, UNESCO México, 2008.

20 Sexto Informe Periódico de México al Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, p. 247.

modernas de organización y gerencia ante los retos económicos y sociales, de tal manera que la respuesta de la pediatría moderna debe contemplar reformas en la organización, el financiamiento y la capacitación.

La pediatría en México enfrenta avances tecnológicos significativos en el manejo de recursos diagnósticos y terapéuticos; adolece de la evidencia regional que debe desarrollarse sobre todo en problemas que se vuelven prioritarios por la alta demanda, la alta mortalidad y el alto costo; y debe enfrentar de forma simultánea la desigualdad en la asignación de recursos entre las diferentes regiones del país y los diferentes niveles de atención.

Consideraciones generales

A diferencia de otras regiones más desarrolladas del mundo, México enfrenta dificultades serias para la reducción de la mortalidad y la morbilidad en menores de 18 años.

Mientras se ha controlado un número importante de padecimientos infecto contagiosos en las áreas urbanas, el riesgo de ellas en áreas rurales y la amenaza continua de enfermedades emergentes como el SIDA y la reemergencia de otras transmitidas por vectores, los accidentes y la violencia se sobreponen a las necesidades de atención.

El ámbito de acción del INP es la atención de alta especialidad, pero es una realidad que, la expectativa de la comunidad es la de ser un gran centro de asistencia médica. Las administraciones hospitalarias deben innovar estratégicamente modelos de atención pediátrica que fortalezcan la atención en unidades de menor complejidad y también en la referencia y contrarreferencia automatizadas, para regular la atención y contender contra las enfermedades del rezago, las enfermedades emergentes y las reemergentes.

En el mundo mueren diario en promedio 26,000 menores de cinco años; 40% ocurren en 4 países (India, Nigeria, Afganistán y la República Democrática del Congo). Están relacionados con guerras e inequidad en salud. Más de un tercio de esos niños mueren durante el primer año de vida, generalmente en su hogar y sin acceso a servicios de salud ni a productos básicos que podrían salvarlos²¹.

Los efectos en salud están determinados por factores interrelacionados en sistemas complejos, la nutrición, la disposición de agua, el saneamiento básico, la higiene general, los servicios de atención sanitaria, la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades, es decir, determinantes sociales y económicos inmediatos, inherentes a la supervivencia de cada individuo; otros factores subyacentes, provienen de los hogares, las comunidades y la prestación de servicios de salud; y los básicos que provienen de la comunidad. Los factores por lo tanto, interactúan entre sí, para dar paso a los daños a la salud²².



Servicio de Dermatología: Dra. Carola Durán y
Enf. Graciela Contreras (Observadora)

Las mortalidades materna e infantil, ligadas biológicamente por el ciclo reproductivo y obstétrico, son indicadores de desarrollo social y efecto de la interacción de los determinantes sociales y en la actualidad se relacionan, con mayor fuerza causal, a fenómenos socio económico en esos sistemas complejos, de difícil control como son: la polaridad social; la transición demográfica, caracterizada por el bono poblacional; el envejecimiento; la reducción paulatina de la población económicamente activa; y la migración de grandes masas en busca de trabajo.

Diversos acuerdos internacionales por combatir las causas prevenibles de muerte materna e infantil han hecho que las autoridades mexicanas se comprometan a cumplir las metas del milenio para la reducción de la mortalidad materna e infantil para el 2015.

21 Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). EEUU, 2007.

22 Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). EEUU, 2008.

Mortalidad en menores de 20 años por subgrupos de edad

La descripción de la mortalidad se realiza tomando en cuenta la clasificación vigente que combina criterios pediátricos y de salud pública e identificar la problemática para acciones concretas.

Se define como población infantil a los menores de un año, entre ellos se encuentran en edad perinatal, que van de 28 semanas de gestación a 28 días de nacimiento, entre este subgrupo están los neonatos tempranos, menos de 7 días; los neonatos tardíos de 8 a 28 días.

El grupo preescolar va de 1 a 4 años; el grupo de escolares va de 5 a 9 años.

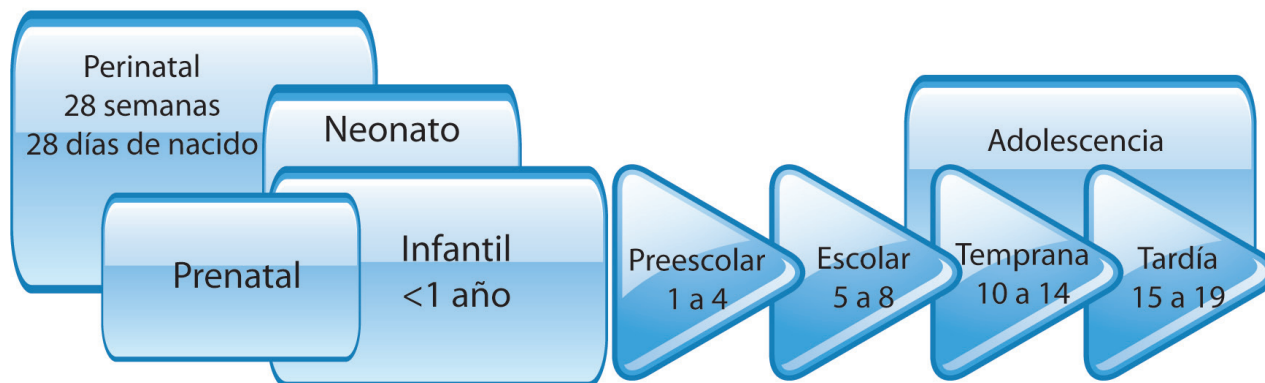
Adolescentes tempranos de 10 a 14 y adolescentes tardíos de 15 a 19 años. Se consideran jóvenes de 20 a 24 años²³.

chas de las acciones deben volverse estratégicas ante la contingencia de la polaridad. No todos los niños parten de las mismas oportunidades para su desarrollo integral, pero las instituciones públicas deben partir de un supuesto de igualdad.

El riesgo de que un niño menor de cinco años muera habiendo nacido en un país en desarrollo es 13 veces mayor que en un país industrializado²⁴.

En 1970, en 6 de 37 países de América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad infantil superaba los 100 por mil nacidos vivos (El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú, Haití y Bolivia), en los últimos dos alcanzaba valores superiores a 150 por mil nacidos vivos.

Ideograma de la clasificación de los menores de 20 años de edad



Fuente: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006.

El análisis realizado, compara los datos mundiales, regionales y de México para ubicarnos en el problema, de tal manera que el manejo de los daños a la salud se contextualice con el desarrollo local y en particular en las acciones del INP, para retomar modelos sanitarios en la práctica de la pediatría.

Mortalidad en menores de 5 años. (MM5) Efectos de la polaridad social.

Más que la pobreza en México, el tema relevante es la polaridad social y la inequidad, tanto a la riqueza en general como al acceso a los servicios de salud, mu-

²³ Programa nacional de infancia y adolescencias. CENSA. 2002. Secretaría de Salud. México.

²⁴ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008. Naciones Unidas. Nueva York 2008.

En las décadas siguientes se produjo una notable caída en la tasa de mortalidad infantil para toda la región: de 81 por mil en 1970-1975 a 38 por mil en 1990-1995 y se espera que evolucione a 22 por mil en 2005-2010. Esta reducción de los riesgos de muerte en niños y niñas ocurrió incluso, en condiciones persistentes de pobreza y desigualdad y de las recurrentes crisis económicas y políticas vividas por muchos países latinoamericanos en las últimas décadas^{25,26,27}.

Las metas del milenio deberán cumplirse entre 1990 y 2015; para 2009 se ha recorrido un 76% del periodo, al menos la mitad de los países, debieran estar en posibilidad de cumplir la meta²⁸. El regional es muy desigual, sólo Cuba, Perú y Nicaragua podrán alcanzar los ODM, en el resto de países la meta estaría por alcanzarse en 2030.

Entre los países adscritos a la ONU el cumplimiento de la meta del milenio requerirá de cerca de 40 años para que la mitad de los países lleguen a ella.

En México el riesgo de que un infante muera antes de los 5 años en Guerrero, Chiapas, Oaxaca o Puebla, es 9.7 veces mayor que en Nuevo León.

De 1990 a 2007, en nuestro país, la mortalidad en menores de cinco años se redujo 44%, de 32 a 14 defunciones por cada mil nacimientos. La probabilidad de morir en el primer año representa la mitad de lo que representaba en 1990.

La mortalidad infantil de 2010 a 2020 se encontrará a expensas de la muerte perinatal y sobre todo, aquella derivada de la atención del parto y de las malformaciones congénitas cardíacas y del aparato digestivo.

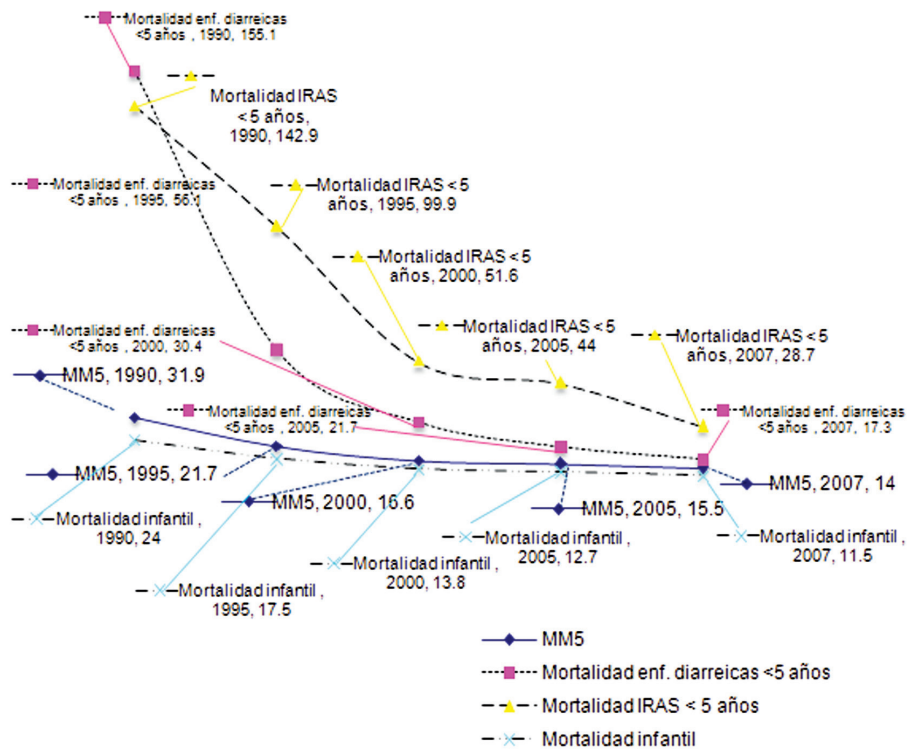
²⁵ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, Observatorio Demográfico, Año 1, N° 4, Santiago de Chile, 2007.

²⁶ Urban Agglomerations 2007, United Nations. Department of economic and social affairs population division. www.unpopulation.org

²⁷ Urban and rural areas 2007, United Nations. Departamento de economic and social affairs. Population division. www.unpopulation.org.

²⁸ Maren Jiménez, Fabiana Del Popolo, Guiomar Bay, Dirk Jaspers-Fajjer. La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas. En: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio. 2007 (6):4-10.

Reducción de la MM5 frente al cumplimiento de los ODM México 2007



Modificado de: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 1 de diciembre de 2009].

En nuestro país se ha tenido éxito y se han alcanzado niveles bajos que han permitido vislumbrar, que la mortalidad remanente es la perinatal y sobre todo en el sexo masculino. Por lo que se tendrá que hacer frente a este problema incrementando la inversión en la atención del parto y los problemas congénitos.

Desde 2003 la cobertura de vacunación, con esquema completo en menores de un año, ha llegado a 95% en todo el país. En vacunación contra sarampión, la cobertura se ha mantenido por arriba de 95% desde 2001. Por lo anterior las infecciones agregadas a estas enfermedades se han abatido hasta en un 85%.

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas y por enfermedades diarreicas en 1990 figuraban entre

las primeras causas de mortalidad en menores de cinco años. En el primer caso, la reducción fue 80% (de 142.9 defunciones por 100 mil menores de cinco años en 1990 a 28.7, en 2007), mientras que en la mortalidad por diarreas el descenso fue de 91.2 por ciento (de 155.1 defunciones por cada 100 mil menores de cinco años en 1990 a 17.3 en 2007).

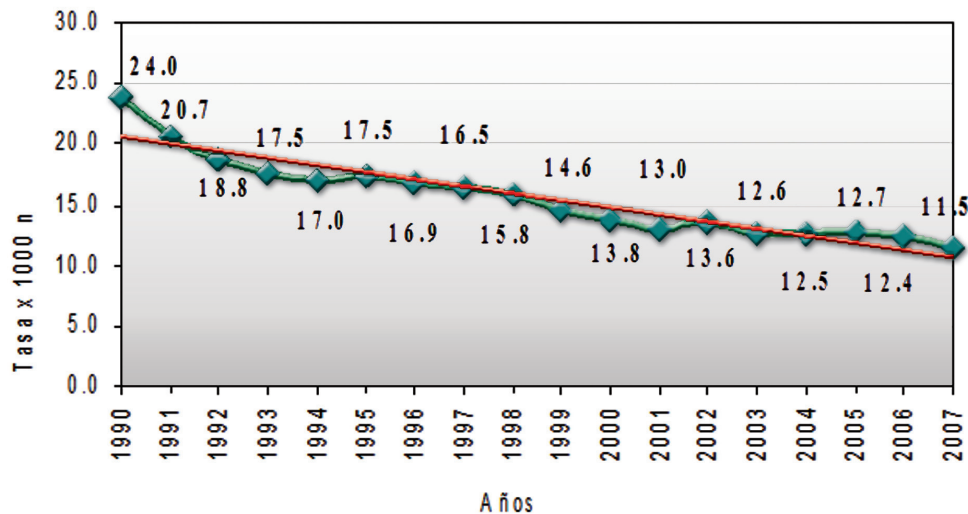
Los descensos más recientes en las tasas de mortalidad en menores de cinco años se correlacionan con el acceso a los servicios de salud³.

Mortalidad infantil (menores de 1 año)

En México de 1990 a 2007, al reducirse la mortalidad en la niñez se ha aumentado la esperanza de vida de la población general, 81.9% de la mortalidad en menores de 5 años corresponde a menores de 1 año. Su tendencia es netamente descendente, de 24.0 en 1990 hasta 11.5 x 1,000 nacidos vivos en 2007, es decir actualmente muere solo la mitad.

Al interior del país, hay una alta desigualdad, la mortalidad infantil más alta se observa en los estados más pobres, lo cual es un reto a vencer, aunado a estrategias de desarrollo para el acceso a servicios de salud y el desarrollo social.

**Tendencia de la mortalidad infantil
México, 1990 a 2007**



CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. www.conapo.gob.mx.

Tasa de mortalidad infantil x 1,000 nacidos vivos registrados.

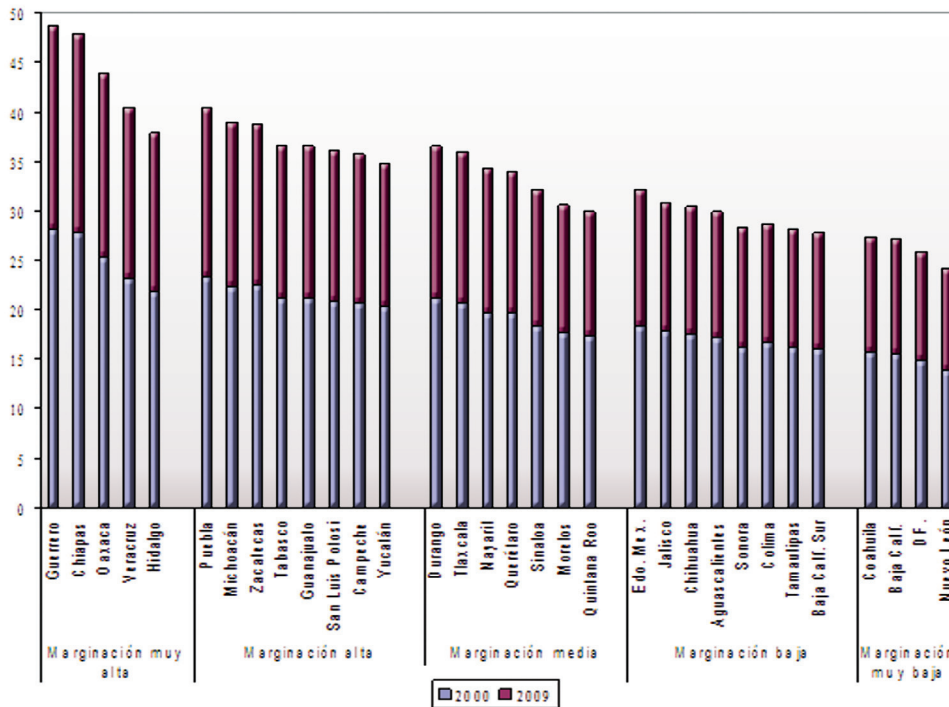
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.

Dirección General de Información en Salud.

CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.

En los estados con mayor marginación, la tasa de mortalidad infantil es 67.2% superior respecto a los que tienen niveles más bajos. La distancia entre la entidad con mayor tasa de mortalidad (Guerrero) y la que tiene la menor (Nuevo León) es de 51 puntos porcentuales.

Mortalidad infantil según grado de marginación México, 2000-2009



Fuente: CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. www.conapo.gob.mx.

La mortalidad infantil en México tiene como causas en 2007 aquellas derivadas de la atención del parto y las malformaciones congénitas. Las infecciones respiratorias altas dan paso a las bajas, de tal manera que la neumonía es la tercera causa y su mortalidad habla de las deficiencias en la oportunidad y la efectividad del manejo desde el hogar hasta el hospital.

La sexta causa en México la sigue ocupando la desnutrición y en la actualidad es más implacable en situaciones de riesgo con mujeres de baja escolaridad, solteras e integradas a familias extensas.

Causas de defunción en menores de un año y neonatales 2007

Lugar	Menores de un año	Neonatal temprana
1	Asfixia y trauma al nacimiento	Asfixia y trauma al nacimiento
2	Malformaciones congénitas del corazón	Bajo peso al nacimiento y prematuridad
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	Malformaciones congénitas del corazón
4	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	Anencefalia y malformaciones similares
5	Enfermedades infecciosas intestinales	Defectos de la pared abdominal
6	Desnutrición calórico proteica	Agenesia renal
7	Anencefalia y malformaciones similares	Nefritis y nefrosis
8	Defectos de la pared abdominal	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica
9	Infecciones respiratorias agudas altas	Agresiones (homicidios)
10	Nefritis y nefrosis	Infecciones respiratorias agudas bajas

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 20 de noviembre de 2009]

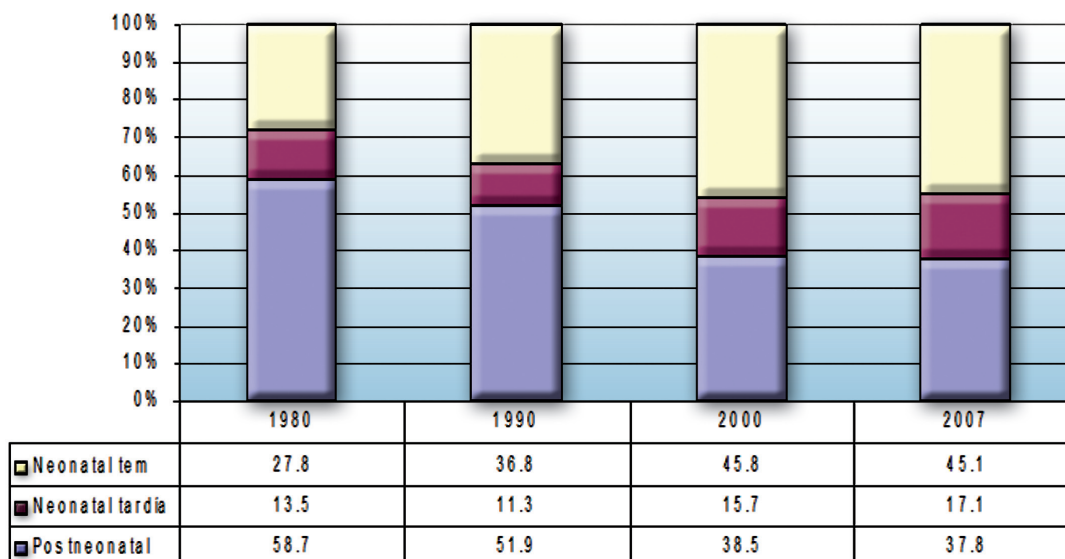
Mortalidad Perinatal y Neonatal

La mortalidad perinatal contribuye al 80% de las muertes en menores de un año.

La disminución en rubros infecciosos, han dado paso a que la mortalidad perinatal (fetal y neonatal) contribuya en mayor proporción que en años anteriores, por lo que la mortalidad en este grupo de edad es un reto para los próximos 20 años y estará relacionada muy probablemente con prematuridad, bajo peso y malformaciones congénitas.

La mortalidad neonatal temprana, en menores de 7 días de nacidos, representa casi la mitad de la mortalidad en menores de 1 año; la mortalidad neonatal tardía, entre los 7 y 28 días después del nacimiento, se ha mantenido estable en los últimos 30 años.

Proporción mortalidad según grupos etáreos 1980 a 2007



línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 19 de noviembre de 2009].

Mortalidad en escolares de 5 a 12 años

Existen en México para 2009, 17 millones de escolares, 16% del total de la población. De 1979 a 2007 las muertes en escolares disminuyeron de 13,450 a 5,066, su contribución al total de las defunciones del país bajó de 3.2 a 0.98%, (86.5 a 29.5 x100 mil escolares). La caída en el riesgo de morir es a expensas de la baja en las infecciones y de la nutrición, que son propias del rezago²⁹.

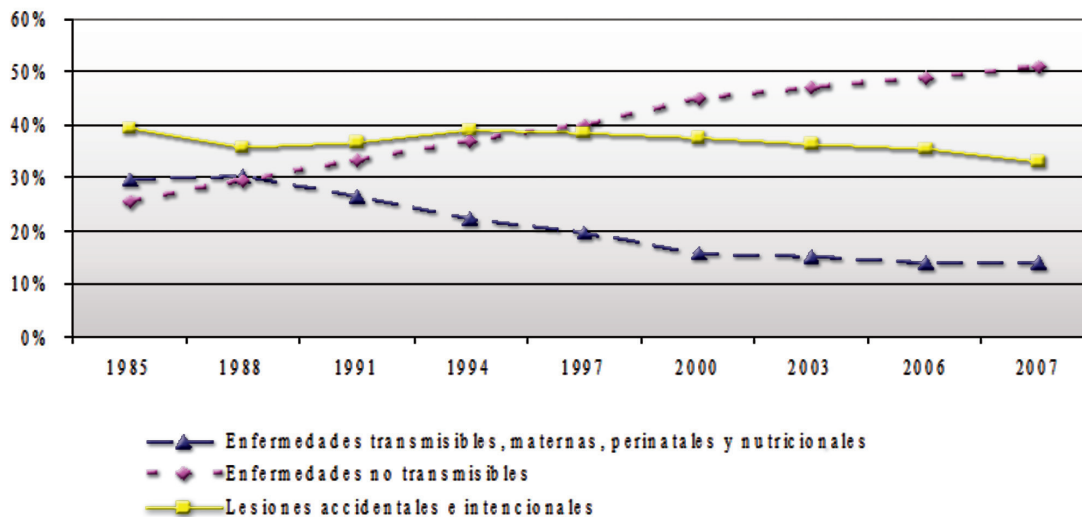
En 2007, la primera causa de muerte en escolares es la leucemia, que sustituyó a los accidentes de vehículo de motor y trastornos neuropsiquiátricos.

