

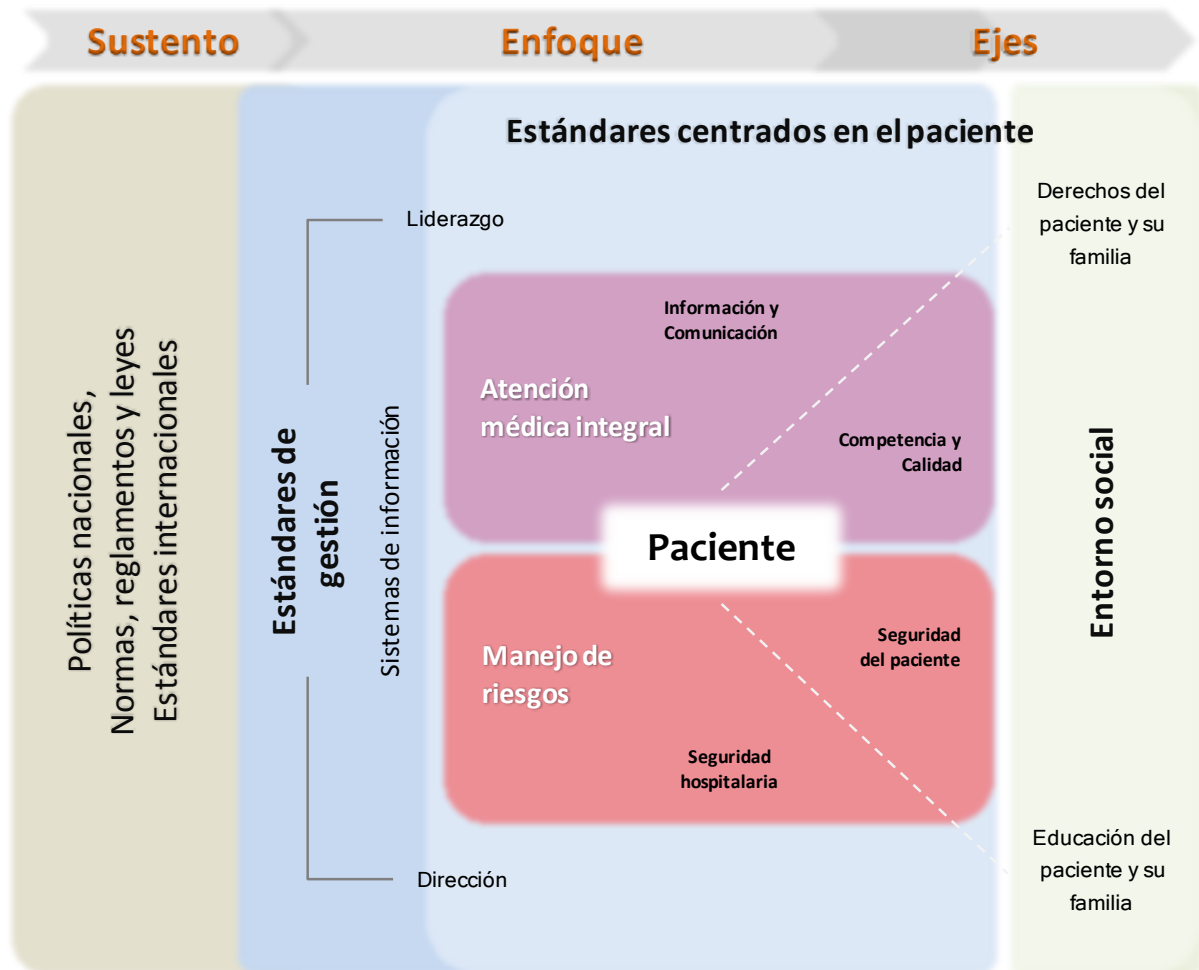
# Instituto Nacional de Pediatría



**PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA  
DIRECCIÓN GENERAL 2011**

**Dr. Guillermo Alberto Sólon Santibáñez**

**POLÍTICA DE CALIDAD**



Instituto Nacional de Pediatría

Insurgentes Sur No. 3700-C

Col. Insurgentes Cuicuilco

Delegación Coyoacán

C.P. 04530 México D.F.

Correo electrónico: [pediatria\\_inp@prodigy.net.mx](mailto:pediatria_inp@prodigy.net.mx)

**DIRECTORIO**

**Dr. Guillermo Alberto Sólon Solomón Santibáñez**

Director General

**Dr. Jaime Ramírez Mayans**

Director Médico

**Dr. Juan Pablo Villa Barragán**

Director de Planeación

**Dr. Pedro Gutiérrez Castellón**

Director de Investigación

**Dr. José N. Reynes Manzur**

Director de Enseñanza

**C.P. Alejandro Martínez Fragoso**

Director de Administración

---

---

## Índice de contenidos

<b><u>CAPÍTULO 1. DEBER SER DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</u></b>	<b>6</b>
ÁMBITOS DEL INP	6
ATRIBUCIONES LEGALES	6
AUTONOMÍA	7
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2007-2012	8
CONTRIBUCIÓN DEL INP A LAS ESTRATEGIAS OPERATIVAS DEL PRONASA	10
NOTAS SOBRE LA HISTORIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	12
<b><u>CAPÍTULO 2. EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA</u></b>	<b>14</b>
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL	14
TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA	23
1. LOS DAÑOS A LA SALUD TIENEN DIFERENCIAS IMPORTANTES RELACIONADAS CON EL ORIGEN URBANO O RURAL DE LA POBLACIÓN.	39
<b><u>CAPÍTULO 3. PROGRAMA 2011-2012</u></b>	<b>40</b>
AVANCES DEL PROYECTO 2010-2015	40
ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA 2010-2015	41
AVANCE DE PROYECTOS DERIVADOS DE LAS ESTRATEGIAS A DICIEMBRE DE 2010	42
PROYECTOS INSTITUCIONALES	44
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA	44
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD. EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO.	46
LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y DE INVESTIGACIÓN. DESARROLLO TECNOLÓGICO.	49
OBRA PÚBLICA Y EQUIPAMIENTO	49
<b><u>CAPÍTULO 4. PROGRAMA DE ACTIVIDADES 2011</u></b>	<b>52</b>
MODELO ESTRATÉGICO BASADO EN TRES EJES DE EVALUACIÓN Y CALIDAD	53
MISIÓN DEL INP	53
VISIÓN	54
VALORES INSTITUCIONALES	54
ANÁLISIS ESTRATÉGICO	55
FODA POR ÁREAS SUSTANTIVAS	56
DIRECTRICES INSTITUCIONALES PARA EL PLANTEAMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS	66
MARCO LÓGICO DEL INP. ÁRBOL DE PROBLEMAS 2011	67
ESTRATEGIAS 2010-2015	69
1. ESTRATEGIA DE DESARROLLO DE CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	69
2. MEJORAMIENTO DEL IMPACTO DE LOS PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.	70
3. ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO FINANCIERO	71
4. ESTRATEGIAS DE CONTROL DE PÉRDIDAS	72
5. ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	73

---

---

<b>6. ESTRATEGIA DE DESARROLLO DE ACCIONES GERENCIALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y LA COORDINACIÓN INTERNA.</b>	<b>74</b>
<b>PROYECTOS INSTITUCIONALES PARA 2011</b>	<b>75</b>
<b>PROYECTOS ESPECIALES</b>	<b>75</b>
<b>SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>77</b>

## **Capítulo 1. Deber Ser del Instituto Nacional de Pediatría**

### **Ámbitos del INP**

El ámbito sustantivo de acción institucional es la Investigación, Enseñanza, Asistencia Médica, y el de apoyo es la Administración y Planeación, señaladas por el Estatuto Orgánico versión 2009.

El Director General ha presentado un Proyecto Estratégico para 2010 a 2015 ante Junta de Gobierno presidida por el Secretario de Salud, que da continuidad a las acciones del quinquenio 2005-2010, donde se proponen mecanismos que permiten cumplir con el objeto de creación que es la investigación científica, la enseñanza y formación de recursos humanos, la atención médica de alta especialidad de los problemas de salud de la población infantil y adolescente en todo el territorio nacional.

### **Atribuciones legales**

En apego a la publicación del Diario Oficial de la Federación (DOF) del 19 de abril de 1983, relativo al Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Pediatría como organismo Público Descentralizado con personalidad Jurídica y Patrimonio Propios; y fortalecido por el la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el DOF del 26 de mayo de 2000 y con texto vigente al 22 de junio de 2005, al Instituto Nacional de Pediatría, le corresponde:

Artículo 6. De la Ley de los Insalud y Artículo 3º del Estatuto Orgánico del INP.

- 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, y
- 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.

Los **Órganos de Administración** son la Junta de Gobierno y la Dirección General. Los órganos de consulta son el Patronato, el Consejo Asesor Externo y el Consejo Técnico de Administración y Programación.

Cuenta con una estructura basada en 5 direcciones de área y 16 subdirecciones.

El INP debe regirse para su desarrollo y operación, con actividades programadas conforme a las leyes, General de Salud, de Planeación, con el Plan Nacional de Desarrollo, operacionalizado para la Secretaría de Salud a través del Programa Nacional de Salud.

### **Autonomía**

El INP goza de autonomía técnica, operativa y administrativa en los términos de ley, sin perjuicio de las relaciones y la coordinación sectorial que correspondan. Sus ingresos provienen de servicios, bienes o productos que presten o produzcan y son destinados a atender la necesidades determinadas por sus órganos de gobierno, fijados a partir de lo dispuesto por el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Cuenta con un sistema integral de profesionalización, que comprende un catálogo de puestos, mecanismos de acceso y promociones, tabulador de sueldos, programas de desarrollo profesional y actualización permanente de todo el personal, así como las

---

obligaciones e incentivos de desempeño y productividad.

La organización y funcionamiento del sistema de incentivos al trabajo es acorde con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**Programa Nacional de Salud 2007-2012**

El INP forma parte del Sistema Nacional de Salud constituido por instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, entre otras), para población no derechohabiente (SS), privadas y de asistencia social (DIF).

Todas ellas regidas legalmente por la Ley General de Salud y sus respectivas leyes; normadas en forma común por las Normas oficiales mexicanas.

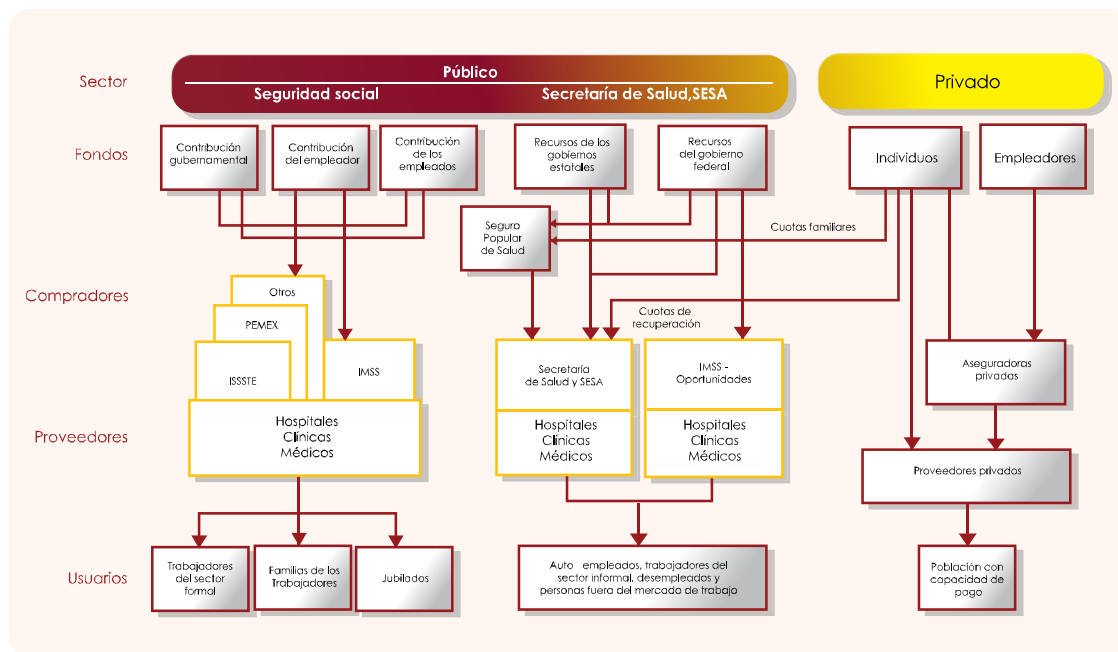
En el caso del INP como institución debe escalar los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa del Sector Salud con los preceptos estratégicos enmarcados en el Programa Nacional de Salud, que contiene elementos de salud pública, organización y calidad de los servicios y de atención, investigación y formación de recursos humanos para la salud y rendición de cuentas.

El PNS que es exclusivo para el Sector Salud tiene como base fundamental tres funciones sustantivas: 1. Rectoría del Sector; 2. Financiamiento equitativo y sostenible; y 3. Generación de recursos suficientes y oportunos.

A estos 3 ejes funcionales se agregan 5 objetivos generales, 10 estrategias como componentes operativos y 74 líneas estratégicas.

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Figura 1



Fuente: PROSESA 2007-20012. Secretaría de Salud



**Objetivos del PRONASA**

<b>1</b>	<b>Mejorar las condiciones de salud de la población</b>
<b>2</b>	<b>Reducir las brechas o desigualdades</b>
<b>3</b>	<b>Prestar servicios de salud con calidad y seguridad</b>
<b>4</b>	<b>Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud</b>
<b>5</b>	<b>Garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país</b>

Los objetivos del PRONASA tienen un fuerte enfoque al combate a la pobreza y a la garantía que la prestación de servicios tienen para contribuir a disminuir la vulnerabilidad social.

El INP contribuye al cumplimiento de estos objetivos dado que atiende a población con un promedio de ingresos por debajo de 3,000 pesos mensuales, a familias con niños con enfermedades graves y que tienen costos por arriba de ese ingreso mensual, de las cuales el 49% de éstas tienen a mujeres al frente del hogar.

Contribuye con el PRONASA, apoyando a la construcción actuarial de pago a enfermedades que producen gastos catastróficos en todos los tipos de cáncer en menores de 18 años; atención neonatal y a recién nacidos en la modalidad de “Nueva generación”.

Es importante que el INP presente nuevas propuestas de financiamiento y estudios de costos de servicios hospitalarios, para optimizar los recursos y generar un menor tiempo de recuperación ante las enfermedades y una reducción de los daños a la salud.

Lo anterior se hace manifiesto dado que las estrategias instrumentales del PRONASA tienen relación con las acciones de salud pública, de calidad y prestación de los servicios de salud y los recursos suficientes para la atención, investigación y enseñanza.

El INP contribuye de manera efectiva con las estrategias del PRONASA en los diversos proyectos que se han desarrollado y que se proponen para el presente programa de la dirección general.

De esta manera la convergencia con el PRONASA permite hacer coherente el deber ser de la Ley de los Insalud para contribuir 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.

Es importante señalar que el INP ha comprobado que el control por medios informáticos tiende a mejorar la eficiencia de los servicios, por lo que en el presente proyecto, el INP

tiene un alto interés en desregular la adquisición de equipo e infraestructura en informática, inversión que tiene una recuperación en el corto plazo.

La calidad de la atención se ha operacionalizado efectivamente y el INP ha contribuido no sólo con componentes específicos como lo son los estándares hospitalarios de tiempos y movimientos; las nueve claves para el cambio, que son acciones para mejorar el ambiente organizacional, el ambiental y el persona, orientadas a reducir la carga innecesaria de objetos y personas en cada uno de los puestos de trabajo; y la farmacia hospitalaria robotizada; sino también a la concepción de la calidad como un sistema de gestión en hospitales.