Es conveniente destacar que en 1983 las infecciones respiratorias bajas aparecían en tercer lugar y las diarreas en primer lugar³⁰; y en 2007 se ubican en el sexto y décimo tercer lugar respectivamente.

²⁹ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 9 de diciembre de 2009].

³⁰ Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Mortalidad escolar. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.62 n.2 México mar./abr. 2008

Proporción mortalidad según grupos etáreos 1980 a 2007



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 19 de noviembre de 2009].

En este grupo de edad aparece como primera causa de defunción las leucemias, y con mayor énfasis cuando se reagrupan todas las causas de cáncer; siguen en importancia las malformaciones congénitas en todas sus modalidades, las nefritis y los problemas neurológicos incluida la epilepsia.

Según entidades federativas, por causas seleccionadas en niños de 5 a 12 años, ocupan los primeros lugares los accidentes de vehículo de motor (tránsito), estados como Jalisco, Sonora y el Estado de México; en agresiones y homicidios México, Guerrero y Oaxaca; en suicidios México, Guanajuato y Tabasco; en leucemia Distrito Federal y Jalisco, seguramente por el lugar de notificación y residencia.

Otras entidades nosológicas no referidas aquí son los traumatismos craneoencefálicos y las quemaduras, que son accidentes fundamentalmente originados en el hogar, y que en muchas ocasiones, presentan secuelas y discapacidad de por vida.

A los datos anteriores debemos darles una lectura acorde a la respuesta de atención de los servicios de salud y de los servicios municipales.

El reto de la atención de los problemas de salud de la

infancia y la adolescencia estriba en la capacidad de los servicios de planear y atender la demanda, la cual tiene costos entre 100 a 500 veces más elevado que el manejo del día cama de la década de los 70 y que requiere así mismo de tecnología más compleja por los padecimientos transicionales, crónico degenerativo, accidentes, violencia y malformaciones congénitas y sus secuelas.

Mortalidad en adolescentes

La población adolescente se encuentra entre los 10 a los 19 años de edad, se divide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15-19 años)³¹. En términos convencionales se trata de un período de desarrollo de los individuos entre la niñez y la edad adulta³².

³¹ Santos-Preciado JI. La salud de los adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. *Salud Pública Mex.* 2003; 45 Supl 1: S5-7.

³² Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Mortalidad en adolescentes. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* v.62 n.3 México may./jun. 2005.

En México una de cada cinco personas es adolescente, 85% de ellos viven en entidades pobres o de ingresos medios y alrededor de 45,000 adolescentes mueren cada año por causas prevenibles, al menos en un 80%, debido a que son efecto de causas externas: accidentes, homicidios y lesiones auto inflingidas, efecto de interacciones externas de riesgo que impactan con mayor fuerza a los varones que a las mujeres en una escalada de género³³.

La mortalidad en la adolescencia temprana en México es tres veces más alta que en Japón o Canadá; 1.5 veces más alta que en Estados Unidos de Norteamérica (EUA), España o Corea y tienen el mismo riesgo de morir que los adolescentes de Costa Rica, Cuba o Argentina.

En cambio, en la adolescencia tardía la brecha se acorta y el riesgo de morir de un adolescente de 15 a 19 años en México es dos veces más alto que en Japón y Canadá, pero el mismo en los EUA. En ambos grupos de edad el exceso de mortalidad masculina es constante en todos los países³⁴.

La proporción de mortalidad de los adolescentes ha disminuido en 1.1% de 1990 a 2007, cifra que implica una menor velocidad de descenso que la muerte en menores de 5 años, donde todas las causas en mayor o menor grado tienden a la baja, sin embargo en este grupo de edad existe una paradoja entre las principales causas agrupadas de muerte, la disminución por infecciones y el incremento de accidentes y cáncer.

Para 2007 la relación de muertes entre hombres y mujeres global es de 1.23:1, en el grupo de 10 a 14 años de 1.45:1 y en el de 15 a 19 años de edad la razón aumenta a 2.24:1. La mortalidad es mayor para los varones, quienes sufren riesgos diferenciales que están ligados a la construcción de género: los accidentes de tránsito son tres veces más frecuentes en hombres que en mujeres; los homicidios cuatro veces más; los suicidios dos; y el peatón lesionado cuatro.

En las estadísticas encontradas en algunos países de Iberoamérica como México, Brasil y Venezuela, el cáncer se encuentran entre las principales causas de mortalidad en adolescentes, sobre todo por el componente de leucemias y linfomas. Esta tendencia tiende

a modificar el panorama de las enfermedades en este grupo de población sobre todo porque se han desplazado hacia la adolescencia estos padecimientos debido al aumento en la sobrevivencia³⁵.



³³ X conferencia Iberoamericana de ministras y ministros de salud: Juventud, salud y desarrollo en Iberoamérica. San Salvador, 2008.

³⁴ *Ibidem* 11.

³⁵ *Ibidem* 12

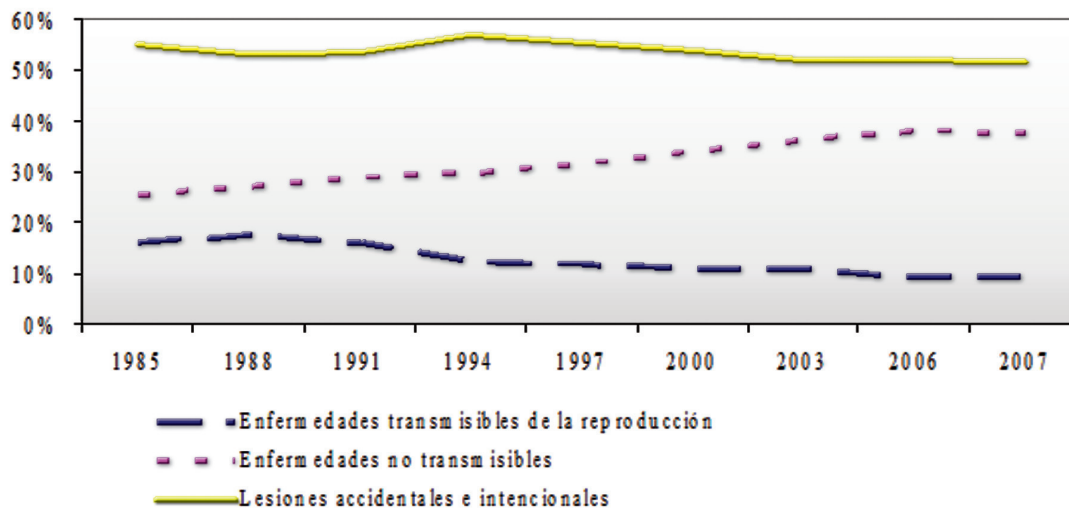
Causas de defunción en menores de 19 años. República Mexicana.

Lugar	Escolares	Adolescentes
1	Leucemia y otras formas de cáncer	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)
2	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	Leucemia y otras formas de cáncer
3	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	Agresiones (homicidios)
4	Trastornos neuropsiquiátricos	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)
5	Malformaciones congénitas del corazón	Ahogamiento y sumersión accidentales
6	Infecciones respiratorias agudas	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor
7	Nefritis y nefrosis	Nefritis y nefrosis
8	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	Epilepsia
9	Agresiones (homicidios)	Infecciones respiratorias agudas bajas
10	Desnutrición calórico proteica	Malformaciones congénitas del corazón

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 9 de diciembre de 2009].

Las enfermedades respiratorias se mantienen en noveno lugar y en el décimo aparecen las malformaciones congénitas del corazón, desplazando, a la parálisis cerebral.

Transición epidemiológica de tres grandes rubros de daños a la Salud en Adolescentes. República Mexicana 1985 a 2007



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 7 de diciembre de 2009].

La tasa de VIH/SIDA entre los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad es de 2.9 x 100 mil, aunque muy inferior a la de los adultos (16.9), ha crecido en forma alarmante. Existen poblaciones con fronteras transitadas que tienen altas prevalencias de la enfermedad con una razón de 6:1 en varones versus mujeres y con un patrón predominante de relaciones sexuales hombre a hombre, aunque con diferencias importantes, hasta 2006, con otros países como EUA donde el crecimiento del VIH/SIDA tiene relación con usuarios de drogas inyectables^{36,37}.

El suicidio en adolescentes requiere de una mención especial debido a que ha pasado del lugar 14º al 4º como causa de muerte en 2007, para los dos sexos.

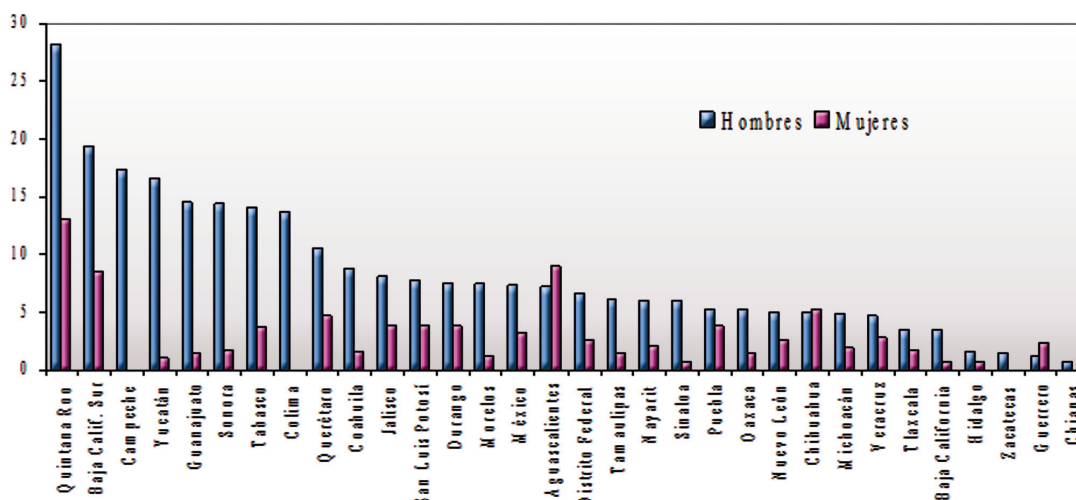
Problemas asociados a la nutrición y la alimentación

La nutrición dentro del ciclo de vida, es uno de los principales determinantes de la salud, del desempeño físico, mental y de la productividad.

La desnutrición temprana tiene efectos adversos a lo largo de la vida, como disminución del desempeño escolar, aumento en el riesgo de enfermedades transmisibles y reducción de la capacidad de trabajo y del rendimiento intelectual³⁹.

La mala nutrición, la desnutrición como la obesidad, son un sistema complejo en salud, involucra determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. En el

Tasa de suicidio según entidad federativa y sexo entre 15 y 19 años de edad México, 2007



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 8 de diciembre de 2009]. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2005-2050. Tasa por 100,000 adolescentes.

Entre las causas de defunción más importantes para las mujeres se encuentra en el lugar 14, para 2007, la hemorragia obstétrica con un total de 34 defunciones reportadas, ligada al aborto inseguro, el cual ocurre en un 17% de los embarazos en menores de 20 años y con una tasa más alta en las mujeres de 15 años³⁸.

El embarazo en menores de 20 años, representa 17% del total de embarazos para todos los grupos de edad y de ellas 15% presenta un segundo embarazo antes de cumplir los 20.

niño es el resultado directo de una dieta inadecuada, en cantidad o calidad, y del efecto acumulativo de episodios repetidos de enfermedades infecciosas o de otros padecimientos.

Estos factores tienen su origen en el acceso insuficiente a alimentos nutritivos, servicios de salud deficientes, saneamiento ambiental inadecuado y prácticas inapropiadas de cuidado en el hogar⁴⁰. Las causas subyacentes de estos problemas son la distribución desigual de recursos, de conocimientos y de oportunidades entre los miembros de la sociedad.

Los problemas asociados a la malnutrición en México siguen siendo la desnutrición, emaciación y desmedro y la obesidad que se agrega desde los grupos de niños mayores de 5 años a partir de la década de 1980.

La desnutrición tiene relación estrecha principalmente, con la pobreza y la falta de acceso a los alimentos, aunque también se agrega el componente de desnutrición por enfermedad en donde las causas infecciosas y tumorales tienen un papel relevante.

Desnutrición y Obesidad versus la seguridad alimentaria y nutricional (SAN).

En 2006, casi medio millón de menores de cinco años se clasificaron con bajo peso (5%); 1.2 millones con talla baja (12.7%); y alrededor de 150 mil como emaciados (1.6%) en todo el país.

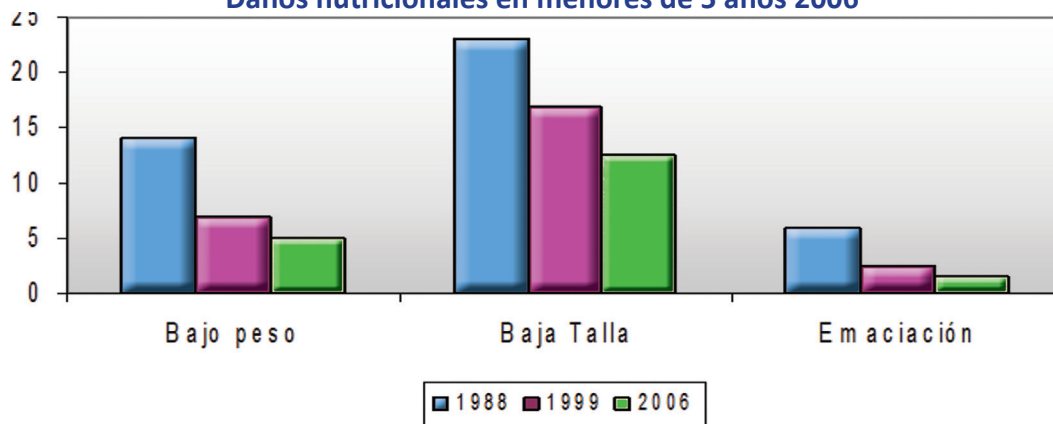
Entre 40 y 70% tienen deficiencias de ácido ascórbico y riboflavina, de 20 a 72% tienen deficiencias de retinol y 25% de zinc².

1.9 millones de niños preescolares padecen anemia en México; en zonas urbanas es de 22.8% y en las rurales de 26.1%.

La mayor prevalencia de anemia, en los grupos de 12 a 23 meses de edad, en zonas urbanas fue de 36.3% y 42.4% en las rurales. En el grupo de 24 a 35 meses, 23.6% en zonas urbanas y 31.6% en zonas rurales.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, fue de 26%, para ambos sexos, lo que representa alrededor de 4.2 millones de escolares en el ámbito nacional con sobrepeso u obesidad. El sobrepeso se presentó en 16.5% de los niños y en 18.1% de las niñas; la obesidad se ubicó en 9.4% de los niños y en 8.7% de las niñas⁴². La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad aumentó en un tercio; los mayores aumentos se dieron en obesidad y en varones.

Daños nutricionales en menores de 5 años 2006



Fuente: Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

La prevalencia de emaciación o desnutrición aguda, disminuyó de 6 a 1.6% (-73%) entre 1988 y 2006. La desnutrición aguda ha dejado de ser un problema de salud pública en el país, aunque el remanente de un solo caso es inadmisibles en la actualidad.

La talla baja disminuyó 10.1% y el bajo peso disminuyó 8.2% de 1988 a 2006⁴¹.

La prevalencia nacional de anemia en niños de 12 a 59 meses, es de 23.7%. Se calcula que alrededor de

³⁶ *Ibíd*em 12.

³⁷ Santos- Preciado, J. I.; Villa-Barragán J. P.; La transición epidemiológica en adolescentes. *Salud Pública Mex.* 2003; 45 Supl 1: S125-149.

³⁸ Notas técnicas de la Encuesta de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.

³⁹ Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

⁴⁰ Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social. Octubre 2006.

⁴¹ Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Rivera-Dommarco JA. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.

⁴² Rivera-Dommarco J, Cuevas-Nasu L, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Ávila-Arcos MA, Jimenez-Aguilar A. Estado Nutricio. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, 2006. pp 85-103.

Conclusiones diagnósticas

1. Los daños a la salud tienen diferencias importantes relacionadas con el origen urbano o rural de la población y una estrecha relación con la pobreza de la población, con su estatus social y su nivel socioeconómico.
2. La escolaridad de la población está relacionada con la pobreza y con daños asociados a esta condición, pero la escolaridad de las mujeres es predictora de daños a la salud en los niños.
3. Los determinantes sociales no solamente son elementos que intervienen en el perfil de salud de los niños y adolescentes, sino que también influyen en sus estilos de vida y en el tipo de servicio de salud al que acuden.
4. Las causas de muerte en áreas urbanas están asociadas a enfermedades crónicas degenerativas, neurológicas, accidentes y recientemente obesidad y otras conductas de riesgo.
5. En las áreas rurales persisten problemas de rezago como el alta mortalidad perinatal, debida a la falta de atención médica oportuna y adecuada.
6. En menores de 15 años se evidencia como problema de salud pública, la mortalidad por cáncer, malformaciones congénitas, epilepsia y mortalidad por causas perinatales sobre todo de tipo respiratorias y derivadas de la atención del parto durante los 7 primeros días de vida.



Capítulo 4.
SITUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL
INP POR ÁREAS SUSTANTIVAS Y DE
APOYO GERENCIAL



Capítulo 4. SITUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL INP POR ÁREAS SUSTANTIVAS Y DE APOYO GERENCIAL

Investigación



En este apartado se describe la situación de los investigadores, de las publicaciones y de los proyectos en proceso.

El INP cuenta con 108 investigadores con plaza de ICM; durante 2010, 19 investigadores no cumplieron con los requerimientos para permanecer con el nombramiento, por lo cual el número actual es de 108.

La distribución durante 2010 es la siguiente: 77.8% son ICM A-C; 22.2% son ICM D a F, que incluye al investigador calificado como Emérito.

Total de Investigadores en Ciencias Médicas (ICM)

ICM	2007	2008	2009	2010
	99	108	124	108

Distribución por categorías ICM

Categoría/ Año	2007	2008	2009	2010	Var % 09- 10
A	32	34	36	22	61.1
B	21	25	37	40	108.1
C	20	23	26	22	84.6
D	20	14	15	19	126.7
E	1	6	5	1	20.0
F	4	5	4	3	75.0
Emérito	1	1	1	1	
Total	99	108	124	108	87.1
Investigadores agrupados por categoría. Porcentaje					
A-C	73.7	75.9	79.8	77.8	97.4
D-Emérito	26.3	24.1	20.2	22.2	110.2

Nota: el número de investigadores presentado en 2009 en JUGO presenta un error en la suma, no son 127 sino 124.

De los investigadores con plaza, 57 se encuentran dentro del Sistema Nacional de Investigadores (46%). Se han incrementado de 14 en 2005 a 57 en 2010.

Investigadores en el Sistema Nacional (SNI)

Periodo	Candidato	SNI-1	SNI-2	SNI-3	Total
2007	13	23	5	1	42
2008	13	23	4	2	42
2009	14	33	4	1	52
2010	16	35	4	2	57

Seguimiento de Proyectos. 2007-2010

Concepto	2007	2008	2009	2010
Provenientes años anteriores	163	171	212	253
Iniciados en el periodo	50	70	92	103
Total en proceso	213	241	303	353
Suspendidos o cancelados	9	4	13	17
Terminados	33	26	40	106
Balance anual	171	211	251	233

Las líneas de investigación que estos protocolos llevan

Líneas prioritarias de Investigación. 2007-2010

Líneas de Investigación	2007	2008	2009	2010	
				No	%
Enfermedades Infecciosas	11	8	16	25	33.7
Enfermedades Oncológicas	5	9	12	24	32.4
Neurociencias y Neurodesarrollo	5	12	16	8	10.8
Nutrición y Enfermedades Metabólicas	3	3	4	7	9.5
Alergia, Inmunología y Reumatología	2	8	3	6	8.1
Enfermedades Hereditarias/Congénitas	7	8	16	4	5.4
Total	33	48	67	74	100.0

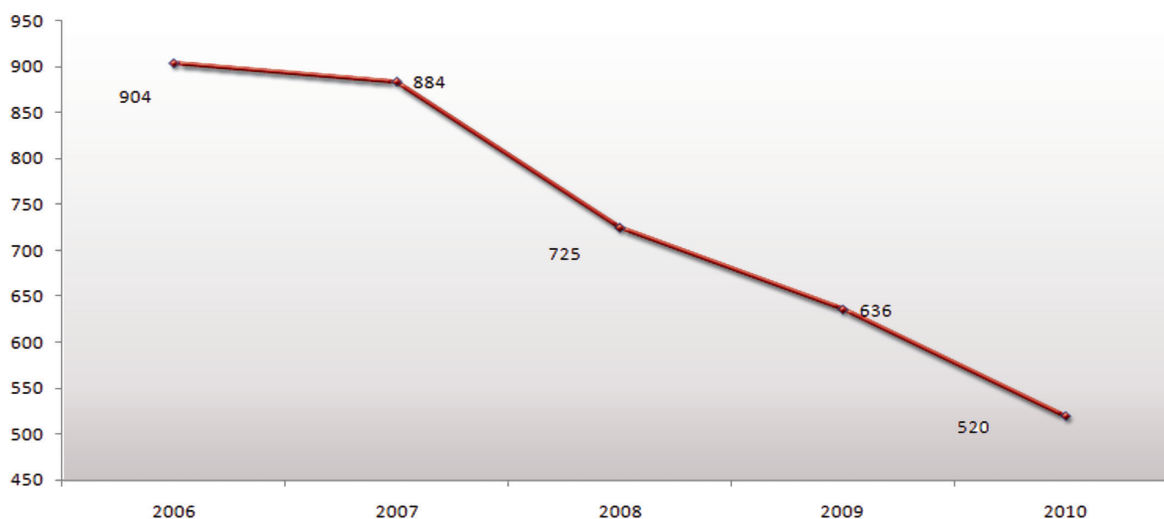
Se administraron Recursos de Terceros a 82 protocolos de investigación, de los cuales 34 son financiados por CONACyT y el FONCICYT y, 48 corresponden principalmente a financiamientos de la Industria Farmacéutica, nacional e internacional, entre otros: Laboratorios SANOFI PASTEUR en Francia y GLAXONSMITHKLINE de Bélgica.