### **Contribución del INP a las estrategias operativas del PRONASA**

<b>Estrategia del PRONASA</b>	<b>Contribuciones del INP 2005-2010</b>	<b>Perspectiva 2010-2015</b>
<b>Control de riesgos sanitarios</b>	Control del mercurio, desechos hospitalarios, INP libre de humo de tabaco, control de CRETIS, ahorro de medicamentos y control de caducos; ahorro de papel; energía eléctrica; agua. seguridad y riesgos laborales;	Programa de control de riesgos; de ahorro; y de pérdidas. Fuentes renovables de manejos de electricidad. Control de agua utilizadas. 9 Claves para el cambio.
<b>Promoción de la Salud</b>	Lineamientos para nutrición, crecimiento y desarrollo; maltrato a personas; salud mental; cuidados perinatales y cuidados paliativos; odontología preventiva.	Contribución con la SS para programas de prevención de accidentes, malformaciones congénitas y muerte perinatal; desarrollo de vacunas contra el dengue y otras; y desórdenes alimentarios, obesidad.
<b>Calidad en la atención de los servicios de salud</b>	Certificación de todos los servicios de atención, laboratorios y banco de sangre.	Certificación de la calidad con los criterios de la Joint Comission ante el Consejo de Salubridad General
<b>Planeación, gestión y evaluación</b>	Planeación, ejecución y evaluación de impacto del programa 2005-2010	Planeación estratégica por marco lógico; mejora regulatoria y regulación interna de los procesos de trabajo.
<b>Organización de los servicios</b>	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. Regulación de la atención y Referencia y contrarreferencia efectiva.
<b>Garantizar recursos</b>	Abasto del 95%; reorganización de almacenes y de la estrategia de medicamentos, mezclas parenterales y dispensación unitaria.	Fortalecimiento de la red informática administrativa y garantía en el uso racional de los recursos y estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
<b>Financiamiento</b>	Incremento de ingresos propios y de terceros y manejo sin salvedades del presupuesto federal y donativos.	Control de pérdidas e incremento de los ingresos, cobro efectivo de servicios y diseño de paquetes de costos.
<b>Informática</b>	Expediente electrónico e interoperabilidad en los servicios de apoyo.	Expediente electrónico universal, fase 2 hospitalización y fase 3 Sistema integral de administración.

<b>Investigación y enseñanza</b>	Mapa de ruta, incremento de publicaciones y financiamientos.	Desarrollo de patentes y uso del conocimiento en política pública en salud.
<b>Infraestructura y equipamiento</b>	Remodelación del 85% de la planta física y equipamiento nuevo al 65% de las áreas operativas.	Conservación, mantenimiento y desarrollo de la infraestructura.

En el proyecto 2010- 2015 de la Dirección General la contribución más importante consistirá en la definición de estándares de proceso y de resultados teniendo como punto de partida la disminución de la carga de la enfermedad en los menores de 18 años y su familia.

Por lo que la adopción de modelos de atención y los estudios en economía de la salud, permitirán vislumbrar la universalización de los servicios de atención perinatal a todas las áreas de atención del parto para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como la utilización racional de los servicios hospitalarios como modelo teórico más allá de los modelos de atención clínica.

En el ámbito de la política pública en salud, 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 y en la formación de recursos, con el servicio directo a la población y con la práctica efectiva de la administración pública.

**Notas sobre la historia del Instituto Nacional de Pediatría**

En el ámbito sanitario surgió en 1961, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), quien se encargó de suministrar desayunos escolares y servicios asistenciales a los niños, 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.

En ese año, México obtuvo la sede para la organización de los XIX Juegos Olímpicos y junto a las actividades deportivas se llevó a cabo el Festival Internacional de Pintura Infantil bajo el tema de “Un Mundo de Amistad”. Las obras que forman parte de esta colección fueron donadas al INP, con ello se cubrió un patrón integral de la atención, al relacionar a los usuarios con la identidad cultural de eventos importantes para nuestro país y con ello, se dio una mayor presencia al INP como institución de alta especialidad.

Esto se realizó siguiendo los patrones de otras instituciones nacionales que cuentan con obras de muralistas afamados que hacen del ambiente hospitalario un centro que da identidad a los usuarios y trabajadores. Estas obras se remodelaron recientemente y se pueden apreciar en diversos espacios del INP.

Durante esta época emblemática, se inició la construcción del nuevo hospital bajo la dirección del Arq. Pedro Ramírez Vázquez, con la idea de una nueva orientación al quehacer médico: realizar investigación científica sobre las causas, riesgos y determinantes psico- sociales de la infancia y más recientemente de la adolescencia con los principios de quienes lo crearon: “El Instituto será un centro de investigación dedicado al estudio de los problemas médico-sociales de la niñez mexicana, comprendiendo al niño desde la iniciación de su vida hasta la terminación de las adolescencia. Será un organismo consultor del Gobierno Federal para los problemas de índole pediátrica que sus dependencias consideren pertinentes”. (1)

De tal manera que en 1970, se inauguró el INP por el entonces Presidente Gustavo Díaz Ordaz y su esposa la señora Guadalupe Borja, como 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 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.

En 1972 se le denominó Hospital del Niño de la IMAN, donde el modelo de atención se basó en la integración de las madres con sus hijos, para lograr conciencia en la familia sobre el padecimiento del menor -durante y después- de su estancia en el hospital para así evitar el fenómeno psico-social del “hospitalismo”; se buscaban mejores resultados en los tiempos de recuperación de los pequeños.

En 1977, la 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 esta como la protección de grupos vulnerables.

El 19 de abril de 1983 se creó el Instituto Nacional de Pediatría (INP) por decreto presidencial, se independizó del DIF, y se incorporó al subsector de los Institutos Nacionales; en ese momento debió conformar una administración independiente para poder manejar esta enorme responsabilidad como una institución descentralizada; en estos años se creó la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y se inició la estrategia operativa de los “Días Nacionales de Vacunación”. En ese mismo año se firmó un convenio de colaboración con el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, sentando las bases para la investigación en enfermedades metabólicas.

El 1º 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, para las actividades médicas, de investigación, enseñanza y administración de los recursos físicos, humanos y de su patrimonio; este cambio en la vida institucional implicó, en su momento, modificaciones sustanciales en la estructura orgánica, la definición y ampliación de puestos de coordinación para las actividades médicas, de investigación y enseñanza, así como la administración de sus recursos y patrimonio.

El 26 de mayo del año 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley de Institutos Nacionales de Salud, la cual define al Instituto como un organismo descentralizado del Sector Salud determinando como objeto principal de la institución la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos de excelencia y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia y, cuyo ámbito de acción comprende el territorio nacional.

## Capítulo 2. 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 la transición demográfica de 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 demográficos en el llamado bono demográfico:

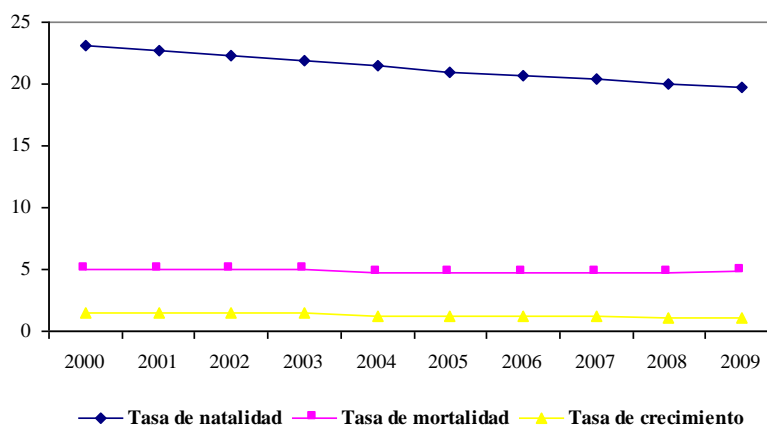
El primero, que la población infantil y juvenil (0 a 24 años) sufrirá un decremento de 13.8 millones de personas.

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 edad mediana 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)<sup>1</sup>.

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



Fuente. [CIA World Factbook](#)

<sup>1</sup> Hilda Novelo de López. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. Revista salud pública y nutrición, 2003:(5).

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, 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 infecciosas<sup>2</sup>.

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 Salvador<sup>3</sup>.

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; ésta 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

---

<sup>2</sup> Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2005.

<sup>3</sup> *Ibidem* 3.

del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios. Ello contribuye a perpetuar la pobreza entre los grupos excluidos<sup>4</sup>.

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.

### **Índices 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 adecuadas<sup>5</sup>.

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 humano 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 2009<sup>6</sup>, 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%.<sup>7</sup>

En México, 5.3% de la población vive en estado de pobreza humana, 17.6% subsisten con menos de 1,25 dólares al día<sup>8,9</sup>. Las situaciones más difíciles se encuentran en siete estados de la república: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Yucatán, Tlaxcala, Hidalgo y Puebla, donde esta

---

<sup>4</sup> Índices de marginación 2005. CONAPO.

<sup>5</sup> Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano. Oficina Nacional de Desarrollo Humano PNUD-México.

<sup>6</sup> Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2009.

<sup>7</sup> Objetivo de Desarrollo del Milenio. Informe 2009. Fondo de las Naciones Unidas, Nueva York 2009.

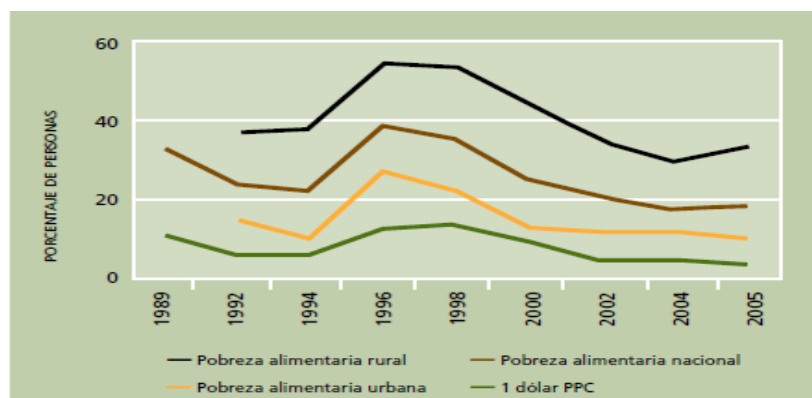
<sup>8</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006. Gobierno de la República Mexicana.

<sup>9</sup> Banco Mundial, 2005. Generación de ingreso y protección social para los pobres.



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.

**Evolución de la pobreza  
México, 1989-2005**



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 sociedad<sup>10</sup>. La infancia y la adolescencia, constituyen los grupos más vulnerables a la pobreza, la que limita drásticamente sus posibilidades futuras de integración social.

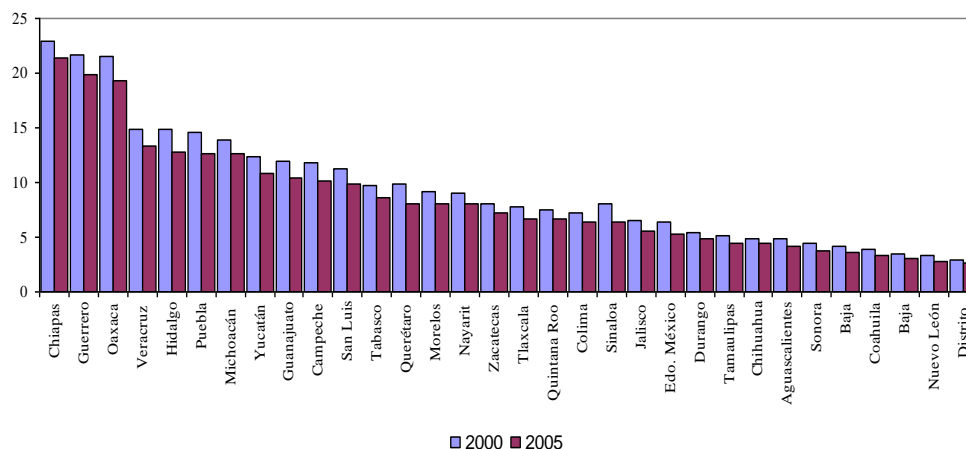
La precariedad en la vida de un niño, lo lleva a niveles inadecuados de nutrición y a un menor desarrollo en general, asimismo, precipita su incorporación prematura al trabajo de manera informal y en malas condiciones, lo cual es sustrato para que el 75% de los niños abandonen la escuela, con consecuencias no sólo de ignorancia sino de vulnerabilidad para hacer frente a la vida y al desarrollo.

En 2007 casi 4 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Los datos del Conteo 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 les siguen siete entidades: Veracruz, Hidalgo, Puebla, Michoacán, Yucatán, Guanajuato y Campeche, con proporciones de analfabetismo entre 10 y 14 por ciento.

<sup>10</sup> 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 la pobreza extrema afecta 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 de edad en esta condición 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 al nivel de toda la población. 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 en 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 o nietos del jefe de familia.

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%)<sup>11</sup> 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 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 solteras 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.

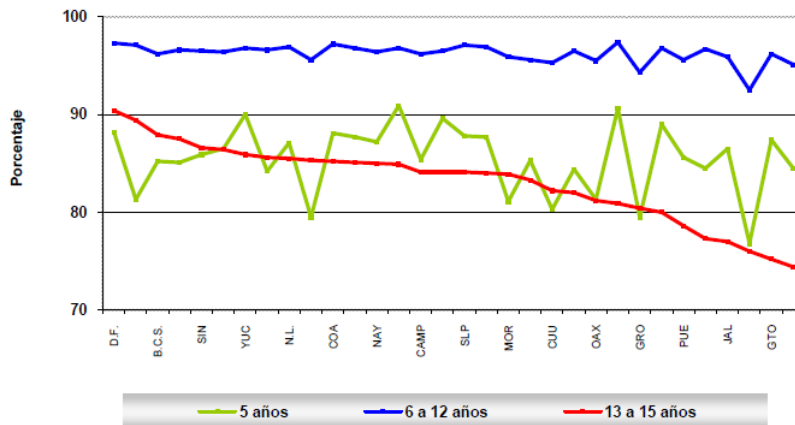
El promedio de escolaridad es de 7.7 grados, pero en realidad en el 20% del sector más pobre el promedio es de 3 grados<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Encuesta nacional de la juventud. 2000. Instituto Mexicano de la Juventud.

<sup>12</sup> Datos extraídos de UNICEF Y UNESCO 2005.