De las 103 investigaciones registradas en 2010, se mencionan 10 de ellas como las de mayor impacto para la población pediátrica mexicana.

La productividad en éstas y otras líneas de investigación se muestra mediante el número de publicaciones tanto de artículos científicos, libros, capítulos de libro así como en presentaciones en congreso y foros científicos, este número ha disminuido en 55 puntos porcentuales desde 2007. El desarrollo de esta productividad se desglosa a continuación:

Productividad Científica 2006-2010

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	Var %
Artículos científicos	155	183	139	132	155	117.4
Libros (N / I)	22	24	11	7	4	57.1
Capítulos de libro	127	108	118	81	30	37.0
Tesis	107	111	85	75	107	142.7
Sub total	411	426	353	295	296	100.3
Presentaciones en congresos	493	458	372	341	224	65.7
Total	904	884	725	636	520	81.8

Productos de Investigación. Totales 2006-2010

Incluye: Artículos científicos, libros, capítulos de libro, tesis, presentaciones en congresos
Artículos Científicos por categoría

Año/Grupo	I	II	III	%		TOTAL
				I-III	IV-V	
2007	87	1	80	93.9	8 3	179
2008	76	0	44	86.3	18 1	139
2009	81	0	47	97.0	2 2	132
2010	82	0	65	94.8	3 5	155

La Dirección de Investigación cuenta con comisiones de Investigación, Ética de la Investigación y Protección de Animales de Experimentación.

Su organigrama cuenta con dos Subdirecciones; Investigación Médica y Medicina Experimental.

Tiene a su cargo los departamentos de Metodología de la Investigación, Investigación en Salud Pública Pediátrica y Genética Humana; cuenta con 19 laboratorios los cuales se encuentran equipados y llevan a cabo investigación básica y experimental.

Enseñanza

El INP ofrece Cursos de Pregrado en las materias de: Pediatría, Crecimiento y Desarrollo del Escolar y Adolescente, Crecimiento y Desarrollo del Infante y del Pre-Escolar, Clínica Ambulatoria de Pediatría y Terapia Médica Nutricional en Pediatría, Terapia Física Ortopedia y Traumatología; Infectología, Inmunología Clínica Práctica, Medicina Interna y Endocrinología.

Se reciben alumnos de diferentes universidades públicas y privadas como la UNAM, Escuela Médico Naval, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía-IPN, UAM Xochimilco, Universidad Anáhuac, Universidad Westhill, Tecnológico de Monterrey e Instituto Teletón de Estu-

dios Superiores en Rehabilitación, entre otras.

La cantidad de alumnos que se reciben para estos cursos depende de la demanda de las diferentes universidades.

Alumnos de Pregrado, Egresos según programa. 2007-2010

Programa de egreso	2007	2008	2009	2010
Cursos de Pregrado	371	373	457	566
Servicio Social	20	33	17	39
Internado de Pregrado	18	12	16	24
Total	409	418	490	629

En lo que respecta a los Cursos de Postgrado se tienen las especialidades troncales (pediatría, estomatología y genética), subespecialidades, cursos de alta especialidad y avanzados. En este caso, la oferta depende del número de plazas disponibles.

Alumnos de Postgrado, Egresos según programa. 2007-2010

Tipo de Postgrado	2007	2008	2009	2010	Var % 09-10
Especialidades entrada directa	42	38	47	49	104.3
Subespecialidades	55	69	63	56	88.9
Curso de Postgrado	17	18	17	16	94.1
Cursos avanzados	2	6	3	2	66.7
Total	116	131	130	123	94.6

Sobre la Eficiencia terminal de los alumnos, tanto en las especialidades troncales (Genética, Estomatología y Pediatría) y cursos de postgrado es de 100%; en cuanto a las subespecialidades es del 96%.

En cuanto a las rotaciones con Sede en el INP, se reciben en promedio anualmente 500 alumnos.

Rotación de Alumnos con Sede en el INP. 2007-2010

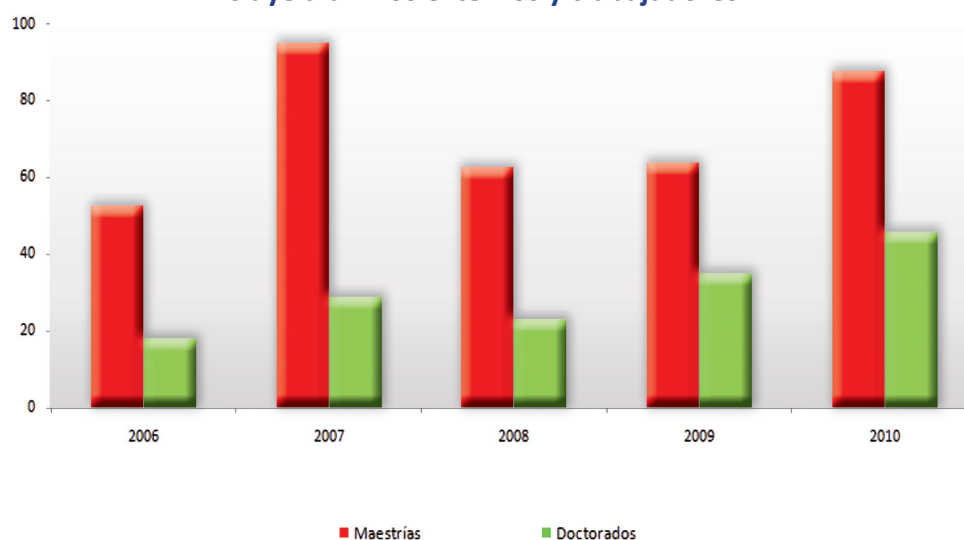
Alumnos	2007	2008	2009	2010
Nacionales	407	546	564	537
Extranjeros	9	10	9	23
Total	416	556	573	560

El INP cuenta con la Sede del Programa Académico de Maestría y Doctorado, entre los cursos que se ofrecen destacan: Ciencias Médicas, Rehabilitación Neurológica, Administración en Salud, Ciencias Biológicas, Epidemiología Clínica, Biología Experimental, Investigación Clínica, Terapia Familiar, Ciencias de la Salud, Toxicología, Ciencias Odontológicas, Biomedicina Molecular, Ciencias Biomédicas, Ciencias de la reproducción, Inmunología, Antropología, Ciencias Químico-Biológicas, Investigación en Medicina y Salud Animal y Biología Experimental.

Dentro de las actividades relevantes en 2010 se programaron dos cursos en la modalidad de telemedicina con la asistencia a través de videoconferencia de 1 500 pediatras y médicos generales, en 40 sedes con la modalidad de módulos mensuales.

Se cuenta con una Unidad de Congresos, la cual dentro de sus actividades incluye la organización, difusión y evaluación de los diferentes eventos de Educación Médica Continua programados.

**Maestrías y Doctorados 2006-2010,
incluye alumnos externos y trabajadores INP**



En Educación Continua y Capacitación, actividades que tiene a su cargo la Dirección de Enseñanza, tanto para el personal médico como de enfermería y paramédico, se encuentran las sesiones anatomoclínicas, generales y culturales, así como otras actividades que son de suma importancia, como los cursos, congresos, simposios, curso-talleres, reuniones, etc., que se programan y celebran anualmente.

Asistencia a Congresos

Personas Inscritas por año	2008	2009	2010
	3 172	3 494	2 855

Tabla 13. Profesores asistentes

Año	2008	2009	2010
Total Profesores	593	578	431
Nacionales	580	574	426
Extranjeros	13	4	5

Se tiene un convenio con la Facultad de Medicina de la UNAM y la División de Estudios de Postgrado en donde se lleva a cabo la Capacitación de profesores titulares y adjuntos de los diferentes cursos de postgrado que se imparten en el instituto, para el empleo de Aulas Virtuales en el Centro de Educación a Distancia.

En el rubro de Capacitación para el Desempeño y Desarrollo para el personal técnico, administrativo, de laboratorio y enfermería, anualmente se llevan cursos tanto técnicos como prácticos y de capacitación para el trabajo. Por otro lado, se realizan cursos informales, sin reconocimiento curricular, donde destacan temas como la importancia de lavado de manos, la importancia de respetar y llevar a cabo técnica de aislamiento, manejo de residuos hospitalarios, protección civil, todos los temas enfocados a la mejora del desempeño institucional y la calidad y seguridad del paciente.

van en aumento, en el sitio www.imbiomed.com.mx se han incrementado de 427,384 en 2006 a 812,633 en 2009 y 1 332,955 en 2010; los principales usuarios son nacionales y algunos países de Centro y Sudamérica.

El Acta Pediátrica se mantiene dentro de las seis publicaciones más consultadas dentro de los índices registrados en www.imbiomed.com.mx

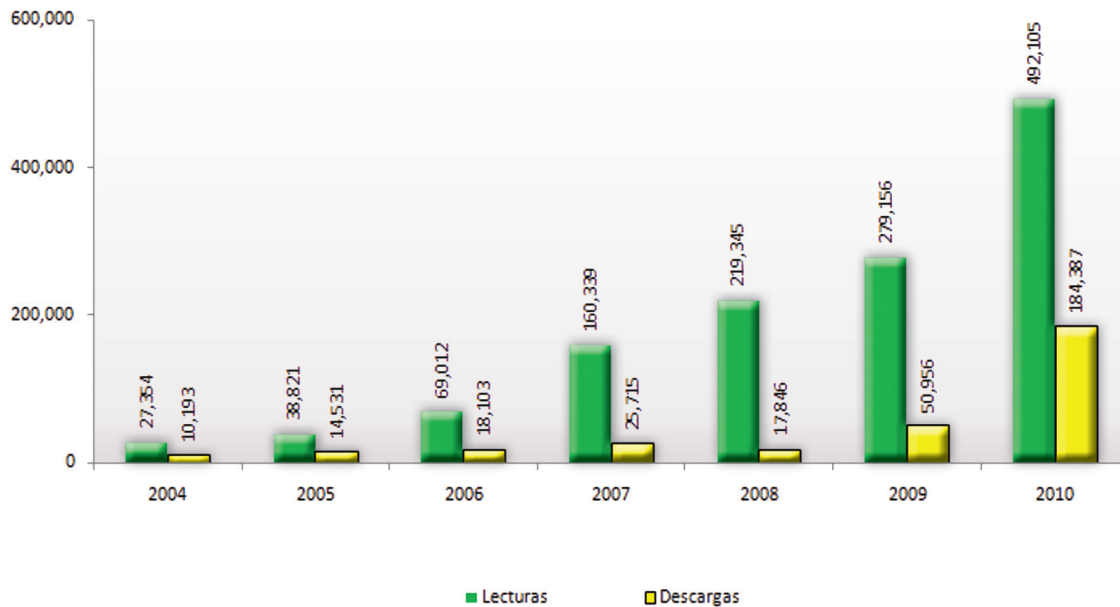
Actividades de Educación Médica y Capacitación 2007-2010

Actividad		2007	2008	2009	2010	Var % 09-10
Educación médica continua	Formal	3,439	4,075	4,323	5,552	128.4
	Informal	11,672	11,793	9,708	8,089	83.3
	Total	15,111	15,868	14,031	13,641	97.2
Capacitación para el desarrollo y desempeño	Formal	2,473	2,157	2,205	1,281	58.1
	Informal	2,512	2,666	5,201	3,004	57.8
	Total	4,985	4,823	7,406	4,285	57.9
Educación para la salud		12,078	11,608	12,163	24,822	204.1
PIPHOS		2,073	1,084	1,395	1,679	120.4
Total		34,247	34,103	34,995	44,427	127.0

En cuanto a la publicación de la Revista Acta Pediátrica de México, órgano encargado de la difusión de los avances e investigaciones pediátricas relevantes, esta mantiene un tiraje por número de 3,000 ejemplares. Durante 2010 se publicaron seis números; la totalidad de los autores es nacional, 51 son del Instituto Nacional de Pediatría y 27 externos.

Las consultas a la revista por INTERNET, a través de los índices LILACs, SALUD, CENIDS y (ARTEMISA 13) EBSCO,

Gráfico 4. Revista Acta Pediátrica, Consulta Electrónica 2004-2010



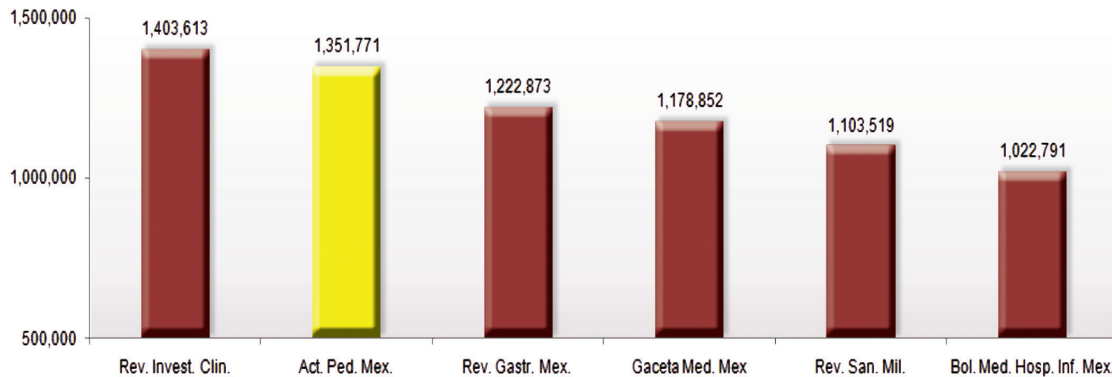
Fuente: www.imbiomed.com.mx

Como parte de la difusión del conocimiento científico puesto a la disposición del personal profesional y académico del Instituto y externo, el Centro de Información y Documentación Científica (CID) proporciona información y apoyo bibliográfico para los diversos programas de educación médica, actividades de investigación y atención médica; la Dirección de Enseñanza ha gestionado el acceso, entre otras, a la Base de Datos RIMA.

El CID imparte cursos y cursos-taller con el propósito de contribuir a la formación de usuarios y al desarrollo de habilidades informativas, por ello participa en el curso propedéutico a residentes de 1er ingreso y el Curso-Taller Bases de Datos en Biomedicina, entre otros.

Se ha instalado el Servicio de Alerta electrónico, que consiste en enviar periódicamente la tabla de contenido de las publicaciones a los médicos adscritos del INP con el propósito de mantenerlos actualizados, con un 80% de avance

**Centro de Información y Documentación.
6 publicaciones más consultadas. Acumulado
Enero 2003 a Diciembre 2010**



Fuente: www.imbiomed.com.mx

El Servicio de Escolaridad se encarga de ofrecer a los pacientes hospitalizados la oportunidad de llevar a cabo actividades de acuerdo a su edad y escolaridad, participa en el Programa “Sigamos Aprendiendo en el Hospital” y de manera cotidiana organiza concursos, y exposiciones, así como participa en la elaboración de documentos educativos para pacientes y familiares y personal del INP.

Nivel de escolaridad

No. Pacientes 2010	
Preescolar	892
Primaria	2 738
Secundaria	1 109
Preparatoria	406
No Estudia	1 918
Otros	362

**Atención Educativa a Pacientes y
Actividades Realizadas**

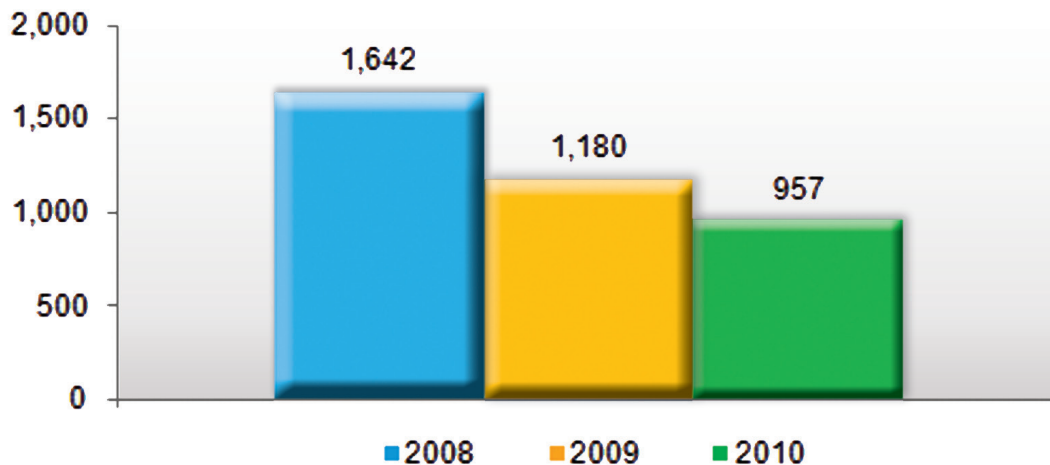
Año	2009	2010
Pacientes atendidos	80%.	80%.
Actividades educativas	80%.	80%.

Programa “Sigamos Aprendiendo... en el Hospital”. Pacientes Atendidos 2008-2010.

La Dirección de Enseñanza cuenta con un Servicio de Ilustración Médica el cual ofrece a sus usuarios los servicios de elaboración de gráficos, impresión y diseño de diplomas, digitalización de documentos, rotulado de constancias y diversos trabajos relacionados con el apoyo en la elaboración de material impreso; otra actividad importante, es el apoyo con el material audiovisual y su proyección dentro de las diferentes actividades formativas y de capacitación que se llevan a cabo.

4. Primer Lugar de la Tesis Evaluación del Conocimiento del Retinoblastoma en alumnos del último año de la carrera de Medicina en Universidades del D.F. y siete estados durante el Congreso Nacional de Oncología.

La Dirección de Enseñanza cuenta con dos subdirecciones, 4 departamentos y la unidad congresos registrados oficialmente en el organigrama vigente.



Relevantes de la Dirección de Enseñanza

1. Primer lugar en el examen del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría y en los Consejos de las diferentes Sub-especialidades.

Residentes de Pediatría	2007	2008	2009	2010
Generación de RI	1º	1º	2º	11º
Generación de RII	2º	1º	3º	3º
Generación de RIII	1º	1º	1º	1º

2. En el examen departamental del PUEM de la UNAM aplicado a las 21 sedes, los médicos residentes de Pediatría del INP obtuvieron los siguientes resultados:

3. Primer Lugar en el Premio Pfizer a la Mejor Tesis en Pediatría otorgado por la Asociación Mexicana de Pediatría

ATENCIÓN MÉDICA

Consulta Externa de Pediatría, sin variación significativa con respecto a 2009, sin embargo en relación a 2007 se observa una disminución de 5.3 puntos porcentuales en la consulta total.

Consulta según tipo de Atención.

Concepto	2007	2008	2009	2010	Var % 09-10
Preconsulta	15,351	14,627	14,203	17,260	121.5
1era. Vez	20,467	20,142	15,804	15,071	95.4
Subsecuente	107,391	109,813	107,836	106,319	98.6
Procedimientos*	69,309	67,927	67,816	60,742	89.6
Valoración de Urgencias	40,512	38,457	42,381	40,230	94.9
Total	253,030	250,966	248,040	239,622	96.6

**Se encuentran como primeras causas de demanda, sin
variación respecto a los últimos 5 años:
Principales Causas de Morbilidad por Lista Básica
Consulta externa de Especialidad 2010**

Núm.	Causas	Código C. I. E.	No. de casos	Tasa
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	2,886	19.1
2	Trastornos mentales y del comportamiento	F01-F99	1,260	8.4
3	Enfermedades del sistema nervioso	G00-G99	1,013	6.7
4	Tumores (Neoplasias)	C00-D48	948	6.3
5	Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas	E00-E88	926	6.1
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	S00-T98	752	5.0
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M00-M99	727	4.8
8	Enfermedades del ojo y sus anexos	H00-H57	637	4.2
9	Enfermedades del sistema genitourinario	N00-N98	635	4.2
10	Enfermedades de la piel y del Tejido subcutáneo	L00-L99	574	3.8
Las 10 primeras causas			10,358	68.7
Todas las demás			4713	31.3
Total			15071	100

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del DF y área conurbada del Estado de México continúa y se llevan a cabo las reuniones correspondientes, con la participación de los Hospitales Pediátricos, Materno Infantiles y Centros de Salud, el Instituto de Salud del Estado de México y sus Hospitales Generales y respectivos Centros de Salud, Hospitales Federales de Referencia, el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, el Instituto Nacional de Pediatría y la CCINSHAE.

Como parte del sistema, en 2010 se brindaron 251 interconsultas de las cuales 71 se aceptaron en nuestra institución como ingresos hospitalarios por así requerirlo.

Procedencia 2010

Lugar de Referencia	Lugar	%
	Distrito Federal	46.61
	Estado de México	39.44
	Estado de Hidalgo	5.17

Los hospitales que solicitan con mayor frecuencia el apoyo de nuestra institución son el Hospital General Gustavo Baz Prada, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital La Perla Hospital Pediátrico de Legaria y el Hospital del Niño de Toluca y Hospital General de Ecatepec José Ma. Rodríguez, entre otros.

El área de Trabajo Social realiza las acciones a favor de la Referencia y Contrarreferencia de pacientes que se reciben en la Consulta Externa de Pediatría, entre sus actividades se encuentra la correcta canalización de los pacientes a los distintos niveles de atención.

Referencia y Contrarreferencia. 2007-2010

Actividad	2007	2008	2009	2010
Referencia	2 824	3 028	3 135	3 081

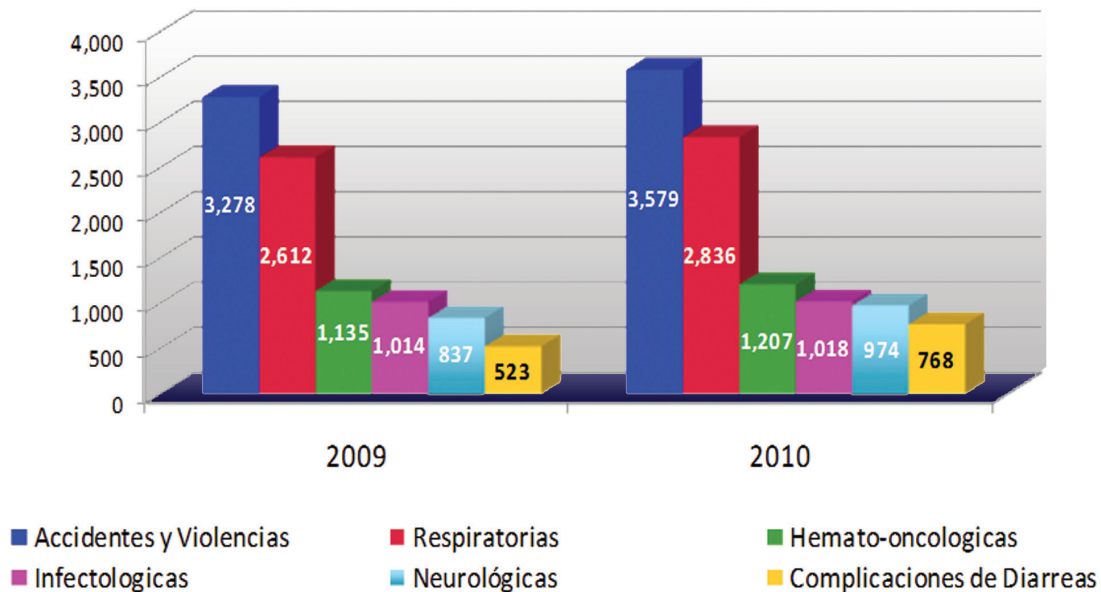
Contrarreferencia 2 398 1 805 2 093 2 063

Se cuenta con el Programa de Introducción al Proceso Hospitalario (PIPHOS), el cual está diseñado para informar a los familiares de los pacientes que se hospitalizan por primera vez de los requisitos institucionales, así como los derechos y obligaciones que tienen durante el internamiento, información diversa referente a la donación de sangre, lavado de manos, uso de bata en hospitalización, higiene personal, educación nutricional, esquema de vacunación, medidas para prevenir infecciones nosocomiales y sobre la importancia de recibir la información diaria del estado de salud del paciente; durante la presentación se aplica un cuestionario para evaluar la satisfacción del usuario y dictar medidas preventivas y correctivas para resolver las no conformidades de los usuarios.

En cuanto a las Urgencias Pediátricas, corresponde en promedio el 17% del total de consultas otorgadas, normalmente se presentan pacientes con alta complejidad clínica, lo que se traduce en una mayor demanda de recursos humanos e insumos para su estabilización; del total de valoraciones en 2010 se refirió el 28.61% de pacientes a unidades de menor complejidad o bien a su domicilio.

Dentro de las principales causas de demanda de atención de valoración de urgencias por lista detallada, se encuentran:

Urgencias Calificadas



Las urgencias calificadas observan una relación de 1:4 por accidentes, intoxicaciones y violencias, destacando el trauma craneoencefálico de moderado a grave como la primera causa de atención. Adicionalmente, se atienden casos de urgencias hemato-oncológicas, siendo los diagnósticos principales la leucemia linfoblástica aguda, neutropenia y fiebre.

El área de urgencias tiene una sala de prehospitalización, que contabiliza 8 camillas de observación, 4 de terapia de hidratación, dos en la sala de choque, con un promedio de 2 hrs para la estabilización y dos áreas para procedimientos; la ocupación en prehospitalización rebasa el 100% con un intervalo de sustitución de -2.2 días por camilla y una estancia de 8 hrs promedio.

Departamento de Urgencias, 2007-2010

Consulta de Urgencias	2007	2008	2009	2010
Número total de valoraciones	40,512	38,457	42,381	40,230
Urgencias calificadas	12 907	12 020	12 805	13 988
% de urgencias calificadas	31.8	31.3	30.2	34.7
Accidentes, envenenamientos y violencias	3 381	3 026	3 278	3 579
% de accidentes, envenenamientos y violencias	26.2	25.1	25.5	25.5

El área de urgencias cuenta con una Sala de Choque, en la que se atienden en promedio 600 pacientes en estado crítico, la estabilización en la sala de choque se logra en un promedio de 2 horas y media y los pacientes se ingresan a las diferentes áreas de medicina crítica como la Terapia Neonatal, la Unidad Terapia Intensiva Pediátrica, la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, la Terapia de Urgencias, muchos de ellos se envían directo al quirófano.

En el Departamento de urgencias se cuenta con un Programa diseñado para garantizar la atención de los niños, mediante un sistema de Triage que permite determinar aquellos pacientes que cursan con una urgencia calificada y requieren atención inmediata. Este sistema tiene el objetivo de atender a los pacientes en un máximo de 10 minutos, desde su arribo hasta la valoración por personal médico adscrito y permite referir al paciente al nivel de atención correspondiente.

Indicadores Hospitalarios 2007-2010

Constante Hospitalaria					
Año	2007	2008	2009	2010	Var % 09-10
Camas censables	235	235	235	235	
Ingresos	7 139	7 224	7226	7842	108.5
Egresos	7 138	7 193	7239	7801	107.8
% de ocupación	76.7	81.0	82.8	87.3	105.4
Promedio días estancia	9.0	9.6	9.8	9.6	
Índice de rotación	31.0	31.0	31.0	33.0	106.5
Intervalo de sustitución	2.7	2.3	2.1	1.4	66.7
Tasa de defunción ajustada	2.5	2.6	2.7	2.1	80.1
Necropsias	46	64	61	57	93.4
Estudios Sociales	5 519	5 590	5483	5431	99.1
Interconsultas	ND	ND	12212	12314	100.8

Los egresos hospitalarios muestran una variación del 7.8 respecto al 2009, siendo la principal causa de egreso la mejoría durante el periodo de revisión; se desglosan a continuación:

Egresos por rubro. Porcentaje 2007-2010

Egresos	2007	2008	2009	2010
Curación	0.9	0.53	0.55	0.13
Mejoria	90.6	91.05	91.12	92.9
Defunción	3.1	3.07	2.98	2.44
Tranferencia	5.1	5.12	5.16	4.22
Traslado	ND	0.24	0.18	0.19

Durante 2010 se registró una ocupación hospitalaria de 87.3%, el porcentaje desglosado por Subdirecciones: Hemato-Oncología con 124.6%, Medicinas 95.3% (los servicios con mayor porcentaje son: Cardiología, Inmunología, Infectología, Nefrología y Neurología), Medicina Crítica con 68.0% y Cirugía con 66.0%, (los servicios con mayor porcentaje son: Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Ortopedia y Neurocirugía).

El promedio de estancia se mantiene en 9 días promedio, reflejo de la complejidad de los padecimientos en las áreas de Cuidados Críticos de Neonatología y Terapia Intensiva. Por subdirecciones el desglose arroja los más altos índices en Medicina Crítica con un promedio de 12.5, Medicina 11.6, Hemato-oncología 9.9 y Cirugía 6.9; los servicios y departamentos con mayor estancia son: Neurología, Medicina Interna, Nefrología, Cardiología, Infectología, Neurocirugía y Neonatología y el menor promedio lo ocupan Estomatología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Oftalmología.

La morbilidad hospitalaria permanece igual durante los últimos años, acorde a la morbilidad nacional que describe los tumores en primer lugar, siendo las principales entidades la leucemia linfoblástica aguda, tumor maligno de huesos largos de miembro inferior, tumor maligno de riñón, tumor maligno de tejido conjuntivo y blando, tumor maligno de testículo, de retina y la leucemia mieloblástica aguda.

En el segundo grupo se encuentran las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, donde las cardiopatías complejas tienen un lugar preponderante; en tercer lugar se encuentran las patologías del sistema digestivo, seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio, de las cuales la mayoría corresponden a infecciones de vías respiratorias bajas, donde las principales entidades son la neumonía bacteriana, viral y las no específicas y bronconeumonías; en quinto lugar se encuentran los traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, seguidas por las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

Las cinco principales causas de mortalidad hospitalaria son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, donde destacan las cardia-

cas y las gastrosquisis, en segundo lugar los tumores y neoplasias, donde las principales entidades son leucemia linfoblástica y mieloide aguda y tumor maligno de cerebro; en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio, donde en primer lugar se encuentran los procesos infecciosos de vías respiratorias bajas; en cuarto lugar se encuentran ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y por último, las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

Como parte de la transición epidemiológica, las patologías hemato-oncológicas son la segunda causa de muerte en México entre los 4 y 15 años y la primera causa de morbilidad hospitalaria en el Instituto. En apego a ello, y en respuesta a esta demanda de atención, se creó hace 3 años el área de Quimioterapia Ambulatoria "AQuA" que junto con el programa de dosis individual de antibióticos ha permitido atender un mayor número de niños y con ello, disminuir el número de internamientos y costos.

Durante el período 2010 se atendieron 13, 140 pacientes y se aplicaron 10,844 quimioterapias, en sus diferentes modalidades de acuerdo a los protocolos de atención establecidos. Diariamente se atienden y se les proporciona quimioterapia entre 35 y 40 niños, lo que se traduce alrededor de 60 a 80 aplicaciones de agentes quimioterápicos.

Actividad de AQuA 2009 – 2010

Quimioterapia		2009	2010
Intravenoso	Hem	4,071	4105
	Onc	2,942	3038
	Nefro	45	37
	Inmuno	304	44
	Med Int.		66
Intramuscular	Hem	974	1068
	Onc	873	992
Intratecal	Hem	1041	1069
	Onc	361	343
Subcutáneo	Hem	101	33
	Onc	156	49
Total		10,868	10,844

En 2010 se dio inicio a las actividades de la Unidad de Inmunoterapia de Corta Estancia (ICE), en donde se lleva a cabo la aplicación de gammaglobulina intrave-

nosa a pacientes con inmunodeficiencia primaria, así como a pacientes con autoinmunidad como parte del tratamiento ambulatorio.

Actividad de AQuA 2009 – 2010

Procedimiento			2009	2010
Médula	Aspiración	Hem	1 385	1 218
		Onc	399	443
	Biopsia	Hem	39	60
Ósea		Onc	126	164
	Punción Lumbar		Hem	967
Diagnóstica		Onc	315	653
Transfusiones			910	996
Total			4 141	4 982

En el área de hospitalización se aplican quimioterapias, las cuales corresponden a pacientes que se encuentran en fase de inducción a la remisión, o bien en aquellos que es necesaria la administración de quimioterapia a infusión continua, con vigilancia estrecha de sus condiciones clínicas, apegados a los protocolos de atención establecidos, además se observa un incremento de pacientes con tumores sólidos que requieren de esta aplicación.

En cuanto al número de procedimientos quirúrgicos que se realizan se observa que no existe una variación importante respecto a la serie histórica que se presenta a continuación:

**Procedimientos quirúrgicos y Transplantes.
Suspensión 2007-2010**

Rubro	2007	2008	2009	2010	Var % 09-10
Total Cirugías	4 762	5 126	5 183	5 289	102.0
Cx Ambulatorias	ND	1 755	1 904	1 828	96.0
Endoscopias	989	1 289	1 203	1 114	92.6
% Suspensión Qx	7.7	10.1	10.0	ND	
TRANSPLANTES					
Renales	11	16	16	13	81.3
Médula Ósea	6	21	23	25	108.7

Actividades del departamento de anestesia anual 2009-2010

Área	Procedimientos	2009	2010	Var%
Procedimientos fuera de Quirófano Central	Tomografía Computada	1467	1437	-2.04
	Resonancia Magnética	864	913	5.67
	Sala de Hemodinamia	309	280	-9.39
	Ultrasonografía	19	21	10.53
	ECO	23	5	-78.26
	Catéter Central	8	13	62.50
	Biopsia Renal	1	6	500.00
	Biopsia Hepática	23	50	117.39
	Extramuros		68	
	Otros	11	20	81.82
Subtotal procedimientos		2725	2813	3.23
Área	Actividades	No.	No.	Var%
Centro Integral de Manejo de Dolor	Sedación	2491	2591	4.01
	Consulta de 1a vez	228	210	-7.89
	Consulta Subsecuente	1840	1866	1.41
	Consulta Externa		21	
	Seguimiento ambulatorio		58	
Subtotal de procedimientos		4559	4746	4.10
Total Procedimientos		13354	13942	4.40
Valoración Preanestésica	Programada		2970	
	Urgencias	2982	2364	-20.72
Total General		16336	19276	18.00

* Las anestésicas impartidas se consideran por paciente y no por procedimiento.

En cuanto a la Infecciones Nosocomiales registradas por el Comité correspondiente:

Infecciones Nosocomiales. 2007-2010

	2007	2008	2009	2010
INP Global				
Egresos	7 138	7 193	7 239	7 801
Tasa Real	4.41	5.21	7.38	5.74
Pacientes Infectados	385	375	534	448
No. de Eventos	450	454	646	552
Razón de Infecciones Nosocomiales	0.86	0.83	0.83	0.81
Defunciones Asociadas	14	13	6	8

Las tasas más elevadas durante 2010 fueron en Terapia Intensiva Cardiovascular (22.75), Neurología (12.35), Unidad de Terapia Intensiva (11.34), Medicina Interna (10.96), Neonatología (10.06), Cirugía General (8.51) y Oncología (8.04); los gérmenes más frecuentes fueron E. coli 7.84% S. epidermidis 6.72%, Pseudomonas aeruginosa 6.16% y E. faecium 1.9%.

Otra de las actividades relevantes para la atención médica radica en la realización de estudios de laboratorio tanto de diagnóstico como de tratamiento. En los últimos años encontramos la siguiente evolución:

Laboratorios por especialidad.2007-2010

Especialidad	2007	2008	2009	2010	% var
					09-10
Química clínica	478 399	484 619	540 782	554 209	102.5
Banco de Sangre	212 536	219 397	222 615	219 377	98.5
Hemato-Oncología	70 671	68 750	67 647	69 998	103.5
Nefrología	41 249	40 008	43 352	45 059	103.9
Bioquímica	31 084	31 681	34 254	31 492	91.9
Inmuno-Alergia	21 726	28 239	27 613	22 022	79.8
Bacteriología	19 832	23 022	22 262	25 196	113.2
Parasitología	12 902	13 585	12 258	12 086	98.6
Virología	7 455	8 748	10 334	7 174	69.4
Biología Molecular	4 509	4 323	5 170	12 452	240.9
Genética	742	799	816	957	117.3
Total General	901 105	923 171	987 103	1'000,022	101.3

El número de consultas externas ha disminuido y el número de estudios de laboratorio ha aumentado al igual que los egresos hospitalarios, para descifrar el origen de esta situación valdría la pena conocer el número de veces que se interna un

paciente al año, porqué motivos, cuál es el padecimiento de base así como el impacto de los estudios en el diagnóstico. Dentro de los estudios de diagnóstico y tratamiento, también se ubican los radiológicos y de imagen:

Estudios de Radiología e Imagen

Estudios	2008			2009			2010		
	Total	Pacientes	PEP	Total	Pacientes	PEP	Total	Pacientes	PEP
Radiológicos	47,128	24,103	2.0	51,854	24,851	2.1	49,714	26,218	1.9
Tomografías	8,152	3,921	2.1	7,695	3,892	2.0	8,062	4,251	1.9
Ultrasonidos	6,558	5,054	1.3	6,141	4,786	1.3	6,390	4,996	1.3
R Magnética	1,858	1,656	1.1	1,872	1,622	1.2	1,931	1,725	1.1
Med.Nuclear	2,211	2,211	1.0	1,529	1,529	1.0	2,087	2,087	1.0
Angiografía	307	154	2.0	476	215	2.2	347	210	1.7
Totales	66,214	37,099	1.8	69,567	36,895	1.9	68,531	39,487	1.7

PEP = Promedio de Estudios por Paciente

Estudios de gabinete de acuerdo al área de atención. 2008-2010

Área	2008	Pacientes	PEP	2009	Pacientes	PEP	2010	Pacientes	PEP
Hospitalización	32389	9765	3.3	35516	9819	3.6	32905	10846	3.0
Consulta Externa	26668	20716	1.3	29283	22820	1.3	31139	24547	1.3
Urgencias	4946	4407	1.1	4768	4256	1.1	4487	4094	1.1
Total	64003	34888	1.8	69567	36895	1.9	68531	39487	1.7

Otros estudios. 2007-2010

Otros estudios	2007	2008	2009	2010	Var % 09-10
Medicina Nuclear	1 863	2 211	1 529	2 087	136.5
Patología	4 000	3 892	3 929	3 807	96.9
Neurofisiología	3 354	3 430	3 224	3 276	101.6
Biológicos aplicados	5 239	5 843	11 149	11 236	100.8
Sesiones de Rehabilitación					
(Med Física, Salud Mental y Com. Humana)	38 147	30 070	22 527	25 062	111.3

Las sesiones de rehabilitación en sus diferentes modalidades han disminuido en 34 puntos porcentuales respecto a 2007.

Actividades Enfermería

Servicio	TOTAL
	2010
Clínica de estomas	11,045
Clínica de Hemoterapia	1,545
Clínica de catéteres	6,945
Traslado de pacientes	183
Procedimientos realizados en 24 hrs.	887,820
Total	907,538

Comités

Los Comités del Expediente Clínico y el de Estancia Hospitalaria verifican que se cumpla con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998 del Expediente Clínico y con las políticas institucionales.

Actividades Relevantes

- Creación de la clínica de enfermedades de depósito lisosomal.
 - Entrenamiento del Dr. Zarco Román en Barcelona, España para el diagnóstico y manejo de enfermedad de Niemann Pick.
 - Inicio de actividades de Inmunoterapia de Corta Estancia (ICE) y Laboratorio de Eco-cardiografía (LECO).
 - Recertificación bajo los lineamientos de la norma ISO 9001- 2008 del Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales (DACE).
 - Obtención de reconocimiento BIO-RAD por la implementación de procesos de planificación de la calidad, utilizando la metodología 6/sigma en los laboratorios de DACEE.
 - Da inicio las actividades en la Unidad de Inmunoterapia de Corta Estancia (ICE).
 - Conclusión de la Remodelación de Estomatología, con un quirófano.
 - Creación de la Unidad Diagnóstica Gastroenterológica Pediátrica Integral (UDIGAPI).
 - Remodelación de Banco de Sangre.
 - Creación de la Unidad de Fisiología Cardiovascular Cardiología.
 - Se concluye la Unidad de Radioterapia Integral Intermedia para la colocación del acelerador lineal multienergético, PET CT Scan.
 - Certificación por el CSG por tres años.
- La Dirección Medica está organizada en 7 Subdirecciones y 21 Departamentos oficialmente registrados en el organigrama vigente y con modificaciones en proceso.



ADMINISTRACIÓN

Situación Financiera

**Presupuesto Ejercido por capítulos de
gasto. 2007-2010**

Capítulo / Ejercicio	2007	2008	2009	2010
Servicios Personales	551 158.5	602 529.2	634 327.3	702 475.6
Materiales y suministros	171 727.6	191 784.2	243 570.2	391 638.7
Servicios Generales	72 219.9	97 498.0	106 205.5	
Otros corriente	27 428.8	99 000.0	65 613.0	57 883.0
Sub total	822 534.9	891 910.5	984 168.7	1 094 172.3
Inversión Física	116 421.3	34 724.9	42 984.7	21 646.8
TOTAL	938 956.2	926 635.4	1 027 153.4	1 115 819.1

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2007-2010

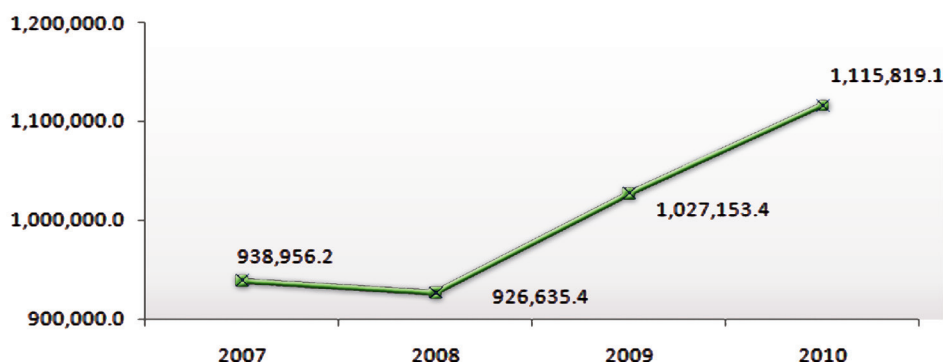
Notas a la Cuenta Pública

2007: Los recursos de terceros se aplicaron de la siguiente manera: Gastos catastróficos (Tabaco), se aplicaron en la actividad prioritaria R010, Inversión Física (\$ 30 465 856), y en la actividad prioritaria R021, en Otros de Corrientes (\$ 27 328 830) y en R010, Inversión Física (\$ 611 557).

2008: Los recursos de terceros se aplicaron en el Programa Presupuestario E022 (\$18,950,749).

2009: De conformidad con los criterios de integración que en años anteriores se han integrado al presupuesto modificado y ejercido recursos de terceros por (\$29,248,504), los cuales se aplicaron en el Programa Presupuestario E022.

2010: Los recursos de terceros se aplicaron al presupuesto modificado y ejercido en el Programa Presupuestario E022 por (\$37 779 123), distribuido al capítulo gasto de operación por (\$34 189 548) y gastos de inversión por (\$3 589 575).

Presupuesto Ejercido 2007-2010

Recursos Humanos

Distribución de personal por área
sustantiva 2007-2010

Área	2007	2008	2009	2010
Dirección General	13	14	ND	12
Dirección Médica	1 525	1 503		1511
Dirección de investigación	230	251		279
Dirección de Enseñanza	238	247		241
Dirección de Administración	450	448		431
Dirección de Planeación	39	38		37
Órgano Interno de Control	11	10		10
Subdirección Jurídica	7	8		7
Sindicato	18	19		14
Total	2 531	2 538		2 542

Nota . 2010 cuenta con 14 trabajadores eventuales

En 2008 se aplicó el Programa de Profesionalización en Enfermería y la Secretaría de Salud autorizó la conversión de 51 plazas, 44 a enfermeras generales tituladas "C" y 7 a enfermeras especialistas "C".

Durante 2009 se obtuvieron 21 plazas de nueva creación para Investigador, las cuales se vieron reflejadas en 2010. Se tiene pendiente la regularización por parte de la SHCP de

las plazas que laboran bajo el esquema de suplencias, esto supondría la actualización de una plantilla mayor de personal, acorde a las necesidades de estructura organizacional del Instituto.

El INP cuenta con diversas comisiones que evalúan el desempeño, otorgan estímulos y recompensas así como apoyan en actividades culturales y deportivas.

Sesiones de Comisiones

Comisión/Sesiones	2007	2008	2009	2010
Escalafón	7	11	ND	11
Productividad	11	12		12
Capacitación	6	8		6
Fomento Deportivo	6	18		6
Seguridad e Higiene en el Trabajo	11	20		19

Cumplimiento a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Comportamiento de adquisiciones y contratación de servicios.

Datos porcentuales

Concepto	2007	2008	2009	2010
Licitación Pública	55.9	57.1	58.1	63.8
Compra Entre Entidades (Artículo 1)	6.6	9.2	6.9	4.4
Causas de Excepción:	20.6	18.2	20.6	14.8
Marca (Fracc. VIII)	3.2	3.7	3.1	1.9
Costos Adicionales (Fracc. III)	0.9	1.6	1.6	1.7
Patente (Fracc. I)	2.4	5.9	4.1	3.9
Art. 41 Fracc II Peligro A Altere El Orden Social	0.0	0.1	0.7	0.0
Desiertos (Fracc. VII)	1.9	0.1	0.0	1.9
Perecederos (Fracc. IX)	3.1	4.7	4.9	4.9
Caso Fortuito o Fuerza Mayor (Fracc. V)	0.0	2.1	3.7	0.5
Reactivos de Investigación (Fracc. XVII)	7.2	0.0	2.4	0.0
Art. 52 Reglamento (LAASSP)	0.7	0.0	0.1	0.0
Art. 38 Parr. II (LAASSP)	1.2	0.0	0	0.0
Adquisiciones Directas	16.2	13.4	12.1	14.4
Invitación Tres Personas	0.7	2.1	2.3	2.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Cumplimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto.