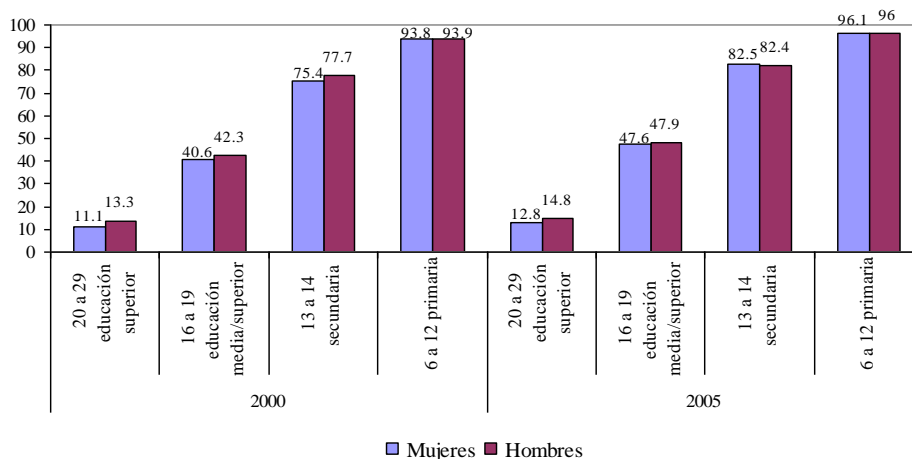
**Porcentaje de la población de 5 a 15 años que asiste a la escuela por entidad federativa según grupos de edad, 2000 y 2005**



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

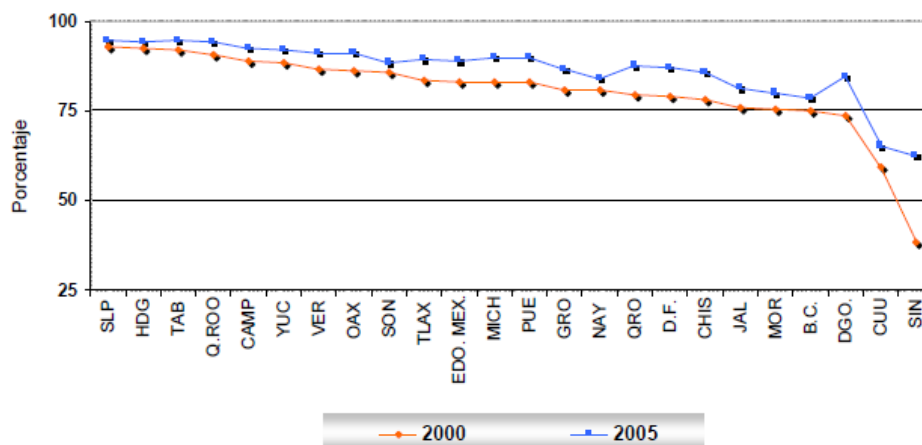
La dinámica poblacional tiene relación aquí básicamente con dos fenómenos, la urbanización y la composición de las poblaciones indígenas.

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 nacional<sup>13</sup>.

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).

Los Indicadores con Perspectiva de Género para los Pueblos Indígenas<sup>14</sup> 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, existe 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.**



Nota: Excluye los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Guanajuato, Nuevo Leon, Tamaulipas y Zacatecas, debido al reducido número de hablantes de lengua indígena que residen en ellos.

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

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.

<sup>13</sup> *Ibidem* 1.

<sup>14</sup> 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.

### Vulnerabilidad y marginación social indígena

En la actualidad, la mayor parte de los pueblos indígenas viven en condiciones de extrema pobreza<sup>15</sup>. 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 migración<sup>16</sup>. 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”<sup>17</sup>. 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 1.7<sup>18</sup>. 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%<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> París, María Dolores; “Los triquis en California: Nuevas migraciones y derechos humanos” en *Entre Redes*, No. 12, Sin Fronteras, México, 2003, p. 18.

<sup>18</sup> Citlalin Castañeda de la Mora; *Vulnerabilidad y derechos humanos de las mujeres indígenas migrantes*, UNESCO México, 2008.

<sup>19</sup> Sexto Informe Periódico de México al Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, p. 247.

**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 con una concentración de enfermedades 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 a estar preparados de manera anticipatoria con estrategias modernas de organización y gerencia ante otros 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 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 en promedio diario 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 salvarlos<sup>20</sup>.

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, que provienen de los hogares, las comunidades y la prestación de servicios de salud; y básicos que provienen de la comunidad. Los factores por lo tanto, interactúan entre sí para dar paso a daños a la salud<sup>21</sup>.

Las mortalidades materna e infantil, ligados 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.

### **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 los perinatos, 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 años.<sup>22</sup>

---

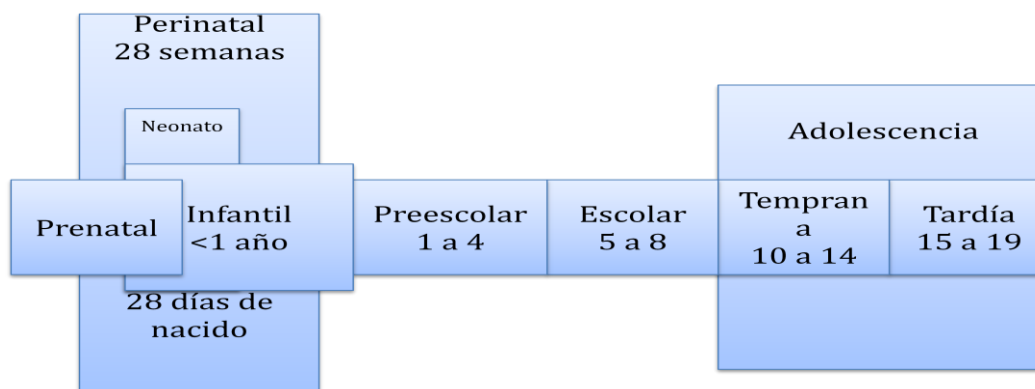
<sup>20</sup> Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). EEUU, 2007.

<sup>21</sup> Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud materna y neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). EEUU, 2008.

<sup>22</sup> Programa nacional de infancia y adolescencias. CENSIA. 2002. Secretaría de Salud. México.



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



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, muchas 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 industrializado<sup>23</sup>.

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.

En 2006, la cifra mundial anual de muertes en menores de cinco años fue casi de 10 millones de niños (60% respecto a 1970<sup>24</sup>). Pero implica un rezago en cuanto a la tendencia de otros problemas como las infecciones en general.

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

<sup>23</sup> Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008. Naciones Unidas. Nueva York 2008.

<sup>24</sup> Ibídem 1.

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<sup>25 26,27</sup>.

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 meta<sup>28</sup>. El regional es muy desigual, para 2009 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.

---

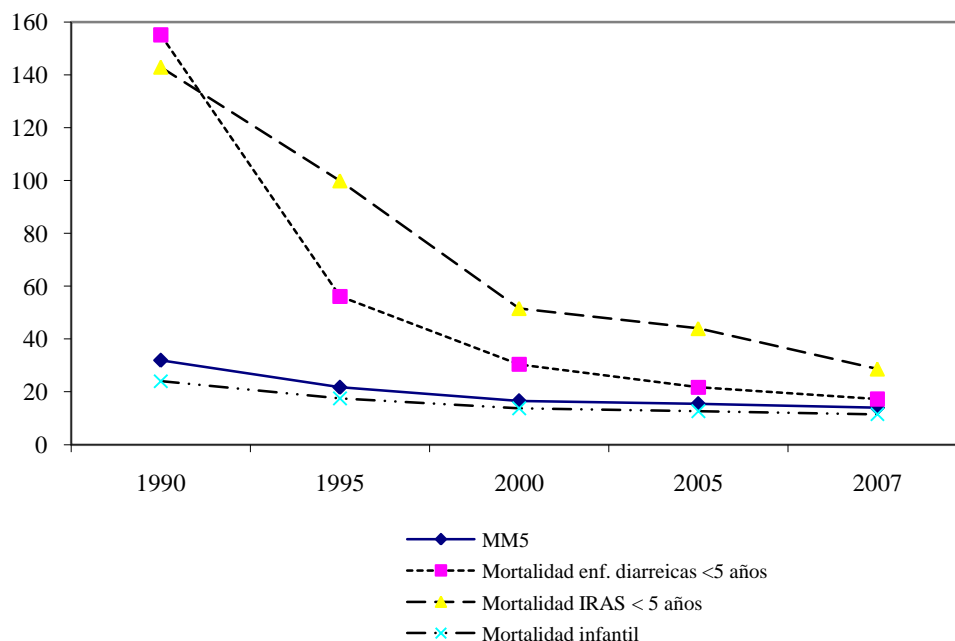
<sup>25</sup> Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, *Observatorio Demográfico*, Año 1, N° 4, Santiago de Chile, 2007.

<sup>26</sup> Urban Agglomerations 2007, United Nations. Department of economic and social affairs population division. [www.unpopulation.org](http://www.unpopulation.org)

<sup>27</sup> Urban and rural areas 2007, United Nations. Departamento of economic and social affairs. Population division. [www.unpopulation.org](http://www.unpopulation.org)

<sup>28</sup> Maren Jiménez, Fabiana Del Popolo, Guiomar Bay, Dirk Jaspers-Faijer. 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%.

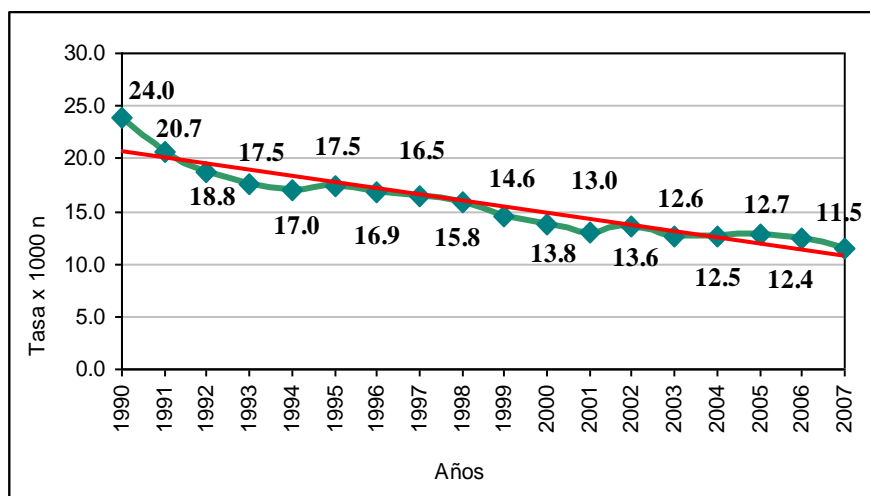
La mortalidad por infecciones respiratorias agudas y por enfermedades diarreicas en 1990 figuraban entre las primeras causas de mortalidad en menores de cinco años. En el primer caso, la reducción fue 80% (de 142.9 defunciones por 100 mil menores de cinco años en 1990 a 28.7, en 2007), mientras que en 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 salud<sup>3</sup>.

**Mortalidad infantil (menores de 1 año)**

En México de 1990 a 2007, al reducirse la mortalidad en la niñez se ha aumentado la 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.

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



CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx).

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

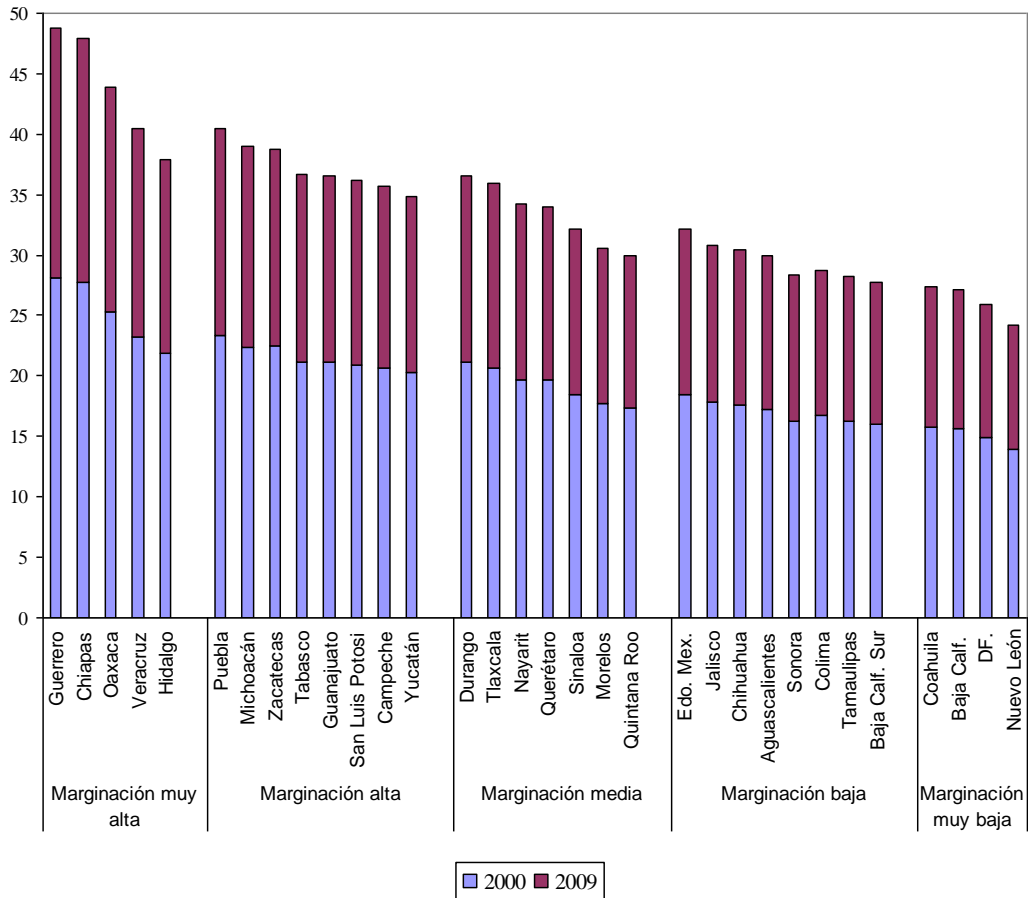
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

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

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

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](http://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.

Otra causa de muerte en menores de un año es el bajo peso y la prematuridad entidad que se relaciona con el embarazo en extremos de la vida reproductiva y a condiciones de pobreza en las familias.

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 protéica	Agnesia 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].

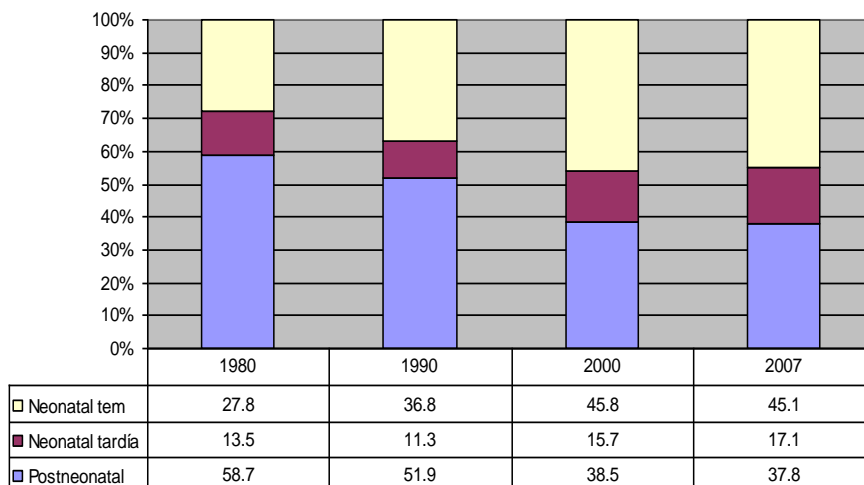
**Mortalidad Perinatal y Neonatal**

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 neonatal y perinatal 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 a expensas de enfermedades congénitas y degenerativas.

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**



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].

**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 bajo 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 rezago<sup>29</sup>.

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

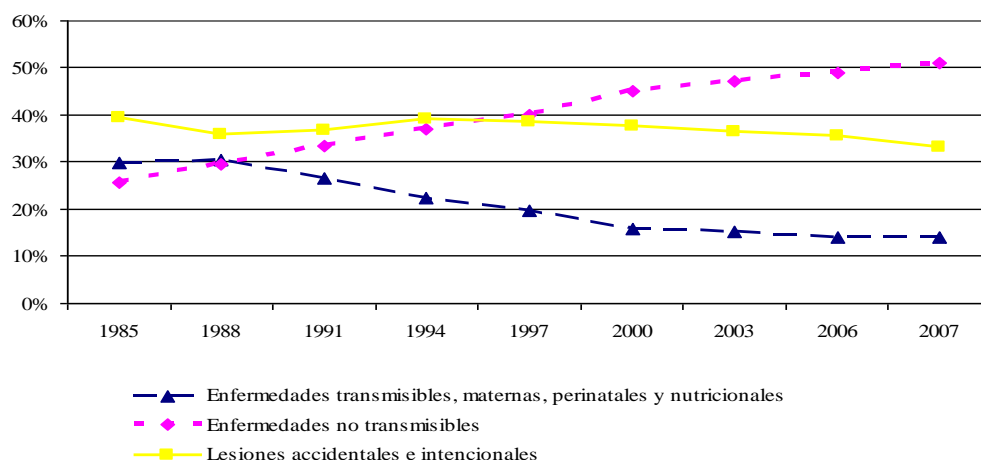
Es conveniente destacar que en 1983 las infecciones respiratorias bajas aparecían en tercer lugar y las diarreas en primer lugar<sup>30</sup>; y en 2007 se ubican en el sexto y décimo tercer lugar respectivamente.

<sup>29</sup> 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].

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

### Transición epidemiológica en los escolares de 5 a 12 años

1979 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; siguen en importancia las nefritis y los problemas neurológicos incluida la epilepsia.

Según entidades federativas, por causas seleccionadas en niños de 5 a 12 años, los primeros lugares en accidentes de vehículo de motor (tránsito), los ocupan 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 darle 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)<sup>31</sup>. En términos convencionales se trata de un período de desarrollo de los individuos entre la niñez y la edad adulta<sup>32</sup>.

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 autoinflingidas, efecto de interacciones externas de riesgo que impactan con mayor fuerza a los varones que a las mujeres en una escalada de género<sup>33</sup>.

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 la sobremortalidad masculina es constante en todos los países<sup>34</sup>.

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 en total es de 1.23:1, y en el grupo de 10 a 14 años de 1.45:1 respectivamente y de 15 a 19 años de edad la razón aumenta de 2.24:1. La magnitud de la muerte es mayor para los varones, quienes sufren riesgos diferenciales que están ligados a la construcción de género: los accidentes de tránsito son 3 veces más frecuentes en hombres que en mujeres; los homicidios 4 veces más; los suicidios 2; y el peatón lesionado 4.

En las estadísticas encontradas en algunos países de Iberoamérica como México, Brasil y Venezuela, el cáncer y las neoplasias se encuentran entre las principales causas de mortalidad en adolescentes, sobre todo con 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

---

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> 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.

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

<sup>34</sup> *Ibidem* 11.

han desplazado hacia la adolescencia estos padecimientos debido al incremento de la cronicidad y al incremento de la sobrevida<sup>35</sup>.

**Causas de defunción en menores de 19 años. República Mexicana, 2007**

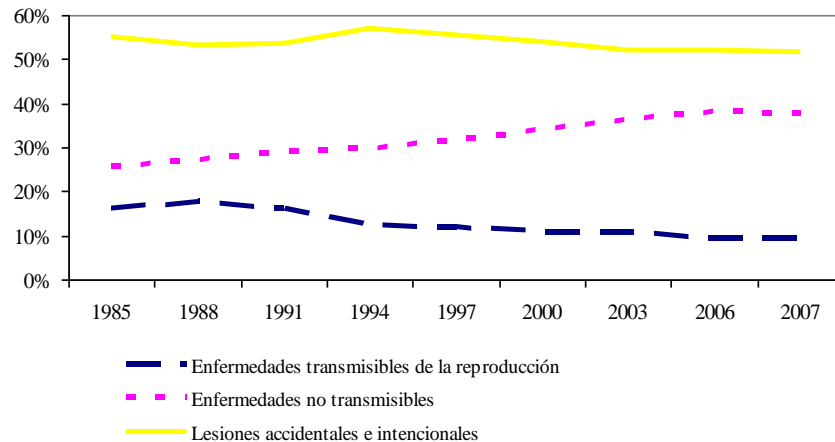
<b>Lugar</b>	<b>Escolares</b>	<b>Adolescentes</b>
1	Leucemia y otras formas de cáncer	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)
2	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	Leucemia y otras formas de cáncer
3	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	Agresiones (homicidios)
4	Trastornos neuropsiquiátricos	Lesiones autoinfligidas 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 protéica	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 se anexan las malformaciones congénitas del corazón, desplazando fuera de las primeras diez, a la parálisis cerebral.

<sup>35</sup> *Ibidem* 12

**Transición epidemiológica de 3 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].

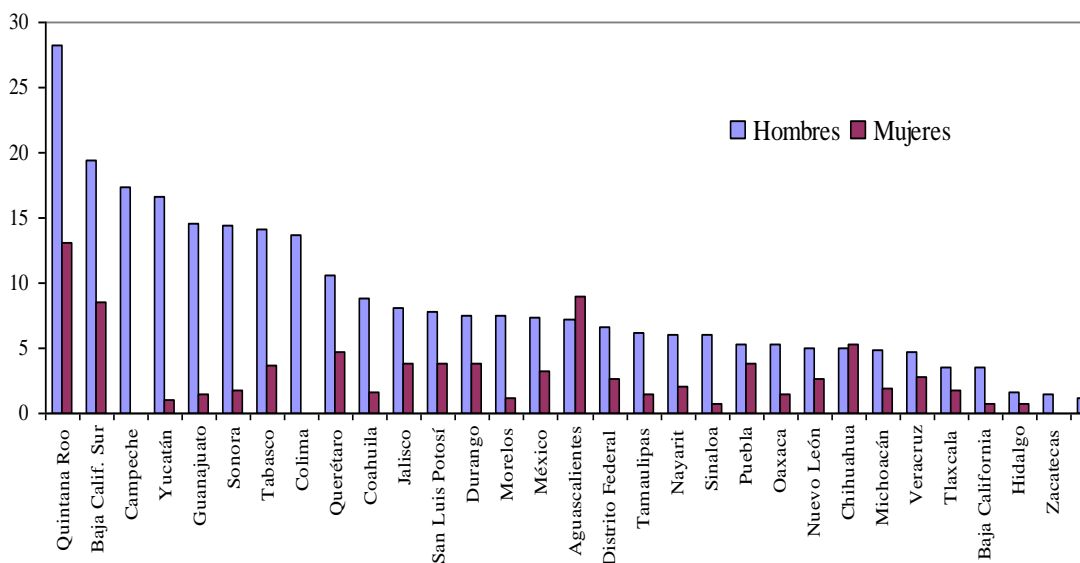
El VIH/SIDA entre los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad constituye una tasa de 2.9 x 100 mil, aunque muy inferior a la de los adultos (16.9) ha crecido en forma alarmante. Existen poblaciones con fronteras transitadas que tienen altas prevalencias de la enfermedad con una razón de 6:1 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<sup>36 37</sup>.

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.

<sup>36</sup> *Ibidem* 12.

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

**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 años<sup>38</sup>.

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.

**Problemas asociados a la nutrición y la alimentación**

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

<sup>38</sup> Notas técnicas de la Encuesta de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.

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 intelectual<sup>39</sup>.

La mala nutrición, tanto la desnutrición como la obesidad, son un sistema complejo en salud, involucra determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. En el 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 hogar<sup>40</sup>. 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 y a partir de la década de 1980.

La nutrición 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 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.

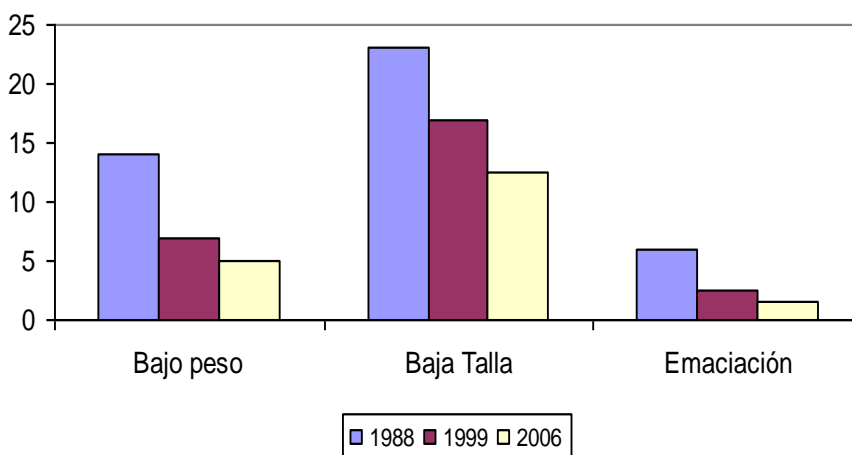
Entre 40 y 70% tienen deficiencias de ácido ascórbico y riboflavina, de 20 a 72% tienen deficiencias de retinol y 25% de zinc<sup>2</sup>.

---

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social. Octubre 2006.

**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 baja talla disminuyó 10.1% y el bajo peso disminuyó 8.2% de 1988 a 2006<sup>41</sup>.

La prevalencia nacional de anemia en niños de 12 a 59 meses, es de 23.7%. Se calcula que alrededor de 1.9 millones de niños preescolares padecen anemia en México. En zonas urbanas es de 22.8% y las rurales 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 urbanos y 31.6% en rurales.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, fue 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 8.7% de las niñas<sup>42</sup>. La prevalencia

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

<sup>42</sup> 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.

combinada de sobrepeso y obesidad en aumentó un tercio; los mayores aumentos se dieron en obesidad y en el varones.

**Conclusiones diagnósticas**

1. Los daños a la salud tienen diferencias importantes relacionadas con el origen urbano o rural de la población.
2. Tienen una estrecha relación con la pobreza de la población con su estatus social y su nivel socioeconómico.
3. La escolaridad de la población está relacionada con la pobreza y con daños asociados a esta condición, pero la escolaridad de las mujeres es predicadora de daños a la salud en los niños.
4. Los determinantes sociales no solamente son elementos que intervienen 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.
5. Las causas de muerte en áreas urbanas están asociadas a enfermedades crónicas degenerativas, neurológicas, accidentes y recientemente obesidad y otras conductas contrarias a la salud como son las adicciones y la violencia.
6. En las áreas rurales persisten problemas de rezago como es la alta mortalidad perinatal y ello debido a la falta de atención médica adecuada.
7. 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 3. PROGRAMA 2011-2012

#### Avances del Proyecto 2010-2015

En este análisis se verificó la información del análisis FODA que se realizó para el programa de la Dirección General 2010-2015 analizando los principios tácticos dictados por el programa:

#### Principios administrativos institucionales

1. Desarrollar un concepto objetivo de reingeniería
2. Ataque frontal a las debilidades
3. Aprovechar las oportunidades
4. Trabajar directamente con las líneas de acción y sus componentes
5. Generar resultados con proyectos integrales

#### Principio 1. Reingeniería como punto de partida

Las acciones, para la reingeniería de la estructura del INP, se han llevado a cabo con **3 conceptos fundamentales**: a. Reingeniería de los espacios físicos; b. Reingeniería de los procesos de trabajo; c. Reingeniería de los recursos humanos, capacitación y actualización.

- a. La reestructuración de la **planta física, mobiliario y equipo**, procurando organizar líneas de procesos para acercar físicamente los pasos que se requieren para hacer más eficiente la producción de servicios y el desarrollo de productos.

#### Ejemplo de reingeniería física: Consulta externa, toma de productos, rehabilitación y foniatría.

Toda esta atención ambulatoria se manejó como proyecto integral, la atención de estos servicios se encontraba dispersa física y organizacional. Provocaba una circulación masiva por todo el hospital y otras áreas de investigación y áreas de servicios generales.

Se requirió: analizar los procesos; desarrollar manuales de procedimientos; reorganizar la atención; sistemas informáticos; equipamiento; obra pública; capacitación del personal; y la farmacia hospitalaria favorece el apego al tratamiento.

Concepto de cambio	2005	2009	2010	A 2015
Tiempo de espera para 1ª. Vez	7 horas	3.5 horas	3.0	2.0 horas
Recorrido para trámites	2000 m <sup>2</sup>	200 m <sup>2</sup>	200 m <sup>2</sup>	150 m <sup>2</sup>
Flujo de pers por escaleras y elevadores X minuto	175	27	20	15
Extravío de expedientes	27.3%	12.6%	14%	0%
Abandono tratamiento en consulta externa	31%	12%	17%	5%
% de pacientes sin recibo de pago a la salida	19%	0%	0%	0%
Tiempo de atención en toma de productos	4 horas	2.5 horas	2.5 horas	2.5 horas
Tiempo de entrega de resultados	8 horas	6.3 horas	5.9 horas	6.0 horas
Número de consultas de primera vez	17,212	20,142	15,071	35,000
Total de consultas	244,780	256,890	239,622	250,000
Exámenes diarios	564,710	923,171	1,000,022	760,000



- b. La reorganización de los **procesos de trabajo**. Este paso de la reingeniería tiene relación con la reducción del número de pasos en trámites y resultados para la atención de los pacientes.
- c. La alineación de acciones de coordinación y clínicas complementarias, reacomodo y capacitación técnica, administrativa y especializada de los **recursos humanos**.

### **Principio 2. Debilidades hacia fortalezas**

Para el programa 2010-2015 de la Dirección General se establecieron 67 debilidades en el proceso de evaluación del FODA.

Por lo que en este principio debemos mostrar el avance de la transición de debilidad a fortaleza lo que se presenta en el siguiente cuadro en forma cuantitativa.

**Tabla de debilidades del Proyecto 2010-2015**

Nivel Área	Estructura	Procesos	Resultados	Avance 2010		
				Total	Modificadas	%
Investigación	6	6	4	16	3	19.0
Enseñanza	5	5	5	15	4	26.7
Asistencia	6	6	6	18	5	27.8
Administración	3	3	3	9	2	22.2
Planeación	3	3	3	9	4	44.0
Total	23	23	22	67	18	26.9

Fuente: Informe anual de actividades por dirección de Área 2010.

### **Principio 3. Avanzar sobre las estrategias y líneas de acción propuestas.**

Derivado del análisis estratégico (FODA), la Dirección General presentó, ante la junta de Gobierno del INP, el Proyecto 2010-2015 que tuvo como base de planeación, para su ejecución, 3 estrategias orientadas a las áreas sustantivas y 3 a la organización de los servicios; de ellas surgieron 51 líneas de acción; y que a su vez tuvieron 129 componentes operativos.

#### **Estrategias del Programa 2010-2015**

1. Llevar a cabo proyectos especiales mediante clínicas integrales de atención.
2. Mejoramiento del impacto de los productos de investigación en salud.
3. Desarrollar estrategias orientadas a reforzar las fuentes de financiamiento y el cuidado del gasto.
4. Controlar pérdidas en un marco regulatorio mejorado y bajo un uso racional de los recursos disponibles.
5. Rediseñar los sistemas de información institucional.
6. Desarrollar acciones gerenciales para la organización de los servicios y la coordinación interna.

El avance esperado para 2010 es del 20% sobre las líneas estratégicas las cuales se observan en el siguiente cuadro, sin embargo cabe aclarar que los avances más significativos tienen relación con aspectos de financiamiento y organización, los cuales han fortalecido la estructura y se tienen como prioridad para los dos primeros años.

**Tabla de componentes operativos y nivel de cumplimiento institucional a diciembre de 2010**

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>Total</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Cumplidos</b>	<b>% del total</b>
1. Proyectos especiales	10	2	3	33.3
2. Impacto Investigación	12	3	3	25.0
3. Financiamiento institucional	6	2	5	83.3
4. Control de pérdidas	10	2	2	20.0
5. Rediseño de los sistemas de información	6	2	2	33.3
6. Organización de los servicios	7	2	3	42.9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>32.3</b>

#### **Principio 4. Generar resultados sobre proyectos integrales 2005 a 2010. Círculos virtuosos.**

El concepto de planeación estratégica es efectuado en apego a los requerimientos de la SFP y de la SHCP para los cuales se ha capacitado al personal de Planeación y de Administración en estos aspectos y sobre todo para el desarrollo de actividades que tengan como foco ejecutivo los resultados esperados.