Programa de Ahorro, ejercido. 2007-2010

Concepto	U.de medida	2007	2008	2009	2010	Variación 09-10	
						Absoluta	Relativa %
Gas Natural	GCAL	8,336	7,973	6,570	5,601	-1,899	-25.3
Gasolina	Lts	29,446	30,617	30,082	31,022	-978	-3.0
Energía Eléctrica	kwh	5,517,273	5,709,000	5,446,000	6,379,213	179,213	2.8
Agua	M3	147,002	235,480	186,584	55,721.0	-	-76.3
						180,079.0	
Fotocopiado	Copia	1,289,853	1,183,731	1,288,162	1,416,178	116,178	8.9
Teléfono	Importe	1,740,571	924,292	819,935	824,567	-51,433	-5.8
Impresiones Gráficas	Impresos	2,720,000	2,895.818	2,321,916	2,354,482	-145,518	-5.8

Obra Pública 2007-2010

2007: Durante el ejercicio se concluyó la construcción del Edificio de Consulta Externa y Toma de Productos, obra que agrega a este Instituto una superficie aproximada de 8,500 m² remodelación de los Laboratorios de SADyTRA, con una superficie de 1,800 m², construcción de Cuartos Aislados de Transplante de Medula Ósea, que permiten realizar 4 trasplantes a la vez, Aula de Patología, Electromedicina, entre

otras, así mismo, en apego a la normatividad establecida se adjudicaron contratos mediante licitación pública por un porcentaje del 86% del total ejercido.

2008: Las obras programadas para este ejercicio fueron: la remodelación de la Torre de Investigación, el Bioterio y el área de Rehabilitación y Foniatría y como ampliación al contrato el área de Neurodesarrollo. Se hicieron los proyectos ejecutivos de los pisos 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, del Bioterio de la Torre de Investigación y el de Rehabilitación y Foniatría, por la dificul-

tad de mover al personal y los equipos de las áreas que se remodelaron, se dio inicio con los pisos 9 y 10 de la Torre de Investigación y el área de Neurodesarrollo.

Es importante hacer notar que todos los contratos formalizados para realizar estas obras fueron adjudicados a través de licitación pública, con un importe de 19,900.0 miles de pesos.

Con los recursos asignados a la partida 3504, se realizaron diversos trabajos, dentro de los cuales se puede mencionar la pintura de las fachadas del Instituto, algunos trabajos complementarios para poner en operación el edificio de Consulta Externa, así como diversos trabajos de conservación y mantenimiento de los inmuebles, que permitieron la operación continua de las áreas sustantivas.

En este capítulo se formalizaron 28 contratos que ascienden a 5,353.0 miles de pesos, que aunado al gasto del capítulo 6000 representan el 87% a través del procedimiento de licitación pública.

2009: Se concluyó y se puso en marcha el Área de Rehabilitación y Foniatría, ubicada en la planta baja del Edificio de SADyTRA, así como la construcción de la unidad de Neurodesarrollo.

Por lo que se refiere a los contratos con cargo a la partida 3504 "Mantenimiento y Conservación de Inmuebles" y con apego a la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, se formalizaron 24 contratos por un monto de 1,854,4 mdp.

2010: Adecuación de cuatro áreas consideradas fundamentales para la operación del Instituto Nacional de Pediatría, y en consecuencia de gran impacto a la atención que se brinda a los usuarios:

En Banco de Sangre, se amplió 45 m² el área de laboratorio, se diseñó la alimentación eléctrica de emergencia para que opere de forma independiente de otras instalaciones, incluyendo el sistema de tierra. (3,284.9 mp)

En Estomatología se construyó un quirófano de alta especialidad, con áreas de recuperación y observación directa hacia el quirófano, con su propia SUBCEYE, lo cual permitirá en el futuro inmediato liberar los quirófanos centrales y consecuentemente disminuir tiempos de espera en estos últimos. (2,244.0 mp)

Se proyectó y construyó la Unidad de Diagnostico Integral de Gastroenterología, la cual incluye cinco (5) camas de atención y área de procedimientos menores, lo que permitirá ampliar la cobertura del servicio. (399.7mp)

En Cardiología se diseñaron espacios específicos que permitieron la creación de la Clínica de Insuficiencia Cardiovascular y el área de recuperación. (1,793.9mp)

En estas cuatro obras se buscó no sólo remodelar espacios físicos, sino que desde origen los objetivos fueron la funcionalidad, la mejorara de la imagen y la reducción del costo por acciones de conservación y mantenimiento a mediano plazo esto último, con base a la utilización de nuevos materiales en plafón (aluminio), en acabados (pastas cien por ciento lavables), y en pisos (mármol), materiales que sustituyeron a los plafones metálicos, las pinturas y a las losetas vinílicas, respectivamente.

Asimismo debe destacarse la contratación del servicio relacionado con la obra pública inherente a la elaboración del Proyecto Ejecutivo de Urgencias y Área de Contingencias, lo que permitirá gestionar ante diversas instancias el financiamiento respectivo.

Es importante mencionar que la construcción y equipamiento de la Unidad de Radioterapia Integral Pediátrica, donadas por la Fundaciones Teletón México, A. C. y Gonzalo Río Arronte, A. C., implicó que el INP contratara los servicios de un Director Responsable de Obra y sus Corresponsables, con un costo aproximado de 85.2 millones de pesos.

Fuente: Carpetas de Junta de Gobierno 2008-2011. Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2007-2010.



CONCLUSIONES A LA SITUACIÓN ACTUAL. LA CONTINUIDAD COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA.

Se ha avanzado decididamente sobre las estrategias formuladas en el 2005, hay nuevos retos por vencer. Una vez que las acciones se han consolidado surgen nuevas y más complejas necesidades, es muy importante que la continuidad vaya por la misma directriz en donde la gestión de los recursos necesarios será una asignatura por cumplir.

El propósito constante es la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, por lo que la gestión de recursos tendrá que ir en este sentido. Es necesario que el modelo de gestión tenga como enfoque, detectar las deficiencias en la calidad de la atención y prever gestiones orientadas a la actualización permanente de la tecnología para el diagnóstico y tratamiento, así como el desarrollo continuo de los recursos humanos con una orientación humanística como principio rector.

Enfermería como piedra angular en la atención a la salud debe consolidar un modelo continuo de cuidados orientando y actualizando a las más de 800 enfermeras que han hecho de la atención un componente básico de las ciencias de la salud.

Por ello la investigación y la docencia deben dar continuidad a la producción y reproducción de conocimientos, que actualicen y dirijan a las mejores competencias la formación profesional y de los recursos humanos para la salud. Modernizar las acciones de estas áreas no solo con el desempeño sustantivo de investigar y enseñar, en ese orden lógico, sino propiciar una mejor administración y conducción de éstas, para hacer del cambio de actitudes y la adquisición de aptitudes un resultado tangible en el menor plazo posible.

No se omite comentar que el apoyo financiera tendrá como nicho natural al desarrollo sustentable, en donde las personas, los servicios y los bienes del hospital tendrán que ser equitativamente distribuidos para las mejores prácticas profesionales de la salud.

Cada trabajador dará continuidad a nuestro proyecto, al hacerlo así, trabajar en el INP implicará estar en un lugar donde se tenga una esperanza de oportunidades de desarrollo y para los pacientes y su familia, el lugar donde seguramente tendrán el remedio o el consuelo a sus enfermedades.





Capítulo 4. ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO



Capítulo 5. ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO

CONTINUIDAD: CRECIMIENTO, DESARROLLO E INNOVACIÓN.



Servicio de Ortopedia: Dr. Agustín Isunza , Oscar Guerrero, y equipo de médicos adscritos

El análisis estratégico es una forma de planteamiento de las perspectivas del medio interno y el contexto de la organización, el reconocimiento de las fortalezas y las debilidades permitirá al interior de la organización realizar una matriz de convergencias con las oportu-

tidades y amenazas que permitan dimensionar los logros y dibujar nuevas estrategias para el INP en el período 2011-2016.

Este análisis se presenta para fines del proyecto con la filosofía de la integración, ante un modelo que permita dar pauta para el diseño enfocado en la gerencia de servicios de salud, donde las funciones del sistema estén orientadas a la continuidad, su crecimiento e innovación.

Esto permitirá construir una red de problemas, que al reconocerlos implicará aprovechar las fortalezas para generar oportunidades de desarrollo organizacional.

Metodología para la integración diagnóstica del INP



Análisis Interno y Externo: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas

Fortalezas del INP. Capital institucional

Derivado del informe de actividades del INP de 2010 y de la información disponible de gestiones anteriores, se observa una evolución en la transformación de las debilidades en fortalezas. La metodología de abordaje para combatirlas se convirtió en un Modelo de Gestión del Sistema de Trabajo Institucional.

En este proyecto de trabajo, la **continuidad** es la pauta y debe reconocer las estrategias que se describen a continuación:

1. Se operacionalizó el concepto de reingeniería con cambios físicos, de procesos y de recursos que se aplican en la gestión de los resultados de investigación, de enseñanza y de la atención a la salud.
2. Se confrontaron las debilidades y las amenazas para su abordaje, aplicando barreras para la contención de las amenazas.
3. Se realizaron acciones para aprovechar las oportunidades directamente con las fortalezas institucionales identificadas en un contexto sistémico, en donde fue evidente que el combate a las debilidades en la estructura generó productos inmediatos al proceso y los resultados.
4. Como parte del modelo de gestión institucional, fue cerrar la pinza con proyectos integrales, que en un concepto más complejo de horizontalidad, generó resultados muy importantes en la organización de la institución como la integración del área de atención ambulatoria.
5. Basados en el tercer precepto funcional del PNS, la gestión de recursos y su confluencia, se apoyo con el Seguro Popular y el SMNG, afiliando a casi 1 de cada 4 pacientes que atiende el INP.
6. Enfocar a la institución hacia la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, representó un gran esfuerzo y movilización en la cultura organizacional para recertificar con los nuevos estándares de la Joint Co-

mission, aplicados por el Consejo de Salubridad General, al INP en 2011.

Evidencia de la aplicación del Modelo de Gestión Institucional

1. Un ejemplo de reingeniería fue la concepción de un modelo integral de los sistemas de laboratorio de análisis clínicos, sobre la obsolescencia, la falta de materiales, equipos, proceso con necesidades de renovación, mala calidad de los resultados de laboratorio, entre otras debilidades, teniendo como fortalezas la capacidad de los profesionales, diseñados proyectos de reorganización, preparación para la certificación ISO de algunos procesos, como oportunidades la posibilidad de comodatos, financiamiento del Fondo del Tabaco. Los resultados fueron:

- a. La reorganización y reconstrucción de toda la planta física.
- b. Renovación de todo el equipo.
- c. Sistematización de los procesos de análisis clínicos y laboratorio.

Un trabajo ininterrumpido, que se complementó con la capacitación del personal y la certificación de organismos nacionales e internacionales que acreditaron a los laboratorios y tomas de productos como uno de los 150 mejores laboratorios a nivel global, incremento de la productividad de 400 mil pruebas de laboratorio a 1 millón al año, se redujo el tiempo de envío de muestras de 4 horas a 1 minuto y todos los resultados se pueden consultar en el expediente electrónico.

2. Combatir la **convergencia amenazas-debilidades** otro principio táctico. Ejemplo de estas acciones tácticas fue la reingeniería de la consulta externa. Un análisis minucioso de investigación operativa contempló al INP como un todo sistémico, la primera observación fue la gran movilidad de personas por pasillos y escaleras en donde la circulación promedio era de 170 personas por minuto como flujo regular en pasillos y espacios de atención, el segundo hecho, para tomar una consulta de primera vez se tenían que entrevistar a 9 personas de 5 departamentos diferentes y deambular casi 2 mil m² para una consulta de no más de 40 minutos, duran-

te una espera de 7 horas en promedio. Para resolver lo anterior se construyó el área de consulta externa, toma de productos, rehabilitación, neurodesarrollo (4,300 m²), aprovechando áreas de consulta externa antiguas para oncología y odontología de gran demanda asistencial. La reingeniería permitió contener el flujo de casi 3,500 personas al día, reducir el tiempo de espera de 7 horas a 40 minutos y los pasos para el trámite de la consulta de 24 a 11.

3. La reingeniería de los servicios de **neurodesarrollo y rehabilitación**, constituyen hoy una fortaleza del INP, obliga a la continuidad, desarrollo e innovación, por el servicio que dan a los pacientes y la capacidad que tienen de generar recursos humanos para la salud a centros como TELETON, y otros.

4. Sistematización electrónica de los procesos de atención en un concepto integral de Gestión de la calidad para mejorar el control y la **regulación institucional**. Las acciones aplicadas contra las debilidades de estructura general en 2005 fueron:

a. El diseño e implementación del **Expediente Clínico Electrónico**, previo a su instalación requirió la alineación de los procesos de trabajo institucionales y su certificación en 2006 por el Consejo de Salubridad General y en 2007 con la certificación ISO 9001-2000 para todos los procesos médicos, de laboratorios y de Banco de Sangre abarcando a un 78% de toda la estructura y funcionalidad del INP, con lo que se incrementó la capacidad de sistemas informáticos para interoperar laboratorios, inventarios, farmacia e imagenología con el expediente electrónico.

5. Financiamiento integral por recursos propios pagados por el **Fondo para gastos catastróficos**. La recuperación de fondos del **Seguro Popular** por registro de pacientes con enfermedades autorizadas por el fondo de Gastos Catastróficos ha permitido la recuperación de un total de 65 millones de pesos, como recursos propios. Se ha calculado que 1 de cada 4 pacientes de primera vez y hospitalizados cuentan en la actualidad con el apoyo del Seguro Popular y este apoyo financiero ha permitido que los recursos propios se incrementen de 4.3% hasta 27% del presupuesto del gasto corriente anual.

6. Obra pública y equipamiento. Al inicio del 2005 se contaba con 58,000 m² de superficie construida. Se agregaron 10,000 m² de construcción a lo que se agregaron 20,000 m² rehabilitados para 2010, con lo que se incrementó la planta física en 23.5% y se rehabilitaron 40% de los espacios físicos del INP. Actualmente 80% de la planta física se encuentra en óptimas condiciones y 10% en condiciones aceptables y buenas y sólo 10% requiere remodelación. La inversión total de 2005 a 2010 en obra pública fue de 263 millones de pesos.

7. En equipo electromédico y de laboratorio se sustituyó y se adquirió equipo para el 78% de los procesos de atención y de investigación. El total invertido en equipamiento y laboratorios al cierre 2010 es de 264.1 millones de pesos, a lo anterior se agregó el área de radioterapia integral.



Dirección Médica: Dr. Jaime Ramírez Mayans, Dr. Alejandro Serrano y Dr. Juan Pablo Villa

Proyectos institucionales en evolución:

Fortalezas que impactarán en la salud de la infancia, la adolescencia y la familia.

Mapa de ruta en **investigación científica**. La investigación científica del INP tiene un espectro desde la generación de conocimiento a nivel molecular, genética, tisular, de organismos uni y pluricelulares, hasta los estudios clínicos e impacto en la población. Su sentido general son las prioridades nacionales de problemas de alto impacto a la salud, elevado costo e interés científico. Ha sido necesario vencer retos como el posicionamiento científico, el financiamiento y la formación de recursos humanos para la investigación.

En el área de formación de recursos humanos en **Enseñanza** se ha consolidado la formación de especialistas, la educación continua de los egresados, la actualización de los médicos generales y enfermeras en pediatría.

Existe un proyecto de vanguardia de **Farmacia Hospitalaria** como un ejemplo de transdisciplinariedad, donde el propósito principal es transformar el almacén de farmacia en una farmacia hospitalaria profesionalizada y automatizada, como una estrategia de acceso y uso racional de medicamentos esenciales en pediatría.

Otro proyecto en evolución es la alianza estratégica del INP con el Seguro Popular, Teletón y la Fundación Río Arronte en el desarrollo de la unidad de **Radioterapia integral**.

En fase de integración y análisis se encuentra el conjunto de **Unidades de excelencia de Corazón y Cáncer**, en donde se pretende integrar la alta especialidad a un bloque de servicios para reducir el impacto de estos daños a la salud como enfermedades prevalentes.

Las fortalezas están concentradas en los siguientes rubros:

1. Planta física incrementada y remodelada.
2. Equipamiento de vanguardia.
3. Alineación y certificación de procesos de atención y de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
4. Formación profesional de excelencia en investigación, en medicina de alta especialidad, enfermería y apoyo en la enseñanza a instituciones académicas.
5. Procesos financieros sin observaciones, incremento del presupuesto global, federal y de ingresos propios por el Seguro Popular y donativos externos.
6. Recursos humanos comprometidos y de formación excelente.
7. Investigación científica de alto nivel, financiada y apegada a prioridades nacionales.

INVERSIÓN REALIZADA EN EL PERIODO 2005-2010

No	Año	Descripción	M2	Obra pública	Equipo médico	Mobiliario y equipo admvo [§]	TOTAL
1	2006-2007	Construcción del edificio de C.E	6600	61,096,150.00	19,063,715.33	9,122,486.00	89,282,351.33
2	2008	Bioterio en investigación Neurodesarrollo	554 430	6,170,155.42 6,650,907.80	37,349,198.00	9,946,338.67	67,195,537.28
3	2005-2006	Pisos 8, 9 de la Torre de Investigación Remodelación del primer piso del edificio de hospitalización: hospitalización, Unidad de hemodiálisis y terapia ambulatoria	2,800	25,905,225.00	34,412,241.33	3,788,979.00	64,106,445.33
4	2006-2007	Laboratorios de análisis clínicos	1800	11,634,324.00	23,070,247.00	6,000,000.00	40,704,571.00
5	2009	Rehabilitación, Ortopedia, Foniatría y Otorrinolaringología (Tercery primer piso de la torre de investigación)	1,245	12,524,884.00	4,729,303.33	4,973,169.33	22,227,356.67
6	2005	Resonancia magnética			20,214,447.00		20,214,447.00
7	2008	Sistema complementario de atención automatizada			14,639,031.00		14,639,031.00
8	2007	Elevadores		14,500,000.00	9,000,000.00		14,500,000.00
9	2009	Farmacia hospitalaria					13,000,000.00
10	2008	Áreas exteriores:		2,394,298.72			2,394,298.72
11	2006-2007	Archivo General	750	2,249,898.72			2,249,898.72
12	2006-2007	Cuidados intensivos cardiovasculares e inhaloterapia	240	1,852,241.90			1,852,241.90
13	2006	Aulas de enseñanza		1,800,000.00			1,800,000.00
14	2006	Auditorio					
15	2007	Remodelación planeación		1,600,000.00			1,600,000.00
16	2007	Sistema de internet y telemedicina			1,200,000.00		1,200,000.00
17	2006	Área para criopreservación	30	679,438.84			679,438.84
18	2006	Aire acondicionado		434,268.34			434,268.34
19	2006-2007	Ahorro de energía		722,159.23			722,159.23
20	2006-2007	Sustancias volátiles	60	341,068.47			341,068.47
21	2009	Programa de Adquisición de Ambulancias y Vehículos 2009				249,728.00	249,728.00
22	2005-2009	Equipamiento y actualización tecnológica**			60,394,542.95	6,758,964.14	67,153,507.09
23	2010	Unidad de Radioterapia	1,600	45,000,000.00	28,000,000.00	2,000,000.00	75,000,000.00
24	2010	Remodelación Área de Cardiología	800	1,600,000.00	1,500,000.00	350,000.00	3,450,000.00
25	2010	Remodelación de Estomatología	830	2,300,000.00	650,000.00	240,000.00	3,190,000.00
26	2010	Banco de Sangre	670	1,800,000.00	300,000.00	160,000.00	2,260,000.00
		TOTAL A DICIEMBRE DE 2010	18,409	208,333,958	254,522,726	43,589,665	510,446,349.00

* Los montos reportados en equipo médico especializado, mobiliario y equipo administrativo contienen otros equipos que se adquirieron para otras áreas.

** El equipo médico que destaca por su monto es: Sistema de digitalización para rayos X, Ventilador Adulto - Pediátrico - Neonatal, Sistema de ultrasonido IE33, Monitor de signos vitales, Estación de cuidados respiratorios, Incubadora Caleo con monitoreo térmico para la atención en cuidados intensivos para neonatos, Cunas de calor radiante y Máquina de Anestesia Avanzada.

Fuente: Cuenta pública 2005-2008, Avance físico financiero 2009 y Sistema Integral de Administración del Almacén General 2008-2009.

Debilidades del INP. Áreas de oportunidad para alcanzar la misión institucional

Es necesario insistir que como parte del pensamiento sistémico para el funcionamiento de la Institución y la inclusión del INP en el contexto de la organización del Sector Salud.

Se han tomado en cuenta las debilidades que generan círculos viciosos en torno a los tres elementos de la rectoría del sistema, regulación, gestión de recursos y financiamiento de las actividades. La falta de regulación de procesos, por falta de programas y manuales de procedimientos en áreas administrativas y jurídicas impide a otras áreas sustantivas generar una perspectiva presupuestaria y por tanto programas reales para mejorar el desempeño.

Por ejemplo en atención médica, el costo se incrementa día a día por la complejidad de los padecimientos que trata el personal del INP. La transición epidemiológica de la pediatría hacia el cáncer y las malformaciones congénitas van por delante de la generación del conocimiento.

El desarrollo de subespecialidades también es incesante y en pediatría en particular no se ha realizado la transferencia tecnológica en cuanto al conocimiento adquirido a unidades de menor complejidad. Las unidades de primero y segundo nivel tienen poca injerencia en la evolución del manejo de pacientes y por tanto existe en el tercer nivel saturación de los servicios y sobredemanda, dispendio de recursos y una proporción no definida de padecimientos que corresponden a otros niveles de atención. La muestra de los anterior es el servicio de urgencias que solamente identifica como urgencias clasificadas a menos del 30% de la demanda para valoración. Otro ejemplo lo constituye las altas del hospital hacia otros niveles de atención que son menores al 25%, los pacientes se quedan en el INP como usuarios permanentes. Todo lo anterior propicia un alto costo en gasto corriente para el área asistencial y una difícil asignación de recursos para el área de investigación.

Reevaluar la capacidad tutorial en las rotaciones de los médicos residentes

Consideramos como debilidades con enfoque sis-

témico la actualización tecnológica de punta para el diagnóstico y tratamiento, al incrementarse el uso de exámenes de laboratorio casi al doble y el costo de los reactivos va en ascenso. Se tiene un uso de los resultados registrados en expediente clínico solamente del 70% o menos en los registros de rastreo con la metodología de CSG. Esta tecnología implica mayor consumo de energía, mejor conectividad e interoperabilidad con los sistemas informáticos, la organización y el análisis de operaciones va rezagado en función del desarrollo tecnológico y la dependencia de los costos de mantenimiento y refacciones importados o subrogados por empresas.

Por lo anterior el análisis estratégico tiene una característica en este proyecto, está dirigido a plantear acciones que permitan contener riesgos de operación que impidan el cumplimiento de objetivos; y dirigido al planteamiento de estrategias que den continuidad a los diversos proyectos en marcha y paso a la innovación.

Por tanto la **continuidad** para alcanzar la misión debe estar enfocada a mecanismos gerenciales que impulsen la coordinación y la comunicación de quienes participan en cada subsistema con productos y usuarios concretos, además del mantenimiento de las fortalezas institucionales siempre con un pensamiento sistémico.

Es un hecho que la complejidad conceptual tiene que aterrizar necesariamente en resultados y estos pueden iniciar determinándose por la finalidad fundamental que es para cualquier sistema sanitario la ganancia en salud para la población usuaria.

Principales debilidades del INP

Hace falta completar la automatización de los procesos administrativos y del expediente clínico electrónico.

Es necesario que todos los servicios cuenten con documentación básica de programación y presupuestación, apegada a resultados y consolidar el Programa Interno de Mejora Regulatoria.

Que todos los procesos se incluyan en el programa de transparencia y rendición de cuentas.

Consolidar el Sistema de Atención a usuarios, con ventanillas únicas y certificar con instrumentos de calidad así como unificar el sistema de información en salud.

Consolidar el modelo de enseñanza para mejorar la educación continua y la capacitación del personal.

Consolidar y continuar el desarrollo del Sistema de Gestión de medicamentos.

Es necesario reforzar la vinculación entre las sustantivos y de apoyo.

Oportunidades como medios de fortalecer a la Institución en el cumplimiento de la Misión

La organización del Sector Salud en México, el avance en infraestructura y el abordaje operativo y conceptual de la salud expresado en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud son oportunidades muy importantes para la **continuidad y la innovación** de las acciones futuras del INP.

En este sentido la organización de las instituciones que conforman al Sector Salud y otros sectores del gobierno mexicano, deben ser vistas como oportunidades, dado que cada dependencia del Estado tiene desarrollos metodológicos, técnicos o gerenciales que deben ser vistos como recursos de apoyo para el INP.

Señalaremos nuevamente que una oportunidad importante para el INP es la estructura del Seguro Popular, la cual debe ser fortalecida internamente por las propuestas de gestión en las que se ha participado activamente, es una instancia no solamente de recursos sino de un nuevo enfoque del acceso a la salud, más ordenado, que permite contender a fondo con los problemas sanitarios a los que se enfrenta cotidianamente el INP.

La Gestión de la Calidad es un hecho en las acciones y

la cultura organizacional del INP, el nuevo enfoque de la certificación por el Consejo de Salubridad General ha establecido estándares del paciente, de gestión y metas universales que ponen a punto a la organización en forma homologada con el resto de las unidades de salud, el INP tiene propuestas concretas y ha sido motivo de colaboración con una extensa red de hospitales dentro y fuera del país.

Existen fuentes de financiamiento para proyectos de inversión, infraestructura y desarrollo que deben ser aprovechados para fortalecer al INP, así como la necesidad de desarrollo de modelos y colaboraciones técnicas, gerenciales y en salud para el nivel nacional e internacional. El INP es convocado continuamente por su trayectoria por organismos de diversa índole en torno a los problemas de salud enfermedad de la población pediátrica no solo en el ámbito de la asistencia médica sino también en la gestión de evidencia científica y desarrollo de recursos humanos.

La experiencia en el ámbito de informática médica, la farmacia hospitalaria, el desarrollo de sistemas de gestión, áreas médicas y de enfermería, así como del personal biomédico, entre otras muchas fortalezas colocan en un liderazgo compartido a México, en INP.

Las oportunidades han variado y han sido trasladadas

a fortalezas a los largo de las administraciones institucionales, por lo tanto la **continuidad y la innovación** deberá seguir el camino de su identificación, el desarrollo de metodologías de gestión, la medición de capacidades y sobre todo su control bajo una premisa de beneficio patente para el INP como institución.

tonomía nacional en alta tecnología médica y de medicamentos camina a un costo inalcanzable y frecuentemente de la mano con la obsolescencia así como el mantenimiento y sustitución de equipos.

Es necesario poner atención, en el análisis organizacional (FODA), en la intersección de las debilidades y

Un cúmulo de oportunidades para el INP

Instituciones nacionales e internacionales con recursos y fuentes de financiamiento externo importantes, dispuestas a la cooperación técnica y desarrollo de patentes.

Necesidad del personal de salud de formarse y actualizarse en pediatría y centros académicos que quieren colaborar con el INP.

Necesidad de las universidades nacionales y extranjeras de campos clínicos de excelencia para formar y actualizar personal de salud.

Programas mundiales y nacionales que fomentan la seguridad del paciente y la calidad de la atención con modelos probados de auditoría y de acción.

Guías clínicas y protocolos de atención alineadas a procesos de investigación.

Creación de hospitales de alta especialidad.

Nuevos paradigmas académicos y medios para enseñanza aprendizaje.

Amenazas. Cambios en el contexto y acciones anticipatorias

Las amenazas generalmente están ligadas a la inestabilidad de los precios de los insumos para la salud, relacionados con el ajuste de salarios por parte del personal y la situación social y económica de la población.

En el INP mucho de los cambios que afectan a otras entidades sanitarias del país repercuten en el incremento de la demanda y de insumos sanitarios, tal es el caso demostrado en situaciones de alarmas epidemiológicas donde se desarrollan picos estadísticos de demanda y costos elevados e imprevistos.

Otras amenazas están constituidas por los cambios en el patrón de morbilidad y la aparición de enfermedades que requieren mayor especialización como el cáncer, los problemas congénitos y metabólicos en la edad pediátrica, representan una amenaza por la falta de especialistas en otros hospitales pediátricos nacionales y los costos de la atención.

El avance tecnológico acelerado y la necesidad de au-

las amenazas, pues éstos puntos requieren acciones urgentes a resolver.

Un ejemplo de esta confluencia entre debilidades y amenazas es la obsolescencia de los sistemas de informática administrativa y la falta de capacitación del personal para el uso de Tecnologías de Información, ante la necesidad de un manejo de información automatizada en la gestión de documentos.

Otra confluencia, la necesidad creciente de órganos para trasplante como amenaza frente a la debilidad de formación de recursos que activen la respuesta social organizada en la institución, la pérdida continua de la participación de grupos de usuarios genera problemas en la atención y falta de cultura de donación de órganos.

Principales amenazas que deben detonar acciones anticipadas.

Riesgos financieros, inflación, incremento de precios y techos presupuestales asignados.

Transiciones epidemiológica, social y demográfica, con nuevos padecimientos o prevalencia de aquellos de mayor complejidad, costo elevado, para su atención y estudio.

Costo de nueva tecnología y acceso al conocimiento.

Competitividad del medio y poca colaboración en áreas de gestión del conocimiento.

Nuevas tecnologías educativas no asimiladas por las generaciones de profesionales en el INP.

Baja eficiencia de las unidades de menor complejidad y saturación de la capacidad instalada.

Epidemias y contingencias en salud.

Matriz de Convergencia en el Análisis FODA. Identificación de Riesgos.

El siguiente análisis de convergencia de los factores internos y externos permite identificar la magnitud en que los riesgos pueden influir en el desempeño institucional y se presentan divididos en 4 categorías:

I. **Riesgos controlados.** Los que surgen de la convergencia de fortalezas y oportunidades, requieren ser tomados en cuenta de manera permanente con acciones dirigidas a su vigilancia y control.

II. **Riesgos que requieren revisión periódica.** Son aquellos para revisión de las tácticas (metodologías) por todos los servicios institucionales, serán la pauta para el desglose de políticas sobre las áreas sustantivas y son el resultado de la combinación de las oportunidades y las debilidades.

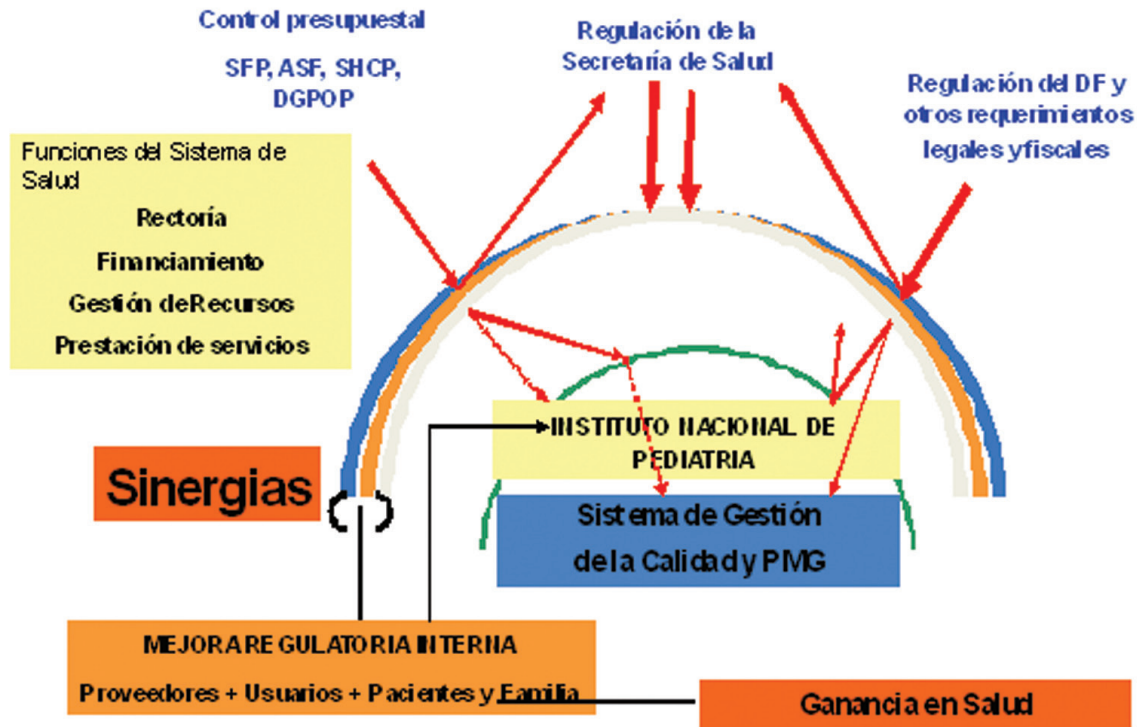
III. **Riesgos que requieren seguimiento.** Resultado de la convergencia entre las amenazas y las fortalezas, que requieren acciones de vigilancia debido a que las amenazas no están en el ámbito de control interno de la institución y deben generar acciones defensivas.

IV. **Riesgos de atención inmediata.** Son riesgos que pondrán en peligro a la organización en corto plazo y pueden romper la armonía y la **continuidad de las acciones proyectadas.**

Los riesgos que implican la convergencia de las debilidades con las amenazas (IV), son de carácter operativo y urgente, lo que implica redireccionar a la institución y dejar explícitos sistemas de vigilancia y control de estas acciones. Tales sistemas de vigilancia son los comités hospitalarios, el sistema institucional de gestión de la calidad, la supervisión de los mandos medios, el órgano interno de control, entre otros, aunados a registros y sistemas informáticos que den oportunidad y confiabilidad a la información. Estos mecanismos ya se encuentran vinculados a la estructura y a los procesos institucionales y deben seguir bajo el **Programa de Control Interno.**

En el desarrollo de la mejora regulatoria se proyecta anticipar acciones frente a los riesgos, toda la regulación que proviene de Gobierno Federal, en particular la Secretaría de Salud, del Gobierno del Distrito Federal, deben tener una correspondencia interna y ser revisada periódicamente para su cumplimiento y adecuación, este proceso se ha llevado a cabo en el INP bajo el Sistema de Gestión de la Calidad con el siguiente esquema:

Marco regulatorio del INP



Fuente: UNESCO. Alineación legal Universal a local. 2002. Proyectos medio ambiente.



CONVERGENCIA DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

MEDIO INTERNO MEDIO EXTERNO	Lista de fortalezas <ol style="list-style-type: none"> 1. Planta física incrementada y remodelada y profesionales de excelencia. 2. Equipamiento de vanguardia. 3. Alineación y certificación de atención y SADyTRA 4. Formación profesional de excelencia y apoyo en enseñanza a instituciones académicas. 5. Procesos financieros sin observaciones, incremento del presupuesto global, federal y de ingresos propios por el Seguro Popular y donativos externos. 6. Investigación científica de alto nivel, financiada y apegada a prioridades nacionales. 7. Modelos de atención. 8. Tasa controlada de infección nosocomial 	Lista de debilidades <ol style="list-style-type: none"> 1. Incompleta automatización de procesos. 2. Faltan programas-presupuesto orientadas a resultados y consolidar PMG. 3. Necesidad de que procesos se incluyan en transparencia y rendición de cuentas. 4. Consolidar el Sistema de Atención a usuarios certificar y unificar el sistema de información. 5. Consolidar el modelo de enseñanza y mejorar la educación continua y la capacitación del personal. 6. Consolidar el Sistema de Gestión de medicamentos. 7. Es necesario reforzar la vinculación entre las áreas. 8. Falta de titulación oportuna de residentes.
Lista de oportunidades <ol style="list-style-type: none"> 1. Instituciones nacionales e internacionales con recursos y fuentes de financiamiento externo importantes. 2. Necesidad educación en pediatría. 3. Necesidad de instituciones académicas para formar personal de salud. 4. Programas mundiales y nacionales que fomentan la calidad y seguridad. 5. Guías clínicas y protocolos de atención alineadas a procesos de investigación. 6. Creación de HRAES. 7. Nuevos paradigmas de enseñanza. 	I. RIESGO CONTROLADO <p>Pérdida de continuidad si se descuidan las fortalezas.</p> <p>Interrupción de proyectos si se abandona el mapa de ruta.</p> <p>Observación de la Secretaria de la Función Pública si se pierde el control de proyectos.</p> <p>Desaprovechar la oportunidad de mejorar programas académicos.</p> <p>Perder el referente académico de excelencia si no participa activamente.</p> <p>Desaprovechar oportunidades de financiamiento externo.</p> <p>Pérdida del control de infecciones nosocomiales.</p>	II. REVISION PERIÓDICA <p>Retraso en la ejecución de actividades por falta de automatización de procesos.</p> <p>Obsolescencia en educación de alta especialidad.</p> <p>Falta de previsión de recursos y deficiente orientación de las acciones por falta de programas alineados a presupuestos.</p> <p>Dificultad para aprovechar los programas de enseñanza a distancia y los instrumentos de diagnóstico y tratamiento.</p>
Lista de amenazas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos financieros, inflación, incremento de precios y techos presupuestales asignados. 2. Transiciones epidemiológica, social y demográfica, con nuevos padecimientos o prevalencia de aquellos de mayor complejidad, para su atención y estudio. 3. Costo de nueva tecnología y acceso al conocimiento. 4. Competitividad del medio y poca colaboración en áreas de gestión del conocimiento. 5. Nuevas tecnologías educativas no asimiladas por las generaciones de profesionales en el INP. 6. Baja eficiencia de las unidades de menor complejidad y saturación de la capacidad instalada. 7. Epidemias y contingencias en salud. 	III. REQUIERE SEGUIMIENTO <p>Reacción tardía ante cambios en la economía, inmovilidad financiera para adquisición anticipada y consolidada.</p> <p>Posibilidad de riesgo por exceso de demanda de atención a combatir con elementos educativos de áreas intensivas en temas selectos de pediatría, con sistemas de Referencia y Contrarreferencia.</p> <p>Riesgo de obsolescencia y pérdida de vanguardia si se desactualiza la plantilla docente.</p> <p>Sobredemanda de atención y amenaza de epidemias puede propiciar que se pierda el control ante la eventualidad.</p> <p>Desbalance en el surtimiento si no se toman en cuenta previsiones contables frente a los cambios económicos y del presupuesto.</p>	IV. ATENCIÓN INMEDIATA <p>Incremento en los costos de atención por falta de sistematización de procesos.</p> <p>Mala calidad de medicamentos e insumos a la salud si no se controla el desperdicio y se adecúan los programas.</p> <p>Riesgo de incurrir en falta frente a la mala previsión de programas que incluyan transparencia y rendición de cuentas.</p> <p>Desconfianza del personal y deterioro del clima organizacional ante la falta reorganización de ciertas áreas.</p> <p>Heterogeneidad en la aplicación de las normas por falta de definición en la normatividad.</p>

Fuente: Modificado del FODA del Programa 2010-2015. Dirección General.



Ante la complejidad del FODA y los enunciados, que van desde planteamientos muy operativos hasta situaciones que ponen en riesgo áreas estratégicas, es necesario que éstos últimos lleven consigo acciones de control según el grado de urgencia en su atención, como por ejemplo el manejo de medicamentos, el clima organizacional en áreas como enfermería, investigación, cirugía, entre otros.

Plantear el control de riesgos con acciones concretas nos lleva a cumplir con los preceptos de la Secretaría de la Función Pública, que tiene como premisa el mapeo de situaciones que ponen en peligro las metas de la institución mediante el establecimiento de un programa de Control Interno.

Acciones de control inmediato para riesgos Institucionales

Prioridad	Acción
1	Proponer las bases de vinculación, comunicación y políticas institucionales.
2	Identificación de necesidades de proyectos y liderazgo para su ejecución.
3	Diagnóstico de riesgos y necesidades directo con los servicios de atención.
4	Listado de organizaciones y personas involucradas en actividades del INP así como aquellos proveedores de servicios e insumos para la salud.
5	Verificación de los modelos y puntos de partida para la organización de la investigación, la enseñanza, la asistencia y enfermería, en particular con principios y valores para dar continuidad a la misión y la obra del INP.
6	Evaluación del desempeño, planteamiento de objetivos, definición de metas y programas de trabajo alineados al presupuesto. Análisis y continuidad de los proyectos así como fortalecer el funcionamiento.
7	Evaluar el programa de Enseñanza, replantear el modelo educativo y dar continuidad al desarrollo de mapas curriculares bajo un concepto integral de planeación educativa para fortalecer la educación continua y el desarrollo de materiales educativos.
8	Fortalecer la toma de decisiones con metodologías homogéneas.
9	Verificar la correspondencia de los recursos disponibles y proponer opciones de mejora continua.
10	Identificar los puntos de mejora y dar continuidad a las áreas que gestionan recursos en general, fortalecer el esquema interno del Seguro Popular. Profesionalizar las áreas de gestión de recursos.
11	Revisión y planificación de etapas para la consolidación de los sistemas informáticos y de la unidad de información en salud.
12	Fortalecer los círculos virtuosos: Cardiología, Hemato-oncología, Farmacia Hospitalaria, Laboratorios de análisis clínicos, Consulta Externa.
13	Realizar reingeniería de soporte a Cirugía, enfermería y áreas de servicios al paciente y su familia.
14	Documentar los procesos de trabajo en áreas administrativas y adosar a consumos hospitalarios.



Capítulo 6.
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA:



Capítulo 6. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA:

Marco Lógico- Mapeo de Riesgos: Una base sólida para la priorizar acciones y obtener resultados.



El análisis de los problemas para proponer soluciones que den continuidad a las acciones de mejora continua del INP, se realizó con la Metodología del Marco Lógico, apoyado con la construcción de Mapa de riesgos para proponer las estrategias de continuidad institucional y agregar pautas de innovación.

El Plan Estratégico del INP tiene diversos retos, dar continuidad a la obra que ha tenido frutos muy importantes en el desarrollo de la institución, plantear acciones para los primeros días que permitan anticiparse a los riesgos del Instituto, generar confianza entre los colaboradores, redireccionar los proyectos pendientes e innovar para los retos en salud a futuro.

Principios del proyecto para la Dirección General 2011-2016.

1. La **continuidad** y la innovación son los principios rectores del proyecto, para dar coherencia a todos los avances del INP.
2. La **Calidad** de los servicios y la **seguridad del paciente y su familia**, son directrices del trabajo cotidiano que deben reflejarse en los programas de la Institución.
3. **Los profesionales** que laboran en el INP deben gozar de un ambiente laboral digno, que de certidumbre a su desarrollo personal y a su desempeño en el trabajo.
4. Considerar que **El Pensamiento Sistémico** es el modelo estratégico de todas las propuestas de acción.

Misión y Visión Institucional

Misión del Instituto Nacional de Pediatría

La Misión del Instituto Nacional de Pediatría es el **desarrollo de modelos de atención** a la infancia y adolescencia a través de **la investigación** científica básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la **formación y el desarrollo de recursos humanos** de excelencia, para la salud, así como de la **asistencia en salud de alta especialidad con calidad y seguridad**, constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

Visión

El Instituto Nacional de Pediatría **debe impactar en los indicadores básicos de salud** de la infancia y la adolescencia, al **disminuir la carga de la enfermedad** y propiciar un **financiamiento** integral así como una atención que incluya a la familia en los ámbitos que toca la enfermedad del niño. Es además una institución que comparte **el liderazgo por la generación del conocimiento** de las causas y los determinantes de la enfermedad en menores de 18 años. Está a la vanguardia porque anticipa soluciones a problemas emergentes, reemergentes y del rezago, con servicios certificados en calidad internacional.

La planeación por la **Metodología del Marco Lógico** tiene dos fases:

- **Fase Analítica.** Se analizan los actores involucrados y sus necesidades, se proponen cambios que la institución debe realizar, basados en las acciones de prevención de riesgos que se describieron en el capítulo anterior y se retoman para este fin. Basados en los riesgos se identifican los problemas para toda la institución y por área de servicio se refieren a los anexos. Estos problemas se acompañan de causas en tres niveles, estratégicos, tácticos y operativos.

- **Fase de Planeación,** donde se desarrolla una Matriz de Indicadores de Resultados (MIR), basado en un mapa de soluciones que se ha derivado del mapa de problemas institucional. Incluye propósitos, indicadores, medios de verificación y supuestos para el cumplimiento.

El diseño del Proyecto 2011-2016, permitió identificar con precisión los objetivos dirigidos a los problemas, así como la información necesaria para verificar y evaluar los resultados esperados. El avance de los logros obtenidos hace más compleja la elaboración del proyecto, porque se requirieron instrumentos de evaluación y diseño combinados.

La metodología aplicada, permitirá dar **continuidad** a las acciones del programa del INP, mejorar la asignación de los **centros de costos** y elaborar proyectos innovadores, evaluados con para destacar el costo beneficio y costo efectividad, siempre desde la perspectiva de la generación de más salud.

Fase Analítica. Metodología para el análisis de problemas y soluciones

Una vez realizado el análisis FODA, de las condiciones internas y externas que involucra a todas las áreas del INP, fue necesario integrar el árbol de problemas obtenido del análisis de la información colectiva, elaborada por el personal en un taller específico llevado a cabo como parte del Programa de Trabajo de 2009 y 2010, en el que se describen los problemas y soluciones de cada una de las áreas sustantivas y de apoyo, que se describen a continuación.