El Instituto Nacional de Pediatría ha adoptado la metodología de elaboración y diseño de proyectos para poder hacer más expedito el cumplimiento de los resultados propuestos por el programa 2010-2015.

#### **Avance de Proyectos derivados de las estrategias a diciembre de 2010**

##### **1. Clínicas de Atención.**

Clínica de enfermedades de depósito lisosomal.

Clínica integral de estomatología.

Clínica de cardiología pediátrica e insuficiencia cardiaca.

##### **2. Financiamiento integral por recursos propios pagados por el Fondo para gastos catastróficos.**

Recuperación de fondos del Seguro Popular por registro de pacientes con enfermedades autorizadas por el fondo de Gastos Catastróficos. Se recuperaron un total de 65 millones de pesos, como recursos propios.

Estrategia para el control de cobros en cajas y registro de actividades a pacientes en cuentas corrientes, por una vigilancia de la facturación con apego al expediente clínico. Se recuperaron aproximadamente 35 millones de pesos.

Recuperación de fondos producto de multas y penalizaciones a proveedores y otros con un monto aproximado de 3 millones de pesos.

Se desarrolló un área de proyectos de inversión, equipamiento e infraestructura que tiene como funciones el diseño, registro y financiamiento de proyectos de inversión e infraestructura del INP. Esta unidad Horizontal se ha desarrollado para dar coherencia a la solicitud de financiamientos pero sobre todo a su autorización.

Desarrollo de unidad de atención a usuarios. Las áreas de Atención al Pública se han consolidado en forma coordinada para atención e información a pacientes siendo las más importantes relaciones hospitalarias y trabajo social, áreas que tienen a su liderazgo la satisfacción de necesidades del paciente. Se apoyan con escolaridad y con el voluntariado institucional.

Consolidación de cajas de cobro. Esta es otra línea de acción que se ha consolidado desde el punto de vista electrónico, esta área se hace cargo de todos los cobros generados por servicios que se prestan a pacientes, se ha elevado el nivel de cobro del expediente y acorde a la clasificación socioeconómica, de un 32 a un 47% en revisiones de expedientes contra facturación.

### **3. Controlar pérdidas en un marco regulatorio mejorado y bajo uso racional de recursos disponibles.**

El control de pérdidas tiene que ver con eficiencia de procesos de trabajo y ahorro y cuidado del equipamiento y con las pérdidas insensibles de energía, gases medicinales y agua potable.

En primer lugar los sistemas de calidad han permitido mejorar los procesos de atención reduciendo el tiempo y los pasos que debe recorrer el usuario para poder usar el servicio, aunado a lo anterior la sistematización ha permitido medir los costos de la atención y aplicar acciones encaminadas a la optimización de recursos y su pérdida, así como de controles a tiempo y completos.

Otra actividad importante de esta estrategia es el fortalecimiento del programa de control de riesgos que ha sido elaborado y se le da seguimiento, en 2009 se tenían 35 riesgos en el programa de vigilancia y control y en 2010 se tienen solamente 9 riesgos remanentes. La fuente de información para este control la constituye el Sistema de Auditorías del INP que se otorgan por agentes externos e internos.

### **4. Rediseñar los sistemas de información Institucional.**

Expediente electrónico. En 2010 se concluyeron los trabajos de preparación de la red informática que estuvieron compuestos por el 75% de cableado estructurado, reacomodo de sitios de cómputo (16 en total), integración de la red en un solo punto de salida. Configuración y adquisición de seguridad perimetral. Reacomodo y consolidación del PACS de imagenología. Interoperatividad de 17 sistemas informáticos, adquisición de equipamiento y de periféricos de soporte técnico.

---

El expediente electrónico consta de 3 fases y se concluyó la fase 2 que se refiere al capítulo hospitalario en un 100%. Falta esperar 3 meses de uso y asesoría para evaluar su implantación.

Se han escaneado a la fecha el 34% de los expedientes de archivo muerto que abarcan de 1970 al año 2006 cuando dio inicio el registro de pacientes del expediente electrónico.

### **5. Desarrollar acciones gerenciales**

En acciones gerenciales se ha fortalecido el sistema de gestión de la calidad en todas sus áreas y se mantienen los registros para tres sistemas, el del área médica, el de laboratorios y el de banco de sangre. Se pretende integrar al sistema de laboratorios las unidades científicas de investigación.

Se tienen bajo manuales de procedimientos al 97% de todos los servicios técnicos y administrativos y certificados todos los del área médica que representan al 67% de todo el personal institucional.

Se han realizado actividades para la recertificación durante 2010 que abarcaron todas las revisiones de los estándares de la Joint Commission. Se entregaron resultados sobre los puntos revisados y se cuenta con 6 meses para revisar las no conformidades.

**Tabla de indicadores de control financiero**

<b>Concepto del gasto</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Presupuesto ejercido	541.8	593.5	659.1	761.0	747.6	880.6	900.1	945.0	1,097.5
Ingresos propios	19.6	21.4	25.7	30.2	39.4	91.1	72.7	99.2	111,521.0
Ingresos terceros	2779	4800	6050	14806	52524	58406	18951	14567	23657
Recursos humanos	400.2	442.4	472.2	492.9	534.4	551.2	596.0	230.8	688.0
Muebles e inmuebles	0.9	10.0	26.8	49.9	20.8	63.5	12.3	3.8	1.7
Materiales y suministros	85.7	100.3	110.5	121.9	112.9	171.7	185.3	230.8	267.9
Servicios generales	40.7	40.7	49.2	71.6	57.5	72.2	85.8	94.5	88.1

### **Proyectos institucionales**

#### **Sistema de Gestión de la Calidad de los Servicios de Atención Médica**

La reingeniería basada en los tres ejes, tuvo como plataforma de despegue, el Sistema Institucional de Gestión de la Calidad (SGC). Concepto que dio paso a la reingeniería de la documentación y certificación de los procesos de trabajo de todo el INP bajo la norma ISO 9001-2008 de carácter internacional.

Este Sistema de Gestión de la Calidad, permitió documentar las actividades, reducir a un mínimo de pasos los procesos, reasignar recursos físicos, humanos y materiales, completar los procesos y hacer que los servicios funcionaran frente a esta concepción sistémica; retomando de esta manera la práctica continua de la supervisión con el nombre de auditoría interna y externa dirigida, en forma estratégica, a los procesos en mejora continua.

Este principio unificador tuvo resultados fundamentales cumplir con el propósito institucional de otorgar a la población pediátrica menor de 18 años atención médica y quirúrgica de alta

especialidad, de alta calidad basada en evidencia científica con una mejoría significativa del costo beneficio.

El proyecto de SGC arrancó con la necesidad de documentar los procesos de atención en el área médica, quirúrgica, laboratorios, toma de productos y banco de sangre.

Basados en estudios realizados previamente, sobre calidad, se desarrollaron manuales de organización y procedimientos para subdirecciones, departamentos, jefaturas de servicios y se dividió la acción en 3 sistemas de gestión de la calidad.

**Manuales de procedimientos y organización de direcciones y subdirecciones según áreas**

AREAS	PROCEDIMIENTOS		ORGANIZACIÓN		TOTAL		
	META	REAL	META	REAL	META	REAL	%
Dirección General	1	1	1	1	2	2	100.0
Médica	8	7	8	7	16	14	87.5
Investigación	3	2	3	0	6	2	33.3
Enseñanza	3	2	3	2	6	4	66.7
Administración	5	3	5	3	10	6	60.0
Planeación	1	1	1	1	2	2	100.0
Jurídico	1	0	1	0	2	0	0.0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>66.7</b>

**Manuales de procedimientos y organización de departamentos y servicios según áreas**

AREAS	PROCEDIMIENTOS		ORGANIZACIÓN		TOTAL		
	META	REAL	META	REAL	META	REAL	%
Médica	94	47	94	80	188	127	68.0
Investigación	27	27	27	27	54	54	100.0
Enseñanza	23	20	23	22	46	42	91.3
Administración	54	40	54	40	108	80	44.4
Planeación	16	16	16	16	32	32	100.0
Jurídico	2	0	2	0	4	0	0.0
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>150</b>	<b>216</b>	<b>185</b>	<b>432</b>	<b>335</b>	<b>77.5</b>

Se impartieron 8,000 horas de capacitación en calidad, ISO 9001-2000 y en la elaboración de manuales.

Se conformó una estructura institucional a través del Comité de Calidad; un grupo de gerentes de calidad divididos en 5 procesos; se capacitaron a líderes auditores para el sistema.

El sistema cuenta con encuestas de calidad dirigidas al proveedor, prestadores de servicios, a usuarios y un buzón de quejas con verificación telefónica de la queja y previsión de riesgos de corrupción.

Este sistema se enlazó con los programas de mejoría de la gestión (PMG) y de riesgos propuesto por el gobierno federal; así como al sistema del IFAI, permitiendo la disminución preventiva de observaciones graves al INP por parte de la Secretaría de la Función Pública dada la integración de los informes y la transparencia de los procesos.

Todos los servicios de atención médica y de laboratorios y banco de sangre están certificados en la actualidad con ISO 9001- 2000.<sup>43</sup>

### **Sistemas de Información en salud. Expediente clínico electrónico.**

El sistema informático del INP, se ha estructurado la red de un 10 hasta un 75% de toda la planta física con una superficie de 60 mil m<sup>2</sup>. El parque informático de 350 computadoras de las cuales 269, eran obsoletas y debían darse de baja, a un total al cierre de 2010 de 1,200 con una obsolescencia de 187 equipos.

Se contaba con 16 sistemas independientes entre sí y sin expediente electrónico. Al cierre de 2010 se encuentra completa la fase I del expediente que cubre todo el sistema de atención ambulatoria y de servicios de apoyo. Al período se han realizado 100% de las pruebas informáticas de la fase II que cubre a todo el hospital y con conexión a computadora de los médicos de todos los servicios de laboratorio, rayos x, imagenología, dietología y la admisión hospitalaria. Para la administración está conectado el expediente con farmacia, cajas y cuentas corrientes.

#### **Estado de los bienes informáticos en el INP a diciembre de 2010**

NECESIDADES	SITUACIÓN		
	2005	2010	2011
Personal que requiere cómputo	650	2000	2200
No de computadoras	250	1200	1320
No sirven	95	160	60
Red 60,000 M2	12%	75%	80%
Internet	250	3,000	3,000
Sistemas en administración	25%	80%	80%
En Área médica	15%	75%	100%

<sup>43</sup> APLUS. Certificado emitido con fecha octubre 15 de 2009 y recertificación al 12 de febrero de 2010.

Servicios de apoyo	10%	100%	100%
Investigación	20%	70%	70%
Biblioteca	15%	35%	70%

**Nuevas necesidades de Tecnología Informática**

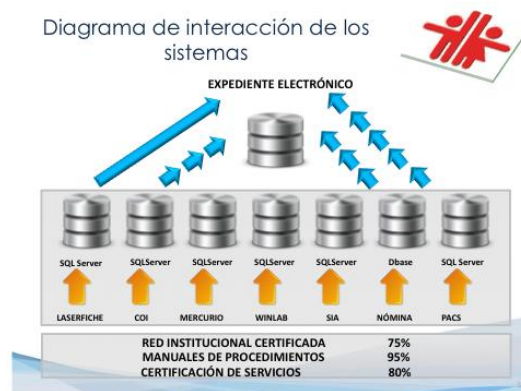
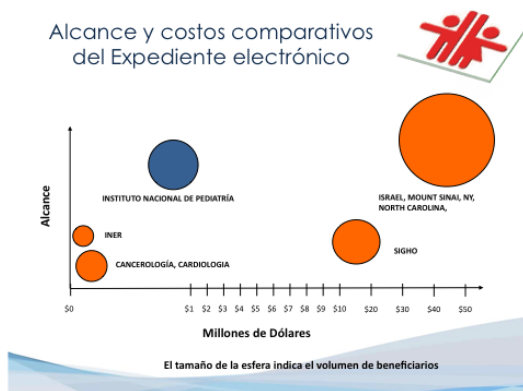
<b>Administración</b>	<b>Urgente</b>	<b>Posible</b>	<b>Deseable</b>
Control electrónico del ciclo requerimiento- licitación- adquisición- almacenamiento- distribución	*	***	***
Control electrónico ingresos y egresos	***	**	
Control electrónico de asistencia	*	***	
Control accesos		**	***
Inventarios- bancos- informes	*	**	***
<b>Investigación</b>	<b>Urgente</b>	<b>Posible</b>	<b>Deseable</b>
Manejo de base de datos ORACLE	***	***	
Sistema automatizado de control de proyectos	**	***	
Manejo electrónico de guías de práctica clínica y referencias bibliográficas ligadas a expediente	*	*	***
Automatización de bases de datos compartidas	*	**	***
<b>Enseñanza</b>			
Control de expedientes alumnos	***	**	*
Manejo de Blackboard para cursos a distancia	**	***	
Manejo de Biblioteca virtual y sistemas de referenciación electrónicos	***	**	
Telemedicina por web-ex	***	***	***
<b>Área Médica</b>			
Control electrónico de acceso	***	***	
Control de permanencia en el servicio	***	***	
Sala de situación en salud	***	***	*
Control de informes de Estadística y Archivo clínico	***	***	*
Accesos a consultorios por turno	***	***	*
Guías de práctica clínica al ECE	***	***	*
RIS para imagenología	***	***	*
Respaldo externo de datos	***	***	*

1. Administrativo: necesidad- licitación- adquisición- pago- almacenamiento- distribución- abastecimiento- consumo- servicio- cobro- financiamiento.
2. Información gerencial para la toma de decisiones: Bases de datos- catalogación- informes y salas de discusión.
3. Investigación: Información en bases de datos para su exploración y explotación para la generación de evidencia científica sobre los modelos de atención.
4. Eficiencia de los procesos: Controlar pérdidas; incrementar ingresos; acelerar el control documental y la toma de decisiones; combatir la corrupción.

Se enlazaron en torno al Expediente Clínico Electrónico los sistemas de atención en 8 laboratorios, banco de sangre y toma de productos; Todos los servicios de imagenología institucional para ser leídos y administrados desde los consultorios y las áreas de hospitalización (PACS); Sistema Mercurio para la administración de medicamentos y dispensación unitaria con maquinaria individualizada; Se enlazó el sistema de nómina y el control de asistencia para todo el personal así como los accesos a la institución a través de identificación digital; Se escanearon los expedientes clínicos de 1970 a 2004 para generar bases de datos interoperables desde la computadora de cada consultorio y área de hospitalización.

Las claves de internet ascendieron de 300 a 1,300 y se conserva el sistema UNAM que pasó de 204 a 550 usuarios.

Los beneficios más importantes: Reducir los tiempos de atención en todos los ciclos; reducir de manera considerable el consumo de materiales y medicamentos; mejorar hasta en un 1,000% la captación de recursos propios; tener bases de datos para su uso en investigación y gerencia; Unificar la información que se maneja en el INP; y finalmente reducir los gastos en mantenimiento correctivo casi a un 10%, así como el incremento de bienestar en los usuarios.





**Laboratorios de análisis clínicos y de investigación. Desarrollo tecnológico.**

Este círculo virtuoso, en evolución, ha tenido 3 momentos fundamentales: el primero la alineación y certificación de los procesos de trabajo, y la documentación de manuales de organización y procesos; el segundo momento fue la elaboración del proyecto macro de inversión y equipamiento que tuvo una gerenciación de recursos para reconstruir casi 2000 m<sup>2</sup> de 9 laboratorios, con innovación tecnológica.

La tendencia general al uso de los laboratorios es ascendente y tiene como consecuencia incremento en el gasto, para 2010, es un reto, diseñar una estrategia de racionalización del uso.

Se equiparon y amueblaron 2000 m<sup>2</sup> para 9 laboratorios de análisis clínicos, donde laboran 225 personas especializadas en estudios en pediatría.

Se atienden 300 pacientes ambulatorios y otros 300 en hospitalización diariamente para realizar cerca de 2000 exámenes de laboratorio diarios, los cuales han reducido el tiempo de envío de 120 minutos a menos de 1 minuto por cada paquete; el tiempo de entrega se ha fijado para ambulatorios antes de las 13:00 horas de cada día, cumpliendo lo anterior sin salvedades, en un 98.3%; el tiempo control de exámenes clínicos de rutina era de 3 horas el cual, gracias a la automatización se ha reducido a menos de 1 minuto.

Los beneficios hacia los pacientes y los prestadores de servicios han sido en la disminución de los tiempos de espera, la calidad de los resultados, la oportunidad para el diagnóstico, el apoyo en la monitoría hospitalaria.

**Obra pública y equipamiento**

Al inicio del 2005 se contaba con 58,000 m<sup>2</sup> de superficie construida. Se agregaron 9,000 m<sup>2</sup> de construcción para 2009 y en 2010 se agregaron otros 1,200 m<sup>2</sup>. Se habían rehabilitado 18,000 m<sup>2</sup> de la planta física y en 2010 se agregaron 2,000 m<sup>2</sup> más de las áreas de Estomatología, Cardiología, Banco de Sangre. Es decir se incrementó la planta física en un 23.5% y se rehabilitaron 40% de los espacios físicos del INP.

Teniendo en cuenta que se habían remodelado en los 5 años previos un 7% de la planta física al final podemos considerar que 78.9% de la planta física se encuentra en óptimas condiciones y que un 10% en condiciones aceptables y buenas y el resto requiere remodelaciones. La inversión total de 2005 a 2009 en obra pública fue de 161.6 millones de pesos y para 2010 se agregan 101.8 millones de pesos más.

Existe la necesidad de un edificio de hemato-oncología ante la tendencia a la alza de la demanda de padecimientos de estas especialidades.

En equipo electromédico y de laboratorio se sustituyó y adquirió equipo para el 78% de los registrados en el activo fijo. 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.

**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	554	6,170,155.42	37,349,198.00	9,946,338.67	67,195,537.28
		Neurodesarrollo	430	6,650,907.80			
		Pisos 8, 9 de la Torre de Investigación		7,078,937.39			
3	2005-2006	Remodelación del primer piso del edificio de hospitalización: hospitalización, Unidad de hemodialisis 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 (Tercer y 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			14,500,000.00
9	2009	Farmacia hospitalaria			9,000,000.00		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

No	Año	Descripción	M2	Obra pública	Equipo médico	Mobiliario y equipo admvo*	TOTAL
24	2010	Remodelación Area 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	650000	240,000.00	3,190,000.00
26	2010	Banco de Sangre	670	1,800,000.00	300000	160,000.00	2,260,000.00
		<b>TOTAL A DICIEMBRE DE 2010</b>	<b>18,409</b>	<b>208,333,958</b>	<b>254,522,726</b>	<b>43,589,665</b>	<b>510,446,349.00</b>

\*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 rayor X, Ventilador Adulto - Pediátrico - Neonata, Sistema de ultrasonido IE33, Monitor de signos vitales, Estación de cuidados respiratorios, Caleo con Thermomonitoring incubadora 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 Almacen General 2008-2009.

## CAPÍTULO 4. Programa de Actividades 2011

La Planeación Estratégica en el INP ha tenido sus propias tendencias y el presente Programa de Actividades 2011 tiene como insumo el programa Institucional 2010–2015. En este PA2011 se programan actividades sustantivas y un enfoque de programación por proyectos.

El Proyecto 2010-2015 plantea estrategias y líneas de acción, que surgen del análisis estratégico y del programa con enfoque a Marco Lógico de 2008, cuando se realizó una evaluación de medio camino por parte del gobierno federal.

Al haber cumplido con las acciones, se replantearon nuevas estrategias, basadas en la realidad institucional al corte de 2009. Estas estrategias aunadas a las actividades sustantivas, han sido reconstruidas aplicando un enfoque sistémico; existe conciencia del camino recorrido en la **reingeniería y restauración** de la institución y el siguiente proyecto pretenderá dar **sustentabilidad** a los procesos con un enfoque a la calidad de la atención. Se propondrá continuar con la misión que se previó para un plazo de 10 años, la cual con un avance sustancial, tendrá la posibilidad de direccionar las acciones a estos tres niveles.

### *¿Porqué asumir este nuevo enfoque de las directrices institucionales?*

Los enfoques de calidad asumidos por diversos autores tienen dos perspectivas importantes para el INP. La primera, cubrir el perfil organizacional que requieren las normas ISO de nivel internacional, esta perspectiva ha permitido documentar los procesos y aclarar los pasos para centrar la atención en usuarios, internos y externos de los productos y servicios del INP; la segunda perspectiva está relacionada con la corriente de calidad de la atención médica que busca el impacto de los resultados en la aplicación de los servicios al paciente y su familia.

Este enfoque tiene que ver en forma práctica con la recertificación que requiere el INP por parte del **Consejo de Salubridad General**, instancia rectora de la Presidencia de la República, que ha asumido un reto muy importante para certificar a los hospitales mexicanos bajo las normas de la Joint Comission International y que provee de herramientas útiles en la certificación a través de una metodología de rastreo de los servicios de atención.

El INP tendrá que recertificar durante 2011 y por lo cual el enfoque de las acciones estratégicas deben tener en el corto plazo coherencia con este mandato.

Es por ello que este programa de trabajo se diseña desde la perspectiva de la evaluación de los resultados de la aplicación de servicios de salud en los menores de 18 años y divide en forma organizacional las acciones en tres ejes estratégicos.

### Modelo estratégico basado en tres ejes de evaluación y calidad



La reingeniería se llevó a cabo durante el período 2005-2010 y su instrumento fue el programa estratégico.

La restauración fue tarea iniciada con la alineación de los procesos de atención durante 2007 y que se mantendrá hasta el 2015.

La etapa de sustentabilidad será de 2010 a 2015 a fin de blindar la regulación interna y consolidar los procesos de trabajo y de atención en forma total.

La calidad de la atención incluida la seguridad del paciente y la calidad de las prescripciones médicas es la meta a alcanzar en hospitalización aunado a la investigación, enseñanza y procesos administrativos con un enfoque gerencial.

### MISIÓN DEL INP

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 gran calidad y constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

En el INP el proceso enseñanza aprendizaje, es un compromiso con la medicina y la pediatría, se auna al academicismo y la ciencia no solo en la formación de posgrado y pregrado sino en la actualización de los egresados y de otros profesionales de la salud que asisten a la población en unidades de menor complejidad, con programas estratégicos de educación continua.

Lo anterior genera como consecuencia el llegar a compartir, con otras instituciones el liderazgo de la pediatría global, nos interesa ser referentes mundiales, locales y certificar nuestros procesos de atención, con la finalidad de dar confianza interna y externa a los usuarios y sus familias e impactar en la disminución de la carga de la enfermedad en los menores de 18 años y su familia.

---

## 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 visión del INP está centrada en los usuarios de los servicios, que perciban un compromiso en la atención de sus padecimientos; que los alumnos sean luz en la difusión de modelos innovadores en el país; que nuestros maestros tengan el reconocimiento merecido por formar recursos humanos para la salud; que las enfermeras, bioquímicos y otro personal como trabajo social, nutriología, entre otros, crezcan profesional y humanísticamente por efecto de su trabajo y este enaltezca a sus familias y entorno social; y que, todos ellos, contribuyan con el tejido social en pro de un mejor país; perciban que el INP es el mejor lugar para trabajar y que se enorgullezcan de encontrarse entre sus profesionales, en un amplio concepto de ciudadanía, debido a que son tomados en cuenta y participan en las decisiones que entre todos tomamos. En general se vuelvan protagonistas de su futuro y el de la institución.

## VALORES INSTITUCIONALES

Se realizó un estudio sobre los valores humanos en la organización, respecto al desempeño organizacional. Se llevaron a cabo 244 cuestionarios individualizados calculando la proporción por género, puesto y áreas.

Habitualmente la conducta humana en las organizaciones tiene como elementos visibles las prácticas, los relatos, el lenguaje, los símbolos y la socialización. Tiene como elementos de conducta las normas, los valores y las suposiciones.

Se estudiaron tres grupos de valores: Valores orientados al desempeño laboral, Instrumentales y Terminales. Los valores orientados al trabajo tienen relación con la idea calidad productividad y actitudes; Los instrumentales representan modos de conducta que se pretende alcanzar, morales y de competencia; Los terminales representan estados personales y sociales como aquellos que se pretende alcanzar.

### Valores de desempeño

**Calidad en el servicio:** La calidad del servicio se encuentra con un alto cumplimiento, alta disponibilidad, atención a los problemas del paciente por parte del personal (87%);

debe fortalecerse el desarrollo de estándares para los procedimientos; la empatía con el resto del personal y la actitud des servicio.

**Productividad.** La productividad en el INP se ve fortalecida por el amplio conocimiento que manifiestan sus trabajadores en el desempeño y por la disposición al conocimiento. Deben mejorarse el trabajo en equipo y la conciencia de los costos de los insumos.

**Actitud ante el trabajo:** elemento más fuerte de este valor es el compromiso que tiene el personal ante el paciente y su trabajo; deben mejorarse la administración del tiempo, las relaciones interpersonales y la creatividad.

#### **Valores instrumentales**

**Morales:** En este valor los componentes mas fortalecidos en el INP son la responsabilidad, la honestidad y la lealtad. Deben fortalecerse el autocontrol y la obediencia.

**De competencia:** Se encuentran como puntos muy fuertes la limpieza, la mente abierta, la independencia y la capacidad. Debe fortalecerse la intelectualidad y reforzar la creatividad e imaginación.

#### **Valores terminales**

**Personales:** Se encuentran como sobresalientes el interés por la salud y por la amistad. Requieren recisión la sensación de logro y el conformismo con su entorno directo. En este valor se manifestó como hallazgo bajo la vida emocionante de los trabajadores.

**Sociales:** El personal mostró interés alto en el respeto a sí mismo, en la seguridad de la familia y en una sociedad pacífica. En este campo debe fortalecer el reconocimiento social y la belleza del entorno así como la percepción de seguridad nacional.

Lo anterior fortalece y justifica la escala de valores como agregados culturales a la Institución orientados en forma científica a empatar los intereses del personal con los de la organización reflejados en el desempeño.

#### **Análisis estratégico**

La planeación estratégica en el INP está orientada a la resolución de problemas identificados por la organización. El INP ha recuperado su esencia y el sentido del servicio a la infancia y la adolescencia, la Planeación Estratégica desde este enfoque, está orientada a identificar situaciones que deben cambiar para mejorar el cumplimiento de nuestra razón de ser como organización.

La identidad en los productos finales debe llevar a reflexiones a través de éste método de planeación cuya finalidad es la delimitación de ellos y cómo llegar a través de acciones concretas y adecuadas a los usuarios.

## FODA POR ÁREAS SUSTANTIVAS

### Análisis estratégico de las acciones de Investigación Científica

En el área de investigación se tienen diferentes áreas de oportunidad y mejora, fundamentalmente se buscará en la etapa de sustentabilidad mantener la calidad de la producción científica, consolidar la formación de los investigadores e incrementar la producción y difusión del conocimiento con registro de autores y patentes que permitan avanzar en el desarrollo tecnológico.

### Finalidad de la investigación en el INP:

Realizar investigación interinstitucional, multidisciplinaria y traslacional con alto rigor científico, que genera y divulga conocimiento de vanguardia y es líder en la creación de modelos de atención a la salud de la niñez y la adolescencia, los cuales impactan en políticas de salud y se basan en principios y valores con profesionales altamente calificados en las áreas biomédicas y sociomédicas, capaces de integrar sus habilidades y destrezas en proyectos de investigación.

### Cuadro de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades orientados al cumplimiento de la finalidad.

INVESTIGACIÓN		
FORTALEZAS		
Estructura	Proceso	Resultado
Aumento en la proporción de maestros y doctores en ciencias médicas entre los investigadores	Programa de seguimiento al impacto de los productos de la investigación e influencia en programas y políticas de salud.	Incremento en publicaciones de alto impacto, actualmente representan el 50%
Investigación acorde con los problemas nacionales de salud de la infancia y adolescencia	Se cuenta con un Mapa de ruta para la investigación	Desarrollo de patentes
Investigadores dentro del S.N.I. y el Sistema de los INSalud, en investigación básica (biomédica), clínica, epidemiológica y socio-medica	El INP cuenta con bases de datos originados de la experiencia clínica para investigación	Incremento en el número de investigadores
Torre de investigación con infraestructura para el desarrollo de investigaciones de alta calidad	Presupuesto basado en resultados (asignación de recursos financieros según productividad)	Incremento en proyectos financiados por CONACYT
Áreas de investigación, remodeladas y equipadas parcialmente	Proyectos con financiamiento externo por mayor capacidad de gestión	Coordinación con estructuras del sector salud
Programa de Mejora de la Gestión (redistribución de recursos humanos)	Desarrollo de programa de profesionalización de la investigación (maestría y doctorado)	



<b>DEBILIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Falta presupuesto	Centralización de decisiones	Claridad en los resultados
Se mantiene una organización histórica basada en áreas funcionales, sin planeación estratégica	Se requiere mayor vinculación con las áreas operativas.	Falta de educación del investigador para el desarrollo y registro de patentes
Programa de formación orientado a investigación básica, clínica y epidemiológica en niños y adolescentes	No hay una administración eficiente encaminada a favorecer el proceso de investigación	Alianzas estratégicas nacionales e internacionales
Estructura departamental en Investigación Experimental	Se requiere mayor comunicación entre la investigación clínica y la experimental	Pacientes atendidos en protocolos de investigación
Estudios en seguridad alimentaria familiar	Falta de coordinación	Avance en el desarrollo de sistemas informáticos
Envejecimiento de la plantilla laboral	Falta de logística en el uso del equipo electro médico por dependencia externa y cumplimiento de proveedores	
<b>OPORTUNIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Programa sectorial para el financiamiento de la investigación (CONACYT-SSA-IMSS-ISSSTE)	Mejora de los procesos de investigación	Necesidad de bases de datos útiles para otros investigadores
Importancia del financiamiento y aplicación de nuevas patentes (v. gr. Dispositivos médicos, desarrollo de sistemas, equipos de laboratorio)	Aportación de recursos externos para financiamiento de investigación, industria.	Desarrollo de modelos de atención aplicables a enfermedades emergentes
Financiamiento para la investigación poblacional en infancia y adolescencia	Desarrollo mundial de la medicina genómica y basada en evidencias	Impacto de los resultados en programas de educación médica continua
<b>AMENAZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Riesgo de reducción presupuestal Incremento en el costo de los insumos para la investigación	Colaboración interbibliotecaria y acervos electrónicos institucionalizados	Implantación de estructuras de investigación sin base teórica a nivel nacional
Cambio en la morbilidad y en la pirámide poblacional	Sistemas de información para la investigación en el país	Inventario de tecnología para la investigación inexistente
Sueldos y remuneraciones insuficientes a pesar del programa de homologación	Competitividad en lugar de colaboración entre las instituciones	Insuficiente gasto federal en el rubro de la Investigación

**Análisis estratégico de las acciones de Enseñanza**

La enseñanza ha sido siempre el puntal para la reproducción del conocimiento en las áreas de pre y posgrado, así como de la participación de los diseños curriculares de los programas académicos.

Tiene así mismo como finalidad la actualización y seguimiento de los egresados de las disciplinas de la salud con la finalidad de generar recursos humanos de excelencia.