1. La identificación de grupos involucrados, internos y externos.
2. La identificación de problemas por áreas sustantivas y administrativas.
3. La definición de sus causas y consecuencias con la finalidad de detectar riesgos a la estructura, proceso y resultados.
4. Una propuesta de objetivos por área como estrategias para mejorar el desempeño. Institucional con resultados esperados.

Identificación de grupos involucrados, internos y externos

Para la definición de los involucrados en el Proyecto de la Dirección General 2011-2016 del INP, se tomó la opinión de diversos grupos de usuarios, prestadores de servicios, autoridades y la referencia del Programa Nacional de Salud (PRONASA) para definir a los actores involucrados.

Población usuaria de menores de 18 años y sus familias.

Propiciar de las mejores condiciones de salud de este grupo de usuarios es el objeto directo de trabajo del INP, la problemática que perciben en relación a sus expectativas orienta la toma de decisiones y las acciones del área de investigación, médica y de enseñanza como sustantivas del trabajo en salud que se desarrolla. La población espera atención resolutive de sus problemas de salud y ser atendidos de manera efectiva y que la institución cuente con los recursos suficientes para dar una atención médica. Además ante las condiciones socioeconómicas los usuarios de los servicios del INP es necesario que se realice la clasificación socioeconómica para el pago que deben realizar con motivo de la atención.

Prestadores de servicios de salud

Los prestadores de servicios de salud, médicos, enfermeras, investigadores y personal administrativo como involucrados en la organización de las acciones del INP,

tienen como necesidades principales, **pertenecer a una institución** que sea coherente con sus características de entidad gubernamental, de alta especialidad, de tal manera que exista un trato digno, un clima laboral adecuado y contar con los insumos para el desempeño del trabajo.

Existen mecanismos de comunicación interna que recogen sus opiniones y que deben ser incorporadas en el proceder institucional, definir las oportunidades de superación personal y la posibilidad de mejorar su situación laboral, a través de políticas concretas, accesibles en el trabajo y buscando siempre el **desarrollo humano**.

El que el personal del INP por pertenecer a una institución de tercer nivel, como parte de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, debe contar con infraestructura y equipamiento así como la adhesión de nuevas personas a la organización deben ser de alto nivel, la vanguardia en estos rubros es fundamental para hacerla **competitiva** ente los demás hospitales y centros de investigación nacionales e internacionales.

Autoridades del INP

Las autoridades presentes y futuras de cualquier institución requieren de resultados de desempeño acordes a las metas y dirigidas al cumplimiento de la misión y visión, por tanto, es necesario contar con estrategias, estándares, que emanen de un planeación moderna, el desarrollo de los estándares internos, de carácter histórico para medir y comparar los logros de la institución. Establecer el nivel de éxito que permita saber si la dependencia transita por el mejor sendero.

Así como los anteriores actores involucrados, las autoridades del INP también requieren pertenecer a una organización **sana y productiva**, con la capacidad para integrar equipos de trabajo de alto nivel, lo que le permitirá hacerlos productivos, competitivos y tener clase mundial de acuerdo a su estatus institucional.

Proveedores de bienes y servicios

Inmerso en el sistema de trabajo del INP los proveedores, actores involucrados en la estructura institucional in-

tervienen en el arranque de procesos de calidad, su consistencia, madurez y compromiso con la institución, exigen de las autoridades y del personal del INP **honestidad en las adquisiciones**, particularmente **orden en los procesos** de demanda de sus productos, compra, adquisición y una perspectiva clara en el pago de sus bienes o servicios, de tal forma que les permita una relación sostenible con la institución y que sus perspectivas comerciales para crecer y comprometerse con la organización.

Esto implica un análisis continuo sobre las características de las políticas para la compra de bienes, servicios y conocer con anticipación los proyectos del INP, preparar con tiempo sus propuestas y atender con la mayor eficiencia los compromisos adquiridos, esto da equidad a las licitaciones, las cuales deben ser acordes con la norma, para que la transparencia sea una constante en las bases y lineamientos de concurso.

Otra expectativa de los proveedores es la **simplificación administrativa, la transparencia** en los procesos utilizando todos los medios para ser notificados de fallos y concursos de trabajo.

Gobierno Federal y Centros Académicos y Profesionales

La referencia al Gobierno Federal es hacia las entidades globalizadoras constituidas por la SHCP, la SFP, la ASF y las áreas de la SS como DGPOP, la Coordinación de asesores y la propia CCINSHAE, quienes requieren que el INP se apegue a los estatutos de creación, a las leyes federales de instituciones paraestatales, la de Institutos Nacionales de Salud, entre otras más, para dar seguimiento a los presupuestos autorizados por el poder legislativo y ejecutivo federales en la **rendición de cuentas** y un ejercicio transparente de los fondos y sobre todo eficiencia en el desempeño.

Es importante aclarar aquí que la ley del PEF da instrucciones muy precisas sobre el manejo de los recursos financieros en cuanto a ingresos de terceros, externos, propios y federales. Su ejercicio claro define en gran medida la consolidación de la institución, obviamente al concentrar los recursos de diferentes fuentes para en segundo tiempo se defina su ejercicio.

El Gobierno Federal requiere también que el INP participe en la definición de normas oficiales mexicanas en su materia, siempre apegadas al PRONASA, y con una opinión emanada de la evidencia científica para lo cual fue creada. Así también espera que el INP asesore en las diversas áreas de su competencia así como a entidades públicas o privadas de menor complejidad y participe en los compromisos internacionales que el país adquiere por razones de su política interna y externa, constituirse con una imagen nacional de desarrollo sustentable al participar en la rectoría del Sector Salud y al ser una institución proactiva en la gestión de fondos para y por la salud.

Actores involucrados según tipo de interés

Lugar	Actores interesados	Interés específico de la gestión de INP
1	Población con enfermedades de la Infancia y Adolescencia que requieren atención de alta especialidad	Atención resolutive con calidad y seguridad de sus problemas de salud que satisfagan sus necesidades y rebasen sus expectativas. Trato digno y humanitario Abasto garantizado de insumos para la atención y medicamentos para el manejo de sus padecimientos Costos de atención adecuados a sus problemas de salud
2	Prestadores de los servicios de salud	Clima organizacional y de trabajo adecuado para el desarrollo personal. Oportunidades de superación. Referencia y contrarreferencia adecuada. Trato digno Ser tomados en cuenta en las decisiones institucionales Contar con insumos necesarios para el trabajo Equipamiento actualizado y de vanguardia acorde al tipo de institución
3	Autoridades INP	Resultados previsibles Éxito en la gestión de su administración Formar parte de una organización sana y productiva Contar con capital humano de alto nivel Tener clase mundial acorde a su estatus institucional
4	Proveedores de bienes y servicios	Honestidad en la compra Pago oportuno Equidad en las licitaciones Simplificación administrativa
5	Gobierno federal y autoridades de la SS	Que el INP participe en el logro de los objetivos del PRONASA Cuentas claras y transparentes Mejorar la salud de la población en el capítulo de las Enfermedades respiratorias Contribuir a la disminución de la pobreza Asesorar a dependencias de salud de menor complejidad Participar en la elaboración de política pública Fortalecer la rectoría del sector Colaborar en la recuperación de fondos para la salud

Fuente: Actualizado del Programa de Marco Lógico del INP 2005.

Este análisis se ha llevado a cabo en los programas precedentes y se ha considerado un instrumento que guía con seguridad las acciones estratégicas y que tiene que ajustarse con periodicidad para avanzar en la regulación. Es la fuente también de evaluaciones de calidad institucional y permite contender contra los riesgos y transparentar los procesos de trabajo en todas las áreas.

Por ello la tabla siguiente, responde a la pregunta ¿Qué cambios o ajustes frontales debe realizar el INP para satisfacer las necesidades de los involucrados en el Programa de Trabajo?

Cambios o ajustes frontales que debe asumir el INP para satisfacer las necesidades de los involucrados

Actores	Cambios
Población con enfermedades que requieren atención de alta especialidad pediátrica	Alinear los procesos de atención y de trabajo para optimizar los recursos disponibles y mejorar la calidad de la atención bajo programas y mejora regulatoria interna.
	Continuar con el programa de urgencias calificadas, para mejorar la atención y el control de los pacientes.
	Vigilar la proporción de atención de alta especialidad para mejorar la atención y continuar el apoyo a la población con servicios hospitalarios de tercer nivel.
	Mejorar y regular la utilización de la capacidad instalada en particular la ocupación hospitalaria para mejorar el acceso a la atención de manera equilibrada.
	Protocolizar la atención para mejorar la calidad técnica y homologar los procedimientos.
	Desarrollar investigación clínica con enfoque a prioridades nacionales, con enfoque de género y a grupos vulnerables.
	Formar recursos eficaces para atender las necesidades de la población con un enfoque humanista.
	Adecuar la educación continua a las necesidades de todos los niveles de atención para preparar al personal de salud a la atención de manera homogénea.
	Racionalizar el consumo de recursos, proveer de equipamiento de vanguardia y mantener el abasto adecuado de insumos para la atención.
	Mantener un alto nivel de calidad de la atención y seguridad de los pacientes.
Prestadores de los servicios de salud	Adecuar la enseñanza a las necesidades nacionales y la formación de profesionales que requieren los hospitales pediátricos del país, con enfoque a competencias, humanismo y desarrollo integral y fortalecer la mística con la que se ha desempeñado la institución dando continuidad al los principios con los que fue creada.
	Fortalecer y reconocer el liderazgo de los diversos expertos que laboran el INP.
	Generar estrategias de consenso institucional para la programación, ejecución y evaluación de actividades.
	Abastecer de los insumos necesarios al personal con un enfoque claro a la operación.
	Fortalecer las metodologías de trabajo, fomentar la iniciativa de los profesionales y apoyar las innovaciones propuestas.
	Evaluar el desempeño de los procesos con retroalimentación a los servicios.
	Dar a conocer la misión y la visión institucional a toda la comunidad del INP.
Difundir las estrategias en toda la institución para distribuir las acciones y contar con la participación de todos.	
Autoridades institucionales	Sistematizar la información institucional y la evaluación del desempeño de los procesos de trabajo y fortalecer a cada mando en la toma de decisiones.
	Desarrollar un sistema de comunicación interna que permita el intercambio organizacional de ideas e innovaciones y mantener un clima organizacional estable para que todos trabajen con entusiasmo.
	Capacitar al personal directivo con un enfoque a gerencia de servicios de salud.
	Cumplir con la normatividad institucional, sobre todo, para rendir cuentas y dar transparencia a la gestión directiva.
	Desarrollar y gestionar proyectos de inversión y equipamiento, así como proponer mejoras regulatorias acordes con la Ley vigente y las atribuciones del INP como organismo descentralizado.
	Mantener los procesos de trabajo con los criterios del Consejo de Salubridad General.

Problemática General del Instituto Nacional de Pediatría bajo la metodología de identificación de riesgos y oportunidades de desarrollo y continuidad

En este punto se han organizado los factores de riesgo, derivados del FODA y de los elementos situacionales del INP así como de otros instrumentos como los informes de autoevaluación presentados en las juntas de gobierno y las observaciones de la contraloría para identificar los problemas institucionales en forma consolidada.

La presentación de los problemas del INP se ha presentado como un sistema integrado ya que las causas tienen relación con varias áreas operativas y así los efectos recaen casi siempre en dos o más áreas en forma transversal para facilitar el manejo desde una perspectiva interdisciplinaria en el mapa de soluciones.

En la descripción situacional, del capítulo 3, se ha revisado el panorama contextual de las transiciones epidemiológica, demográfica y social, teniendo conciencia de los problemas que en el futuro tendría que enfrentar el INP ante la disponibilidad de recursos limitados.

**Mapa de Problemas Generales del Instituto Nacional de Pediatría.
Considerar las oportunidades de continuidad y prevenir riesgos
estratégicos a corto mediano y largo plazo**

PROBLEMAS	CAUSAS	RIESGOS POTENCIALES
Falta de vinculación de las áreas sustantivas y de las áreas de administración y planeación.	<p>Interrupción de la coordinación por problemáticas institucionales y conflictos internos.</p> <p>Falta de un esquema de toma de decisiones.</p> <p>Falta de programación de actividades.</p> <p>Insuficiente visión de conjunto para aplicación del presupuesto programado.</p> <p>Falta de control en el dispendio de medicamentos y de insumos genéricos para la atención.</p> <p>Falta de preparación gerencial de mandos medios.</p> <p>Cadenas largas en los tramos de autoridad.</p>	<p>I. RIESGO CONTROLADO</p> <p>Pérdida de continuidad si se descuidan las fortalezas.</p> <p>Interrupción de proyectos si se abandona el mapa de ruta.</p> <p>Observación de FP si se pierde el control de proyectos.</p> <p>Desaprovechar la oportunidad de mejorar programas académicos.</p> <p>Perder el referente académico de excelencia si no participan activamente.</p> <p>Desaprovechar oportunidades de financiamiento externo.</p> <p>Sobredemanda de atención por deficiencias en la organización de los servicios.</p>
Desorganización en la gestión de recursos humanos, materiales y del conocimiento.	<p>Realización de la programación y presupuestación con datos históricos y sin evaluación de las necesidades reales.</p> <p>Falta de un sistema informático integral para las áreas de administración.</p> <p>El sistema de gestión de la calidad poco desarrollado para llevar el control hasta áreas de administración e investigación.</p> <p>Enfermería no ha hecho un análisis de la modernización de sus procesos.</p> <p>Falta revisión de la regulación interna y completar expedientes que garanticen los perfiles de puestos.</p>	<p>II. REVISION PERIÓDICA</p> <p>Retraso en la ejecución de actividades por falta de automatización de procesos.</p> <p>Obsolescencia en educación de alta especialidad.</p> <p>Falta de previsión de recursos y deficiente orientación de las acciones por falta de programas alineados a presupuestos.</p> <p>Dificultad para aprovechar los programas de enseñanza a distancia y los instrumentos de diagnóstico y tratamiento.</p>

<p>Financiamiento sin un sistema de control externo sin manuales de procedimientos para sus procesos en general.</p>	<p>Dificultad de desarrollar centros de costos por falta de información automatizada. Posibles errores en la toma de decisiones financieras por falta de claridad y oportunidad de los informes. Desconocimiento de los procedimientos internos. Inequidad en la distribución de los recursos. No existen métodos homogéneos para los recursos de terceros ni para ampliar los ingresos propios. Bajo financiamiento para enseñanza y para investigación por necesidades y contingencias del área médica.</p>	<p>III. REQUIERE SEGUIMIENTO Reacción tardía ante cambios en la economía, inmovilidad financiera para adquisición anticipada y consolidada. Riesgo por exceso de demanda por falta de sistemas de Referencia y Contrarreferencia. Riesgo de obsolescencia y pérdida de vanguardia por desactualización de plantilla docente. Amenaza de epidemias pérdida del control de la atención. Desbalance en el surtimiento si no se toman en cuenta cambios económicos y del presupuesto.</p>
<p>Regulación integral y mejora regulatoria de procesos clave. Redundancia en la aplicación de procesos de control de recursos en áreas de enfermería, laboratorios y movimiento de archivo clínico. Deficiencias en la conciliación de la información sobre indicadores de desempeño.</p>	<p>Limitada revisión de normas para regular la atención. Problemas de integración de informes de desempeño por falta de consolidación del sistema informático. Resistencia al cambio para el uso y explotación de recursos informáticos. Restricciones para la adquisición de TIC. Deficiente control de insumos para la atención y dificultades para la coordinación de adquisiciones. Duplicidad de registros manuales y deficiente gestión documental por falta de un sistema integral.</p>	<p>IV. ATENCIÓN INMEDIATA Incremento en los costos de atención por falta de sistematización de procesos. Mala calidad de medicamentos e insumos a la salud por falta de control de dispendio y de adecuación de programas. Riesgo de falta por programas que no incluyan transparencia y rendición de cuentas. Desconfianza del personal y deterioro del clima organizacional ante la falta reorganización de ciertas áreas. Heterogeneidad en la aplicación de las normas por falta de definición en la normatividad.</p>

Con el análisis de todos los instrumentos este proyecto presenta como **problema central del INP** a la Mejora continua de la eficiencia, el cual tiene como componentes **causales directos**, la desvinculación de las áreas sustantivas y administrativas; la gestión de recursos bajo criterios de programación presupuestación y resultados; y la definición de regulación que fortalezca la rectoría institucional, como sistema de salud, donde se hace necesario insistir en el enfoque a los riesgos que pueden limitar el cumplimiento de la misión institucional.

Los riesgos más importantes son la pérdida de la continuidad, el exceso en el gasto y la falta de control de pérdidas, mala calidad de los insumos, heterogeneidad en la aplicación de las normas, desconfianza del personal y finalmente la desorganización y la pérdidas del control en el clima laboral y la conducción de acciones para un mejora desempeño.

Análisis de problemas y riesgos organizacionales

Riesgos	Pérdida de la continuidad y del liderazgo nacional	Exceso de gasto procesos ineficientes	Dispendio de recursos en la operación	Desorganización
Problema central	Mejora continua de la eficiencia del INP			
Causa Rectoría	Desvinculación de áreas de investigación, docencia y asistencia a la salud	Se requiere una gestión de recursos materiales, financieros y humanos con previsión adecuada	Limitado diseño de programas presupuestos y resultados	Hace falta definir los puntos a fortalecer en la rectoría interna sin descuidar la continuidad de la operación
Gestión de procesos	Necesidad de alinear procesos de atención en forma transversal	Es necesario sistematizar los procesos administrativos para otorgar precisión a la previsión de recursos	Necesidad de incluir a todas las áreas en el programa de transparencia y rendición de cuentas	Es necesario continuar con la mejora regulatoria interna y externa
Operación	Requiere homologar criterios para la conducción de las actividades	Se requiere madurar los sistemas de control administrativo y gerencial	Sistema de información institucional requiere confiabilidad y oportunidad	No se ha tomado el programa de Control Interno como un instrumento del Sistema de Gestión de Calidad

Objetivos y Resultados

El mapa de objetivos y resultados es un compendio de las acciones anticipatorias a los riesgos y a otras que darán continuidad, crecimiento y desarrollo a la institución.

Se integraron con la **solución central** que orienta a la optimización de la capacidad instalada a la cual se le invirtieron más de 550 Millones de pesos durante los últimos 6 años.

Se definieron como propósitos aquellos que para fines de este proyecto serán programados a corto y mediano plazo, como se comentó en el análisis de los riesgos. Estos conducirán a la organización a vincular proyectos de trabajo integrales pero siempre con mecanismos de control anticipatorios y normados bajo un sistema de Mejora de la Gestión y otros documentos de carácter interno pero con apego lineamientos federales.

Los componentes serán metodologías que se asumirán en el Sistema de Atención, Investigación y Docencia acordes al deber ser del INP. Desde la alineación de procesos de atención como el caso de cirugía, su fortalecimiento, apoyo administrativos para simplificar su gestión.

En el último renglón se colocaron enunciados acorde a las **actividades operativas** del Sistema, como la aplicación o diseño de Guías de Práctica Clínica, integración de sistemas informáticos en áreas administrativas, la consolidación de la unidad de información institucional y la continuidad a los sistemas de gestión y certificación de los servicios.

En síntesis el mapa de optimización de la capacidad instalada es el eje central del proyecto, su cumplimiento permitirá la continuidad de lo alcanzado hasta hoy, su crecimiento y desarrollo sin limitar los proyectos innovadores.

Continuidad en actividades sustantivas

Aprovechar esta inversión tendrá como niveles de intervención, la continuidad de los programas del INP, ante la horizontalización y alineación de procesos de trabajo, se dará secuencia con la vinculación de las

áreas mediante técnicas transdisciplinarias, que enlacen procesos de trabajo y educación para la salud al paciente y su familia, con impacto comunitario, éstos participarán, informados, pendientes del autocuidado para incrementar su autonomía y su recuperación. Entre las áreas de atención la homologación tendrá como centro de convergencia el paciente pediátrico, el manejo de las medidas preventivas, los cuidados y el desarrollo de redes de apoyo documentado en guías de práctica clínica basadas en protocolos de atención.

La investigación y la enseñanza se circunscriben a un concepto que los involucre en la gestión del conocimiento, producir, reproducir y difundir, serán la base de la transferencia tecnológica, centrada en los problemas más frecuentes, de mayor demanda, de elevado costo y de interés para el desarrollo científico. El ciclo investigación enseñanza y asistencia tiene que ser claro para los profesionales en formación, los que se actualicen y quienes se adiestren en el sistema de salud del INP. Por ello asumir modelos modernos de aprendizaje es una necesidad que requiere respuestas dinámicas y permanentes.

Soluciones de la gestión de recursos

Una política vigente en el INP es el control de recursos, se asumirá, como **gestión de recursos**, de manera prioritaria con transparencia y rendición de cuentas.

Esta gestión envolvente permitirá una lógica basada en las necesidades, los programas, los presupuestos y los resultados, problema antiguo pero con nuevas soluciones al considerar la información y la participación de la comunidad institucional para fomentar el ingreso de recursos y cuidar los recursos materiales de los que dispone.

La **gestión de recursos** debe acompañarse de sistemas de control, el INP capitaliza todas las fuentes de control interno y externo, las cuales deben pasar por el sistema de gestión de calidad y formar parte del Programa de Control Interno y poner barreras a los riesgos, detectar omisiones y corregir desviaciones. Finalmente su éxito estriba en la toma de decisiones que se relaciona con la opinión colegiada e informada de los diversos grupos de trabajo, comités, consejos, auditores internos, entre otros cuerpos de profesionales involucrados.

Continuidad en los procesos de trabajo

Como un todo sistémico, con elementos interrelacionados entre sí, la optimización de los recursos se relacionada con: La capacidad técnica del personal, la eficiencia del personal de apoyo y el uso racional de medicamentos, exámenes de laboratorio, integración oportuna de los equipos de cirugía, mantenimiento programado, desarrollo tecnológico, entre otros.

Por parte de la administración es necesario enlazar los centros de costos a los procesos financieros para determinar asignaciones presupuestales periódicas y compactar estructuras de servicios.

Todo lo anterior frente a un sistema unificado de información, permitirá contar con las bases de datos soporte para la investigación, informes periódicos para la evaluación e información en tiempo real para la toma de decisiones oportunas.