**Finalidad del área de enseñanza:**

Formar, capacitar y actualizar recursos humanos profesionales, técnicos y auxiliares, acorde a las necesidades de atención a la salud de la población menor de 18 años de la República Mexicana.

**Cuadro de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades orientados al cumplimiento de la finalidad**

<b>ENSEÑANZA</b>		
<b>DEBILIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Programa de evaluación de tecnología educativa	Programa de Educación Continua, para fortalecer a las unidades de salud de menor complejidad	Vinculación entre los programas de superación académica intra y extramuros a las necesidades del país.
Programas con enfoque epidemiológico y de puericultura establecido en el PNS	Programación de actividades de desarrollo de personal vinculado con el área de recursos humanos	Indexación de la revista Acta Pediátrica de México
Programa de profesionalización de la docencia y otro de actualización directiva	Modernización y automatización por medios electrónicos de la Biblioteca	Biblioteca, Filmoteca y Centro de Información y Documentación en rezago
Sistema de estímulos para el desarrollo académico	Sistematización en la obtención de fondos par.a estímulos a la docencia	Sistema de evaluación docente educativa y de seguimiento de egresados.
Acervo bibliohemerográfico actualizado. Desarrollo de telemedicina.	Cursos sobre temas socio médicos. Consolidación del centro de adiestramiento médico quirúrgico.	Adolescencia, no discriminación, equidad de género, cultura institucional, nuevas tecnologías informáticas, de telecomunicaciones y pedagógicas
<b>FORTALEZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Programa de Mejora de la Gestión (redistribución de recursos humanos)	Cumplimiento del Programa Único de Especialidades Médicas.	Reconocidos formadores de recursos humanos en especialidades y subespecialidades y cursos de posgrado.
Programas para la superación académica	Reconocimiento universitario de programas de especialidades.	Planes y programas de educación en salud con reconocimiento universitario.
Renovación de espacios educativos y renovación de equipos (aulas equipadas, auditorio y biblioteca con red UNAM)	Certificación por la UNAM de cursos, postgrados y de profesionales en el ámbito de la pediatría	Asistencia a las actividades académicas intramuros

Presupuesto basado en resultados (asignación de recursos financieros por actividad institucional)	Profesionales en formación, con enseñanza de metodología de la investigación.	Cursos sociomédicos CAINM
Aumento en el presupuesto para eventos de educación continua	Avance en el desarrollo de sistemas informáticos	Existe personal docente de gran experiencia y preparación
Alianzas con instituciones académicas y otras Instituciones del Sector Salud para capacitar profesionales.	Supervisión de los responsables de la enseñanza en la tutoría de los becarios.	Sede de para la formación de especialistas con reconocimiento universitario y latinoamericano
Autonomía para organizar y reestructurar cursos de formación	Rotaciones externas para mejorar la práctica pediátrica	Edición de libros de texto producidos por profesionales del INP y el comité editorial
Sistematización del proceso de evaluación para la calificación de alumnos.	La Unidad de Congresos trabaja con alta productividad	Sistema digital de control de asistencia y permanencia en eventos académicos.
<b>OPORTUNIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Instituciones nacionales e internacionales con interés de realizar convenios de intercambio	Apertura a modificaciones en el Programa Único de Especialidades Médicas	Necesidad de cursos de educación continua extramuros
La falta de creación de unidades hospitalarias en otras entidades federativas	Profesionales e instituciones dispuestos a pagar cursos de capacitación y actualización.	Necesidad de impartición de cursos avanzados de acuerdo con la transición epidemiológica de la infancia y la adolescencia.
	Cambio de paradigmas educativos en función del bono poblacional y la necesidad de atención al adolescente	Posibilidad de otorgar educación a distancia mediante nuevas tecnologías
<b>AMENAZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Cambio en la morbilidad y en la pirámide poblacional	Regulación académica sin actualización en el sector salud y en el sector educativo	Prioridades educativas frente a prioridades económicas sin estrategia general para los Insalud
Envejecimiento de la plantilla laboral	Aumento en la demanda de atención médica del INP	

### **Análisis estratégico de las acciones de Atención Médica**

La atención Médica, es otro eje sustantivo del INP y tiene como vertientes la atención ambulatoria, hospitalaria y quirúrgica, así como los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

La medicina crítica es un componente importante y está integrado por servicios de urgencias y terapia intensiva, terapia intensiva neonatal y terapia cardiovascular.

Su característica principal es contar con todas las especialidades en torno a un modelo integral de atención pediátrica que da coherencia a la atención y permite poner en marcha investigación y formación de recursos humanos para la salud en torno al manejo integral de pacientes que acuden con necesidades de atención de alta especialidad.

**Finalidad de la atención médica en el INP.**

Otorgar a la población pediátrica atención médico quirúrgica de Alta especialidad, de calidad, basada en evidencia científica y con mejoría continua del costo beneficio de los servicios.

**Cuadro de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades orientados al cumplimiento de la finalidad**

ASISTENCIA		
FORTALEZAS		
Estructura	Proceso	Resultado
Centro reconocido en la atención pediátrica desde hace 40 años.	Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO en las áreas de Banco de Sangre, y SADYTRA y Asistencia a la salud que implica al 90% de la institución.	Vanguardia en el tratamiento de enfermedades hemato oncológicas
Abasto oportuno superior al 95%	Certificación por el Consejo de Salubridad General y por ISO 9001-2000 para todos los procesos médicos	Vanguardia en el manejo de errores innatos del metabolismo.
Infraestructura remodelada y equipada: instalaciones rehabilitadas, reconstruidas y remodeladas en un 85%; equipamiento del 77% en área médica y de hospitalización.	Se cuenta con un Comité de Calidad con auditores internos que regulan los procesos de atención y su documentación	Control y liderazgo en las Clínicas de Atención Integral del Niño Maltratado, Cuidados Paliativos, Clínica de VIH/SIDA; hematooncología; dermatología; cardiocirugía; genética.
Expediente clínico electrónico interperable a SADYTRA, Rx, Laserfiche, farmacia hospitalaria; red informática y sistemas.	Aplicación de criterios de farmacoeconomía en la prescripción de medicamentos a través de un comité formal	Modelos de atención en gastroenterología pediátrica.
Sistema de Gastos Catastróficos está completo y apoya económicamente a los pacientes y a la unidad; Seguro Popular, Nueva Generación.	Control de las infecciones nosocomiales	Líneas de investigación vinculadas a problemática de la atención a la salud y a prioridades nacionales
Renovación del equipo de imagenología en un 55% y laboratorio en un 100%	Aumento en el número de atenciones de urgencias calificadas	Patronato participativo
Farmacia intrahospitalaria reorganizada	Control de la nutrición y alimentación oral y parenteral; de las mezclas oncológicas; y de medicamentos en dosis unitarias.	Personal médico certificado y comprometido, con apego a la institución y reconocimiento internacional con liderazgo
Disponibilidad de fondos por agencias no gubernamentales e internacionales para la asistencia a la salud, Río Arronte, BID, Fundación Teletón.	Fortalecimiento áreas Bioética, Tanatología y Bioseguridad.	Excelencia en la detección de niños con errores innatos del metabolismo
Presupuesto empatado a programas y resultados con asignación de recursos por actividad institucional	Utilización de áreas hospitalarias para pensionistas.	Coordinación con áreas de administración y planeación

Actualización de la Ley de Trasplantes y fortalecimiento de trasplante de médula, diálisis ambulatoria, en apoyo a enfermedades crónicas	Análisis de la información por centro de costo e integración de sistemas de costo para fortalecer los ingresos institucionales.	
<b>DEBILIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Integración y modernización de Archivo Clínico, Epidemiología y Bioestadística	Completar la implantación del expediente clínico electrónico	Medición del nivel de salud de los pacientes y la carga de enfermedad en la familia
Control de medicamentos y material de consumo en pisos	Mejorar de los procesos quirúrgicos	Registro de desempeño y estadística de enfermedades
Consolidación del Sistema de referencia y contra referencia	Desarrollo de investigación farmacéutica.	Consolidación del programa de mantenimiento
Envejecimiento de la plantilla laboral	Ausentismo laboral, suplencias, inconsistencias de puesto- perfil-salario	Utilización de espacios en el turno vespertino
Capacitación en materia gerencial de los mandos medios	Racionalización de la utilización de los servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento	Evaluación para el uso de tecnología en SADYTRA
	Integrar modelos, guías clínicas y protocolos de atención	
<b>OPORTUNIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Transición demográfica expresada en incremento de la población adolescente.	Fuentes de financiamiento externo y fundaciones donantes	Creación de Unidades Horizontales y Guías clínicas en el sector salud
Instituciones nacionales e internacionales con interés de realizar convenios de intercambio académico y de servicios	Certificación hospitalaria del Consejo de Salubridad General con los criterios de la Joint Comission International	Bases de datos del INP utilizadas por los investigadores
Creación de unidades hospitalarias en otras entidades federativas	Reestructuración del Tabulador de Cuotas de recuperación por el Seguro Popular	Desarrollo de Medicina del adolescente
Actualización de la Ley de Trasplantes	Programa de Mejora de la Seguridad Hospitalaria	Clínicas y asociaciones internacionales relacionadas con las especialidades del INP
Sector salud anuente a mejorar la normatividad para la referencia y contrarreferencia de la atención de tercer nivel		
<b>AMENAZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
50% de la población en México en situación de pobreza y con incremento de demanda.	Mayor demanda de pacientes con necesidad de trasplantes de órganos (riñón, hígado).	Regulación general para la restricción presupuestal y compra de tecnología
Incremento de padecimientos relacionados con mala nutrición (obesidad, desnutrición).	Centralización en la toma de decisiones con relación a las adecuaciones presupuestarias	Reducción del Presupuesto Federal

Incremento en el número de niños con malformaciones congénitas	Aumento en el número de accidentes, traumatismos, envenenamientos, intoxicaciones y adicciones.	Epidemia del virus de la influenza AN1H1
Incremento en el costo de los insumos para la atención médica	Aumento en el número de pacientes en estadios terminales de: insuficiencia renal, hepática, tumores, que no reciben atención en otros hospitales del sector, patología neurológica.	
Aparición de enfermedades emergentes tales como SIDA, hepatopatías crónicas.	Aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y maltrato infantil.	

### **Análisis estratégico de las acciones de Administración**

La administración tiene para este proyecto una carga importante en la gerencia de servicios y una necesidad de documentar sus procesos de trabajo con propósitos muy definidos de transparencia y combate a la corrupción.

Otro aspecto importante es el uso de los recursos en forma racional y la procuración de fondos para dar paso a la sustentabilidad de los procesos sustantivos.

Contribuye a la misión institucional con 4 áreas de servicios básicos que son: Finanzas, Recursos humanos, servicios Generales y Recursos materiales. Estas áreas sustantivas tienen como meta la organización y abasto de recursos en general de la institución.

### **Finalidad de los servicios Administrativos:**

Proporcionar a las áreas sustantivas y de apoyo del INP suficiencia presupuestal racional a través de servicios, insumos y recursos humanos que requieran conforme al PAT autorizado, logrando en todo momento mejores condiciones de oportunidad, eficiencia y calidad.

### **Cuadro de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades orientados al cumplimiento de la finalidad.**

<b>ADMINISTRACION</b>		
<b>FORTALEZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Presupuesto basado en resultados	Disminución de los costos de mantenimiento en el mediano plazo por equipamiento nuevo	Estados financieros y cuenta pública sin observaciones
Programa Integral de Conservación y Mantenimiento de Inmuebles para la reorganización de los espacios físicos	Oportunidad en respuesta a requerimientos de información	Desabasto reducido al mínimo, reorganización de la farmacia y almacenes
Programa integral de mantenimiento de infraestructura y equipamiento	Programa de control de pérdidas	Buena imagen institucional para recepción de donativos.

Se cuenta con plantilla autorizada de personal	Confiable en el cobro de cuotas de recuperación por contar con aplicaciones electrónicas	Compras acorde a requerimiento de áreas sustantivas
Programa de Mejora de la Gestión (redistribución de recursos humanos)	Vinculación entre las áreas administrativas con las sustantivas.	Mejoras en el manejo de residuos peligrosos, biológicos e infecciosos por contar con programa específico
Programa anual de trabajo institucional	Programa de Aval Ciudadano en el área de Consulta Externa	Seguridad institucional.
Se cuenta con Manuales de Procedimientos para los procesos administrativos.	Buenas relaciones con el sindicato	Controles electrónicos en almacenes y farmacia (farmacia robotizada).
<b>DEBILIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Sistema integral de administración integrado al expediente clínico electrónico y desarrollo informático integral	Cálculo histórico de las necesidades del capítulo 2000	Consolidar el Programa Interno de Mejora Regulatoria
Integración de centros de costo por producto final	Participación en el proceso de elaboración de los programas de la entidad	Sistema de cobros en cuentas corrientes en desarrollo
Manuales de procedimientos incompletos	Proceso de adquisiciones.	Regularización de las plazas eventuales
<b>OPORTUNIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Implantación de Sistema de Gestión de la Calidad en los procesos de apoyo a las áreas sustantivas	Reestructuración de la Administración por procesos horizontales	Reducción de los costos administrativos
Captación de ingresos por pacientes pensionistas y provenientes de aseguradoras privadas	Automatización de la información institucional	Creación de Unidades Horizontales y reorganización de la normatividad interna
Políticas en materia de recursos humanos permiten adecuaciones a la plantilla y perfiles, de acuerdo con las necesidades del INP	Factibilidad de actualizar continuamente las cuotas de recuperación por la prestación de servicios y construir paquetes de cobro	Implantación de un sistema de Gestión documental
Mejorar la imagen institucional mediante campañas de concientización del uso de los insumos		Organización de los archivos institucionales
<b>AMENAZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Riesgo de reducción presupuestal	Incremento en el costo de la administración	Coordinación con áreas sustantivas para proyectos de inversión y equipamiento
Políticas de austeridad en la Administración Pública Federal	Disposiciones en materia salarial que afectan el esquema del escalonamiento de sueldos.	

**Análisis estratégico de las acciones de Planeación**

El área de planeación está organizada con un enfoque gerencial, cuenta con un área de diseño y calidad, en donde se apoya a las áreas de todo el INP con la definición de los procesos de trabajo; tiene un área de evaluación del desempeño que se encarga de implementar proyectos de inversión y obra pública, desarrollar indicadores y dar respuesta a las instancias globalizadoras sobre los asuntos del INP; existe un área de desarrollo organizacional que tiene dos componentes de medio ambiente y protección civil, además de generar componentes específicos de calidad para cumplir las instrucciones de la Secretaría de Salud y dar prioridad a la agenda en este punto.

**Finalidad del área de Planeación.**

Planeación y sistematización de los procesos certificados de trabajo en las áreas sustantivas, administrativas, de planeación y de asuntos jurídicos, del INP apegados a la normatividad con procesos transparentes, a través del diseño organizacional, evaluación del desempeño, consolidación de la infraestructura informática y desarrollo organizacional para la optimización de los recursos asignados, la reingeniería y la sistematización de procesos apegados a un modelo de gestión de la calidad.