Propuesta de objetivos y resultados

Resultados	Proyectos de atención organizados que propicien continuidad y el desarrollo del INP	Costo beneficio evaluado de los procesos institucionales	Recursos materiales con evidencia de consumos. Gestión de Recursos	Procesos sustantivos y de apoyo transdisciplinarios
Solución central para la continuidad	Optimización de la capacidad institucional			
Propósitos	Proponer bases de vinculación y comunicación de políticas institucionales	Revisar y documentar los procesos de gestión de recursos para su homologación	Dar congruencia a los Programas presupuestos con mecanismos de evaluación y monitoria continua	Implementar el Programa de Mejora de la Gestión. Fortalecer la mejora regulatoria de los procesos
Componentes	Identificar proyectos y liderazgo, reingeniería de cirugía, enfermería y enseñanza	Sistematizar los procesos clínicos, administrativos y de apoyo a la operación	Replantear mecanismos de evaluación a los procesos de trabajo	Rediseñar la regulación interna por proyectos integrales y asociados a prioridades institucionales
Actividades	Desarrollo y aplicación de Guías de PC y Protocolos de atención	Integrar todos los sistemas de control al Sistema de Gestión de la calidad	Crear la unidad de información institucional	Retomar el programa de control interno asociado a proyectos y al Sistema de Gestión de la Calidad (Calidad y seguridad del Paciente)



Capítulo 7. PROGRAMA 2011-2016



Capítulo 7. PROGRAMA 2011-2016



Se han descrito en los capítulos previos los resultados de la convergencia del análisis estratégico (FODA) con los riesgos de incumplimiento de las metas y objetivos del INP para obtener acciones de **continuidad para el crecimiento y desarrollo institucional**.

La revisión de los riesgos con la perspectiva de problemas y objetivos de continuidad permitió delinear las siguientes acciones como objetos de programación:

1. Criterios de abordaje de la Dirección del INP.
2. Establecimiento de políticas de continuidad y apoyo al desarrollo del Instituto Nacional de Pediatría.
3. Valores institucionales.
4. Estrategias y líneas de acción.

Las estrategias resultantes tienen una característica en este proyecto, se han planteado respecto a las funciones esenciales del Sistema de Salud que marca el PNS, esta nueva perspectiva permite plantear las estrategias de **continuidad** en forma transversal para que las políticas tengan una gran solidez reflejadas en las estrategias.

Las líneas estratégicas facilitarán el cumplimiento de las actividades sustantivas y le darán plataforma para fortalecer la estructura, la operación e identificar con claridad los resultados a obtener.

Criterios de abordaje de la Dirección del INP

1. **Pensamiento Sistémico.** Considerar el desempeño en el servicio como un todo sistémico en donde cada subsistema tiene productos que son secuenciales y tienen que ver con la rectoría del sistema, con tres componentes de regulación, programación y desarrollo de indicadores; el segundo componente es el enfoque financiero, destinado al control de recursos monetarios y a su generación; el tercer componente es la gestión de recursos para la salud, humanos, insumo y la gestión del conocimiento. Enfocar al INP como un sistema es una forma de gerencia con un tono de mayor complejidad pero necesario en el momento actual. Así que fortalecer el sistema de trabajo en su conjunto es una tarea que se programa en este documento ante la necesidad del desarrollo institucional ininterrumpido.

2. **Gerencia de Servicios de Salud.** La diferencia entre la administración de recursos y la gerencia de servicios de salud, estriba en la conducción de la organización que es compartida entre los directivos y el personal institucional, modifica al proceso tradicional que inicia con la planeación y concluye con el control, este modelo de gerencia, toma en cuenta a la organización como una entidad eficiente, a través del diseño, desarrollo, desempeño y destrezas aplicadas al usuario, a los prestadores de servicio y a las autoridades.

La diferencia entre el jefe y el gerente es la capacidad de anticiparse proactivamente a los riesgos y problemas, preocuparse por la cesión del poder y por la formación de líderes. La gerencia percibe que la medición del desempeño es una forma de mejorar y debe ser permanente y preferentemente autocrítica.

La visión de la gerencia en el INP contemplará a la Institución como una organización pública que tiene como propósito atender a pacientes sin seguridad social, con problemas de salud complejos que tienden a influir negativamente en las redes de apoyo de la familia. También se debe considerar que las habilidades técnicas y conceptuales del gerente deben ser multiculturales, del cual se espera la toma de decisiones oportunas y confiables, con la capacidad de entender que todas y todos deben contar con oportunidades de desarrollo en un clima organizacional que se caracterice por la confianza, equidad y respeto.

La gerencia tiene tres niveles de intervención, el **estratégico**, quien define las políticas de acción; **táctico** que se encarga de la vigilancia de las metodologías; y finalmente el **operativo**, que tiene como resultado los productos o servicios finales para el usuario.

Esta definición de niveles de actuación es muy importante cuando, en apego a la misión, el gerente distribuye el trabajo para que cada quien tenga un rol que desarrollar en la organización, cuente con el perfil de competencias para hacerlo y dentro de lo posible perciba un salario acorde a su desempeño.

3. Calidad de los Servicios y Seguridad de los Pacientes.

Un postulado considerado dentro de las dimensiones de la calidad fue mencionado por el escritor y sociólogo Jonh Ruskin, quien señaló que ***“la calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia”***. Derivado de este concepto uno de los mayores retos en la actualidad, es perfilar a las Instituciones de salud como sistemas que producen servicios asistenciales con un concepto claro de la calidad y seguridad del paciente.

Si bien la preocupación sobre la calidad de la atención en salud no es nueva, en los últimos años se ha incrementado el interés en el tema debido a la creciente sensibilización de los profesionales con respecto a la atención del paciente y las actividades que de ella emanan.

El Instituto Nacional de Pediatría tiene la tarea de brindar atención médica integral que cumpla con las demanda de los pacientes. El reto principal es otorgar estos servicios con calidad. Avedis Donabedian en 1980 definió la calidad asistencial como ***“aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”***, además de considerar la dimensión técnica e interpersonal, es decir, utilizar la ciencia y la tecnología en el manejo de los problemas de salud, para alcanzar el mayor beneficio con los menores riesgos, sin olvidar la importancia de la relación médico-paciente y las amenidades que confortan el entorno donde se les brinda esta atención.

La OMS señala que la seguridad del paciente debe ser el centro de las políticas y acciones sanitarias de todos

los países.

Por lo tanto la seguridad del paciente se considera una prioridad en la actividad asistencial que cada vez se torna más compleja debido a los riesgos potenciales que entraña y a que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de incidentes relacionados con el cuidado del paciente, porque se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema y actuaciones humanas.

Los Institutos son organizaciones complejas que cuentan con recursos íntimamente ligados a la atención de la salud, durante su ejercicio han creado diferentes modelos de atención médica que hasta la fecha no han alcanzado los cambios en materia de calidad de la atención médica, que brinden la satisfacción del usuario y su familia.

Existen reportes en la literatura que entre el 8 y el 12% de los pacientes hospitalizados sufren eventos adversos como consecuencia de la atención médica, que demuestran además, que alrededor del 50% de los eventos adversos que se producen en los hospitales podrían prevenirse aplicando practicas seguras sencillas, porcentaje que se eleva al 70% cuando se analizan dichos eventos en atención primaria. Es evidente, que el costo económico y social relacionado con el daño durante la atención médica, tienen un impacto para los pacientes, su familia y la sociedad en general y requieren una respuesta amplia y coordinada. Por ello, la seguridad del paciente debe ser incluida en todos los programas de de los Institutos de Salud.

Al considerar lo anterior, el sistema de salud actual exige un cambio, que centre su atención en base a resultados y rendición de cuentas, fundados en la continuidad de los programas establecidos al perpetuar las buenas prácticas e innovar y crear en forma sistematizada la alineación de los procesos, que incorporen el valor de la calidad en todos los prestadores de servicios y que esta prevalezca en la cultura de la institución, no como moda, sino como estilo de trabajo, al tomar en cuenta las necesidades de cada paciente, aplicando estrategias que den coherencia y dirijan todos los procesos de la atención médica hacia la mejora continua y considerar la calidad y la seguridad de los pacientes, como su objetivo principal.

En este marco conceptual, destacan dos objetivos que son prioritarios en la atención de los pacientes del Instituto:

- Promover un cambio de cultura entre profesionales de la salud y pacientes mediante el desarrollo de comportamientos y actitudes orientados a minimizar el riesgo en la práctica asistencial.

- Favorecer la implantación y aplicación de prácticas seguras, basadas en la evidencia científica disponible. Estos objetivos están basados en:

- **Eficacia:** cumplimiento de los objetivos sin mediar el costo.

- **Eficiencia:** relación entre los recursos financieros y los productos alcanzados.

- **Efectividad:** impacto de las acciones en los indicadores de riesgo en la población.

- **Accesibilidad:** grado de adecuación entre las características del servicio y las de la población (variable económica, geográfica y cultural).

- **Disponibilidad:** relación entre los recursos existentes y la población objetivo.

Es decir, que nuestros profesionales sean capaces de utilizar sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios con seguridad, la cual está relacionada con el nivel de desarrollo y madurez de la organización y con un sistema de financiamiento sustentable, que hace de la calidad una política, apoyada en los sistemas redundantes que previenen errores de estructura y de procesos.

Es necesario reconocer los diferentes procesos de atención, para incidir, en el 20% de las situaciones que causan el 80% de los errores o fracasos médicos durante la atención, por lo que debemos jerarquizarlos y lograr abatir los momentos que originan daño a nuestros pacientes.

La determinación de prioridades de daños e intervenciones es el elemento clave para la toma de decisiones en el proceso del servicio de salud, el diseño de la

matriz de riesgos institucional nos orientará para dictar las acciones que permitan alcanzar la satisfacción del usuario al evitar los potenciales daños inherentes a la prestación de servicios.

Debemos considerar como factores principales:

1. Derivados de la falta de conocimiento.

2. Los que se originan por déficit de directriz institucional.

3. De actitud.

Hoy hablar de calidad involucra hablar de seguridad del paciente, lo que implica la gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes.

Deben considerarse como líneas de acción las siguientes:

- Elaborar políticas en materia de seguridad de paciente que involucre a todo el personal del Instituto y que encamine las acciones inherentes al cuidado de los pacientes que requieran de atención de tercer nivel.

- Crear un sistema para la notificación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

- Diseñar programas de educación para todo el personal de salud con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas.

- Promover la investigación sobre seguridad del paciente dirigida a las actividades detectadas mediante el sistema de notificación de incidentes.

- Establecer modelos redundantes para sistemas de alerta como uso y manejo de medicamentos, prevención de infecciones nosocomiales y manejo de seguridad de las instalaciones entre otras.

La organización debe rendir cuentas con transparencia, crear y fortalecer lazos entre los integrantes de la

misma para concretar el trabajo en equipo, vincular acciones entre el personal médico, paramédico y administrativo. Los pacientes son el centro de la atención, generan en el personal un ineludible compromiso para mejorar su salud, prevenir enfermedades y coadyuvar con acciones al final de la vida cuando no se cuenta con más recursos disponibles, de ahí que los pacientes forman parte del sistema, al aceptar, rechazar o solicitar los servicios y son la energía que mueve a nuestro instituto.

En conclusión, la calidad debe ser la esencia del trabajo institucional, que nos permita entregar los mayores beneficios a los pacientes, con el menor riesgo, a un costo razonable, respaldado por tácticas y estrategias efectivas que lleven a la adopción de la cultura de calidad y seguridad del paciente para el cumplimiento de la misión y visión del Instituto.

Misión y Visión

Se propone en este programa, como se señaló antes, que el INP continúe trabajando con la misma misión y visión que tiene desde 2005. Esto porque hay pendientes importantes, pero la continuidad es el principio rector del trabajo en este período.

Dentro de los componentes de la misión, el desarrollo de modelos se ampliará a modelos transdisciplinarios, cuya diferencia estriba en la participación de los usuarios del servicio y la educación estratégica en salud y autocuidado.

Misión del Instituto Nacional de Pediatría

La Misión del Instituto Nacional de Pediatría es el **desarrollo de modelos de atención** a la infancia y adolescencia por medio de **la investigación** científica básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la **formación y el desarrollo de recursos humanos** de excelencia, para la salud, así como de la **asistencia en salud de alta especialidad** con **calidad y seguridad**, constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

Visión

El Instituto Nacional de Pediatría **debe impactar en los indicadores básicos de salud** de la infancia y la

adolescencia, al **disminuir la carga de la enfermedad** y propiciar su **financiamiento** integral así como una atención que incluya a la familia en los ámbitos que toca la enfermedad del niño.

Es una institución que comparte **el liderazgo en la generación del conocimiento** de las causas y los determinantes de la enfermedad en menores de 18 años. Está a la vanguardia porque anticipa soluciones a problemas emergentes, reemergentes y del rezago, con servicios certificados en calidad internacional.

Valores Institucionales

Valores		
De desempeño	Instrumentales	Terminales
Calidad en el servicio	Morales	Personales
Productividad laboral	De Competencia	Sociales
Actitud en el trabajo		

Fuente: Tesis de Doctorado, Valores institucionales y desempeño en el trabajo. Dr. Gabino García, UNAM. 2010.

Políticas de la Dirección General

Las políticas son mandatos superiores emanados de la legislación en salud vigente en nuestro país. Apoyados en el análisis del FODA y de los riesgos, así como de la descripción de problemas y soluciones con la metodología Marco Lógico (MML), se contruyeron tres políticas institucionales que complementan en forma horizontal las existentes y que regirán en forma flexible el quehacer cotidiano del INP.

**Políticas del Instituto
Nacional de Pediatría**
Continuidad
Rediseño
Innovación

Política de Continuidad. Es un mandato institucional por las siguientes razones, es un requerimiento de nuestro país que los gobiernos den prosecución a las acciones y obra con las que históricamente nuestras instituciones se han enriquecido en mayor o menor grado. Esta política de civilidad reconoce el resultado de los proyectos, las bondades de los líderes y de las administraciones, con lo que se aprovecha el capital acumulado. Esta política incluye, estrategias de consenso, estimula la productividad y respeta la voz y el trabajo de los demás, por un principio elemental de armonía.

Rediseño. Política que implica la capacidad de modificar o a aquellas iniciativas que tengan resultados inadecuados y que se hayan prolongado, particularmente las que generen un alto costo y pocos resultados en la salud para los usuarios.

Innovación. Esta política tiene relación con la apertura a las propuestas e iniciativas de la comunidad institucional, la cual tiene la obligación de educarlos para ello.

Implica que debemos como grupo participar con una nueva actitud de relaciones personales y sobre todo de presentar en forma organizada las propuestas, priorizadas con mecanismos reconocidos por todos.

Estas políticas institucionales se operacionalizan con **estrategias** ligadas a las funciones generales de los sistemas de salud:

Estrategias del Programa Institucional para 2011-2016

1. Vinculación institucional interna.
2. Fortalecimiento financiero.
3. Consolidación de acciones en Recursos Humanos y Desarrollo Tecnológico.
4. Regulación interna de procesos sustantivos y gerenciales.

Diagrama de continuidad con las políticas institucionales



Estrategia 1. Vinculación interna institucional.

Las acciones contenidas en esta estrategia se relacionan con el cumplimiento horizontal de las políticas, toda la estructura y funcionalidad deberán estar ligada a ellas.

La vinculación estará reflejada en las acciones cuya programación y ejecución deberán incluirse en proyectos transversales que integren las funciones de investigación, docencia y servicio bajo criterios homogéneos y con los recursos acordes al modelo definido por la Dirección de Administración y de Planeación.

Las áreas que realicen proyectos serán responsables de identificar el tema en el que se deba incidir, su impacto en la salud y establecer estándares de gestión, contarán con un líder del proyecto quien coordinará, acorde a los recursos disponibles, inclusive de otras áreas que se integrarán para su conclusión. En los programas de trabajo se definirá la metodología para su ejecución, estudio de factibilidad, límites del proyecto y evaluación del costo beneficio.

Los proyectos sustantivos o estratégicos deberán utilizar a las estructuras formales del INP para la planeación, administración y auditorías de calidad, deberán contar con la autorización institucional para su ejecución.

Estrategia 2. Fortalecimiento financiero

El aprovechamiento de los recursos financieros asignados por el Gobierno Federal, los ingresos propios (incluidos el beneficio del Seguro Popular), los recursos de terceros y los donativos externos, se capitalizarán con mayor eficiencia completando la documentación que formalice las vías de ingreso y egreso, todo acorde con el Programa de Egresos de la Federación (PEF) y los lineamientos de la Dirección General de Organización Programación y Presupuesto (DGPOP), entre otros.

El fortalecimiento financiero se llevará a cabo con la implantación de sistemas informáticos provenientes de los Organismos Globalizadores y aquellos adicionales que permitan interoperar el consumo y abasto de insumos para los servicios de atención médica, investigación y enseñanza, que permitan una asignación financiera equitativa para todos los servicios y un control auditable periódico. Todos estos pasos del fortalecimiento financiero estarán documentados para ser analizados con transparencia para la rendición de cuentas y la toma oportuna de decisiones.

Estrategia 3. Consolidación de los Recursos Humanos y la Tecnología

Las líneas de acción en esta estrategia implican a la superación académica, la gestión del conocimiento

definida por las acciones de investigación y de enseñanza. Participar en estas dos áreas de gestión de recursos al que todas y todos tienen derecho, constituye la base de la superación y desarrollo de capacidades.

El desarrollo e innovación tecnológica tiene una de sus bases las patentes institucionales, a las cuales se aplica la Ley de patentes y de derechos de autor. Las acciones en este sentido llevarán a la institución a la autonomía y vanguardia que propicien la creatividad de los miembros del INP.

Los centros de adiestramiento son ejemplo de la vinculación humana y tecnológica para el aprendizaje, los que deben ser evaluados, como formativos, de actualización y de capacitación, incluidos los técnicos y los administrativos.

Profesionalizar las actividades técnicas es una meta para los recursos humanos en las áreas sustantivas y de administración, partirá desde la definición de los perfiles para las nuevas contrataciones las que deberán apoyarse en los grupos de expertos y consejeros institucionales.

En beneficio de los recursos institucionales se realizarán convenios con organismos nacionales e internacionales cuyos intereses converjan con los institucionales.

Estrategia 4. Regulación interna de procesos sustantivos y gerenciales.

El Gobierno Federal propone mecanismos para la transparencia y la rendición de cuentas, existen programas para mejora regulatoria y control interno, aunado a las estructuras del INP para auditoría interna, de calidad, los comités y las comisiones mixtas, entre otras instancias de evaluación que cuentan con información que debe formalizarse.

También se hace necesario revisar periódicamente la normatividad asociada a riesgos clasificados como de acción inmediata y continuar con las otras áreas de manera programada por lo tanto estas líneas estratégicas deberán implementarse para homologar los servicios.

La elaboración de programas por servicio se llevará a

cabo bajo una Guía armonizada que tenga como utilidad, la superación de los mandos tácticos y estratégicos, evaluar y autoevaluar el desempeño y finalmente alinear los presupuestos con centros de costos. Deben implementarse algunos mecanismos para identificarlos en programas permanentes y proyectos de innovación.

Finalmente la integración de la Unidad de Información Institucional integrado por informática, archivo clínico y el área de epidemiología, concentrará la información de todas las áreas sustantivas y gerenciales para explotar las bases de datos del Expediente Clínico Electrónico y en su momento del sistema automatizado de Gestión Documental.

**Tabla de Estrategias del Programa
2011-2016**

Estrategia	Líneas de acción
1. Vinculación Institucional Interna	1.1 Identificación de acciones basadas en proyectos de las sustantivas y administrativas.
	1.2 Integración de grupos profesionales y del liderazgo.
	1.3 Asignación y gestión de recursos para ejecución
	1.4 Supervisión, evaluación y retroalimentación del desempeño.
2. Fortalecimiento Financiero	2.1 Aprovechamiento de recursos financieros, asignados, propios, terceros y externos.
	2.2 Control y vigilancia presupuestal por centro de costo y partidas.
	2.3 Asignación y previsión presupuestal.
	2.4 Análisis periódico de estados financieros para la toma de decisiones.
3. Consolidación el desarrollo del Recurso Humano y de la Tecnología	3.1 Superación académica. Apertura a la investigación, enseñanza y a los procesos administrativos.
	3.2 Desarrollo tecnológico.
	3.3 Centros de adiestramiento.
	3.4 Convenios interinstitucionales, nacionales e internacionales.
4. Regulación interna de procesos sustantivos y administrativos.	4.1 Mejora regulatoria y control interno.
	4.2 Programación y presupuestación.
	4.3 Auditoría y acreditación procesos.
	4.4 Integración de la Unidad de Información Institucional.

Acciones de control inmediato ante los riesgos Institucionales

Prioridad	Acción
1	Proponer las bases de vinculación, comunicación y políticas institucionales.
2	Identificación de necesidades de proyectos y liderazgo para su ejecución.
3	Diagnóstico de riesgos y necesidades directo en los servicios de atención.
4	Listado y competencias de organizaciones y personas involucradas en actividades del INP así como aquellos proveedores de servicios e insumos para la salud.
5	Verificación de los modelos y puntos de partida para la organización de la investigación, la enseñanza, la asistencia y enfermería, en particular apegados a los principios y valores para dar continuidad a la misión y visión a obra del INP.
6	Análisis y evaluación del desempeño, planteamiento de objetivos, definición de metas y programas de trabajo alineados al presupuesto. Análisis y continuidad de los proyectos así como fortalecer el funcionamiento.
7	Evaluar el programa de Enseñanza, replantear el modelo educativo y dar continuidad al desarrollo de mapas curriculares concepto integral de planeación educativa para fortalecer la continua y el desarrollo de materiales educativos.
8	Fortalecer la toma de decisiones con metodologías homogéneas.
9	Verificar la coherencia de los recursos disponibles y proponer opciones de mejora continua.
10	Identificar las acciones de mejora y dar continuidad a las áreas que gestionan recursos en general, fortalecer el esquema interno de captación del Seguro Popular. Profesionalizar las áreas de gestión de recursos.
11	Revisión del proceso para la consolidación de los sistemas informáticos y de la Unidad de información en institucional.
12	Fortalecer los modelos de atención: Unidades Cardiología, Hemato-oncología, Farmacia Hospitalaria, Laboratorios de análisis clínicos, Consulta Externa.
13	Realizar reingeniería de las áreas de Cirugía, enfermería y áreas de servicios al paciente y su familia.
14	Documentar los procesos de trabajo en áreas administrativas y vincular su desempeño con los consumos hospitalarios.

i Programa de Trabajo 2010-2015. INP

ii Lineamiento para elaboración de programas con enfoque a resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 2008.

iii Lineamientos para la elaboración de programas de mejora de la gestión. SHCP. 2009.

**Proyectos prioritarios para
continuidad e innovación**

No	Proyecto	Criterios para la asignación de prioridad							Total
		pertinencia	duplicidad	viabilidad	político	aplicación	urgencia	Ética	
1	Desarrollo y adaptación de Guías de Práctica Clínica e Ingreso Protocolizado del Paciente	3	2	3	3	3	2	3	19
2	Unidad de cirugía de mínima invasión	3	3	2	3	3	3	2	19
3	Unidad de neurodesarrollo y rehabilitación integral (UNERI)	3	2	3	3	2	3	3	19
4	Unidad de Información Institucional	3	3	2	2	2	2	2	16
5	Unidad de evaluación nutricional y trastornos alimentarios	2	2	2	3	3	2	2	16
6	Unidad de atención integral del usuario	2	2	3	2	3	1	2	15
7	Unidad académica del INP	1	2	1	1	2	2	3	12
8	Escuela de Enfermería	1	2	1	1	2	2	2	11