**Cuadro de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades orientados al cumplimiento de la finalidad.**

PLANEACION		
FORTALEZAS		
Estructura	Proceso	Resultado
Manuales de procedimientos con enfoque al usuario para el 90% de la estructura	Certificación de los procesos de laboratorio, banco de sangre y todos los procesos de atención hospitalaria	Liderazgo institucional
Homogeneidad en conocimientos administrativos y de gerencia entre mandos medios de áreas sustantivas	Métodos desarrollados para la planeación, desarrollo de procesos y evaluación	El 80% de las instalaciones han sido remodeladas bajo estricta planeación de la reingeniería
Presupuesto basado en resultados	Agenda estadística, manejo de indicadores institucionales y juntas de gobierno	Incremento de mobiliario y equipo informático de 300%.
Programa de Mejora de la Gestión	Proyectos integrales de inversión y de adquisiciones	Red Informática Institucional y expediente electrónico en evolución
Programa de seguridad hospitalaria en evolución	Comité de calidad y su organización	Protección civil, control de residuos y consejo de medio ambiente
Coordinación estrecha con áreas administrativa y sustantivas	Sistema de Información implementado	Atlas de Riesgos y programa de control
	Sistema de Seguimiento de Control de Gestión de IFAI	



<b>DEBILIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Presupuesto insuficiente para informática	Incentivar el uso institucional de los sistemas informáticos para toma de decisiones gerenciales	Sistema de recolección de datos estadísticos en evolución
Falta de especialistas en sistemas de salud	Falta capacitación y sensibilización a personal para la planeación estratégica	Capacidad técnica para estudios de costos de los servicios
Resistencia al cambio	Dificultad para desarrollo de acciones de seguridad hospitalaria	Fomento a la cultura de gestión de los servicios de salud
<b>OPORTUNIDADES</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Capacitación Gerencial a los mandos medios	Programas federales de control de riesgos; mejora regulatoria; y programa de mediano plazo	Necesidad de centros de investigación de compartir bases de datos
Nuevas metodologías de rastreo de expedientes para certificación de servicios	Sistemas de gestión hospitalaria en evolución continua	Actualización de cuotas de recuperación y paquetes de cobro de las instituciones aseguradoras
Sistema de información de la SS	Interés de las empresas en implementar sistemas de control hospitalario	Programas de calidad en la gestión de recursos tecnológicos
Organización de los archivos institucionales en el Archivo General de la Nación	Otros institutos interesados en la metodología de gestión de la calidad y del expediente electrónico	
<b>AMENAZAS</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Dispersión de programas gubernamentales (múltiples informes e indicadores)	Restricciones para adquisición de equipos informáticos	Organización del archivo clínico

### Directrices institucionales para el planteamiento de las estrategias

Apegados a la corriente mundial de la calidad de la atención médica, las acciones generales de **Reingeniería, Restauración y Sustentabilidad** tienen la siguiente temporalidad.

Eje estratégico	Especificación	Período
<b>Reingeniería</b>	8 estrategias; 28 líneas de acción	2005- 2010
<b>Restauración</b>	Definidas por Marco Lógico	2008- 2015
<b>Sustentabilidad</b>	Vertientes generales: a. Control de Pérdidas, Incremento de recursos y b. Regulación del desempeño y Calidad de los servicios	2007- 2015

Aunque muchas de las acciones de **Reingeniería** se han llevado a cabo para que investigar, enseñar y atender enfermos se realicen con las necesidades mínimas de recursos y que tengan la capacidad de encontrar el equilibrio entre un mínimo de inversión con un máximo de rendimiento y productividad (principio de austeridad inteligente); es necesario dar mantenimiento y continuar teniendo en cuenta ahora con un concepto de Mejora continua, que permita mantener las fortalezas.

Las acciones de **Restauración o reingeniería** se centra en tres principios: Identificación de procesos integrales; acomodo físico de áreas, equipos y mobiliario indispensable; reorganización del trabajo y de las personas. Todo lo anterior con la finalidad de reducir recorridos, acotar la circulación y generar procesos eficientes.

El tercer elemento estriba en la **Sustentabilidad**, es decir, que los cambios sean permanentes; se respeten los procesos exitosos y se fortalezcan; se regulen y documenten todas las actividades. En general este proceso de sustentabilidad es la médula del proyecto 2010-2015 y está propuesto de la siguiente forma:

**Marco Lógico del INP. Árbol de problemas 2011**

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO
1. Consolidación de la comunicación entre las áreas sustantivas y de apoyo	Actualización de Manuales de Organización y Procedimiento basados en procesos y no en funciones.	Falta cooperación entre grupos para lograr proyectos integrales, aprovechar las oportunidades de financiamientos, altos costos en proyectos innovadores
2. Lentitud en el análisis y aprobación de proyectos de investigación	Falta de aplicación de criterios establecidos en mapa de ruta para identificar prioridades de investigación. Falta de coordinación y vinculación entre la Comisión de Investigación y las Direcciones de Administración y médica.	Prioridades de investigación congruentes con los requerimientos. Hay retraso en la evaluación de los proyectos.
3. Falta mejorar la colaboración técnica interna para desarrollo de unidades horizontales de atención.	Poca difusión de las políticas del programa 2010-2015. Falta interrelación de las áreas para identificar objetivos comunes.	No existe certeza en la medición de los beneficios de las acciones por falta de integración de información
4. Falta mejorar la coordinación de las áreas paramédicas.	Limitada comunicación. Falta de reconocimiento.	Poca interacción dinámica y resultados oportunos. Descoordinación.
5. Falta de información de áreas sustantivas en tiempo y forma para la entrega oportuna de recursos materiales	No existe un programa de necesidades	Desabasto relacionado a deficiencias en la comunicación entre enfermería y área administrativa.
6. Centralización en la toma de decisiones con relación a las adecuaciones presupuestarias poca participación de áreas sustantivas en gestión de programas.	Falta de participación en el proceso de elaboración de los programas de la entidad.	Mala programación y desinterés en la planeación.
7. Deficiente o nula información por parte de las áreas sustantivas para la elaboración del PAT	Falta de participación. Desinterés	Desconocimiento del programa anual de trabajo institucional
8. Limitado acceso a información científica actualizada	Limitaciones en el desarrollo de TIC, por falta de programación de necesidades en enseñanza e investigación	Bajo impacto de los productos de investigación en los modelos de atención
9. Sistema integral informático limitado en recursos	Pendientes áreas académicas de informática para el desarrollo de investigación.	Programas aislados, incremento en tiempos de respuesta
10. Falta reforzar la organización interna para dar congruencia a la misión	Se mantiene una organización basada en áreas funcionales.	Limitación en la comunicación, no hay modelo para toma de decisiones por deficiencias en

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO
y visión, basada en procesos orientados a resultados.		la información estadística del INP.
11. Falta de una cultura de proyectos integrales y de competitividad	Falta capacitar al personal en el desarrollo de proyectos y fortalecer la unidad orientada a este fin desde las áreas sustantivas.	Reducción de oportunidades para financiamientos externos y falta de sinergias
12. Desvinculación de la programación de actividades con la disponibilidad de recursos	Estructura organizacional inadecuada. Falta de congruencia entre proyecto y presupuesto.	Asignación presupuestal insuficiente para proyectos prioritarios.
13. Falta de recursos humanos para cumplimiento a las funciones.	Plantilla autorizada	Retraso en objetivos
14. Mala coordinación en el abasto de recursos materiales.	Se carece de buena organización en áreas de almacenes en general, con crisis en farmacia por la falta de implementación del modelo de farmacia automatizada.	Incumplimiento de metas y objetivos planeados. Productos de bajo impacto. Dificultad para el cálculo de costos de atención.
15. Deficiente presencia y actuación docente del personal en el área médica	Falta de estímulo por la docencia y prioridad a la asistencia sobre la docencia	El alumno no cuenta con modelos de referencia para su formación y actuación médica
16. Demanda de atención de pacientes con patologías no propias de tercer nivel	Mala detección de enfermedades en 2° nivel. Sistema de referencia y contrarreferencia deficiente.	Demanda excesiva. Saturación de pacientes de 2° nivel. Sobrecarga asistencial. Detrimiento de la calidad de atención al paciente.

## **Estrategias 2010-2015**

### **1. Estrategia de desarrollo de clínicas de atención integral**

Para dar cumplimiento a la misión institucional, en este Programa 2010-2015, y para dar sustentabilidad al objeto directo del deber ser institucional, que es la salud de la infancia y la adolescencia, el INP participará agregando una estrategia de conformación de clínicas de atención integral de alta especialidad.

La atención de alta especialidad tendrá en el INP una nueva concepción paradigmática, pasaremos de la atención a enfermedades a la resolución de problemas de salud de manera integral. El eje atención, investigación y docencia, está integrado a la atención de padecimientos de los cuales se han desarrollado modelos exitosos de control y atención, que son adoptados por la pediatría general.

Se conformarán clínicas orientadas a problemas de salud de la infancia y adolescencia que tengan alguna o varias de las siguientes características: Alta demanda, alto riesgo, alto costo o alto interés científico.

Ellas se constituirán para documentar la evidencia científica, garantizar y probar los procesos de atención y las metodologías educativas; permitirán transferir tecnología de atención, bajo evidencia científica, a otros niveles de atención de la misma o de menor complejidad, con la finalidad de establecer, en principio, una reactivación del pensamiento médico crítico y secundariamente fortalecer la atención pediátrica integral sin necesidad de generar más subespecialidades que pulvericen el manejo del paciente.

La integralidad de las clínicas consistirá en que serán propuestas paulatinamente acordes a una metodología de priorización, deberán incluir en sus actividades la protocolización de los pacientes, desarrollar proyectos de investigación financiables, gestionar los apoyos, documentar los procesos y la guía clínica de atención, desarrollar materiales educativos y publicar y congresar los resultados de los hallazgos médicos, de enfermería y de otras disciplinas afines, incluidos estudios de medicamentos y uso de servicios de salud, así como dejar claro el campo de la sociomedicina para el control de la carga de la enfermedad.

Las clínicas estarán normadas, tendrán centros de costo y asignación de los recursos posibles más lo que el mismo proyecto genere de forma organizada e incluyente.

## **2. Mejoramiento del impacto de los productos de investigación en salud.**

Los avances en la organización de las áreas de investigación han sido trascendentales, sobre todo en la definición del mapa de ruta para aclarar los procedimientos para la elaboración, autorización, registro, financiamiento y desarrollo de investigaciones que se llevan a cabo en el INP.

Se debe dar mantenimiento a las fortalezas sobre todo en la conservación y desarrollo de la plantilla de investigadores para que se formen, incrementen su nivel y afiliación a los sistemas nacionales e internacionales.

Se debe fortalecer la actividad académica para publicar y difundir los resultados de investigación en foros y revistas científicas de alto nivel, reforzando con lo anterior la revista Acta Pediátrica del INP. Como parte de este capítulo el área de investigación debe reforzar el acervo bibliográfico en coordinación con enseñanza en las bibliotecas físicas y virtuales.

Se continuará como línea de acción el fortalecimiento del plan marco de infraestructura y equipamiento para completar la reconstrucción de 6 pisos de la torre de investigación.

Así mismo se hace necesario reforzar la gestión administrativa con tres acciones fundamentales, un área administrativa interna para el manejo de la gestión y para la consecución de fondos y concursos de proyectos; segundo la reorganización de las subdirecciones para otorgar un peso equivalente a la investigación básica, clínica y socio médica; y tercero la coordinación fundamental que debe existir con el área asistencial, para el desarrollo de las clínicas de atención integral.

Actualmente debemos estar concientes que el enfoque al desarrollo tecnológico y la base de la investigación aplicada que pueda trasladar la evidencia científica a las áreas operativas se convierte en la base de las estrategias de investigación. Se requiere fortalecer el registro de autor y el de patentes.

Para lo anterior el Departamento de metodología de la investigación deberá estar en capacidad de apoyar a los investigadores en el diseño, ejecución, análisis y publicación de proyectos y resultados de investigación según corresponda. Con lo anterior se propondrá la centralización de las actividades de laboratorios y una coordinación estrecha con SADYTRA del área médica, así como la reorganización de los almacenes de reactivos y sustancias CRET, para optimizar la utilización de equipos; utilizar de preferencia los laboratorios institucionales; centralizar la compra de reactivos y su utilización; y organizar un almacén de reactivos para evitar el riesgo en su manejo, almacenamiento y caducidad.

Investigación debe retomar el estudio de los temas clásicos de la pediatría como son el crecimiento y desarrollo; nutrición, seguridad alimentaria y obesidad; adolescencia; genética y genómica; cáncer y problemas hematológicos; cirugía experimental y

---

trasplante; entre otros. Con la finalidad de redefinir el ámbito de competencia de la pediatría en alta especialidad.

### **3. Estrategias de fortalecimiento financiero**

Esta estrategia debe tener en cuenta las amenazas que enfrenta la institución ante los cambios económicos y sociales del contexto nacional y local. La pobreza, la transición demográfica y epidemiológica generan retos con padecimientos más complejos y costosos que se instalan en poblaciones cada día con mayor polaridad económica y social.

También, como entidad económica problemas como la devaluación de la moneda (30%); incremento en el costo y disponibilidad de los materiales nacionales y los importados; el incremento del costo de las necesidades del personal; entre otras amenazas a considerar.

El INP tiene dos oportunidades financieras: la primera, el apoyo sólido a través del Sistema de Protección Social en Salud y el financiamiento federal, que al haber sido ejercidos en forma transparente e integral, la SS lo ha incrementado; la segunda que el INP ha invertido los recursos asignados en la reingeniería, reconstrucción y equipamiento de la planta física, que esto permite fortalecer los ingresos de terceros y los propios, así como hacer atractivos los donativos.

Para fortalecer los avances en torno a los recursos financieros el INP deberá mantener un manejo sano evitando el subejercicio y gestionar oportunamente los recursos financieros y el flujo efectivo del Seguro Popular.

Podemos caminar hacia la optimización de la estructura y la recuperación de fondos a través de la transferencia tecnológica y los servicios médicos y de laboratorio, así como el apoyo a externos en el procesamiento de laboratorio y pruebas especiales, así como en la optimización de la capacidad instalada con alianzas estratégicas con otras entidades de salud.

Para lo anterior debemos promover la disponibilidad del excedente en infraestructura y equipamiento para ofertar al exterior, rescatar costos y fortalecer la economía institucional bajo esquemas equitativos y que beneficien a las partes.

Es importante analizar y recuperar los ingresos propios en forma exhaustiva, para lo anterior iniciar en una primera fase sistematizando todos los cobros y recuperaciones económicas en forma confiable, oportuna y transparente; sobre todo de los servicios y pruebas especiales que impliquen una erogación institucional y que puedan ser gestionados directamente al usuario o por terceros financiadores como el Seguro Popular o aseguradoras comerciales, con un interés básico en la salud del niño y el adolescente así como de la pronta recuperación de las enfermedades que lo aquejan.

Desarrollar, por tanto, la unidad de costos y economía de la salud, para afinar continuamente las cuotas de recuperación y tender hacia el cobro por gasto capitado y

---

hacia la definición de paquetes de cobro y afinar las variables de clasificación socioeconómica, ante la obligatoriedad del INP de procurar la salud de los menores de 18 años sin seguridad social.

#### **4. Estrategias de control de pérdidas**

El control de pérdidas tiene avance en diversas acciones, como la aplicación del programa de claves para el cambio, donde se pretende reducir al mínimo los materiales que se utilizan para el trabajo; la sistematización del cobro de cajas y de los procedimientos administrativos, así como del expediente clínico y los servicios de apoyo; el incremento de la vigilancia y la reducción consecuente de robos y asaltos; la reorganización de los almacenes generales, de medicamentos y de perecederos; el control de subalmacenes de enfermería en pisos y el de reactivos en los laboratorios; el equipamiento y renovación de mobiliario, ha reducido los gastos en mantenimiento; la organización de los procesos de trabajo y de atención, documentados y bajo un sistema de gestión de la calidad han reducido tiempos y consumos de materiales en forma importante.

Los tres elementos fundamentales en el control de pérdidas serán los siguientes:

Fortalecer la recuperación de cuotas. Este reforzamiento tiene relación con mejorar el cálculo del nivel socioeconómico, revisión de las variables de asignación de trabajo social y continuar el control de cambio de clasificación; Entrega de recibos y facturación adecuada en cajas; Control den Cuentas corrientes de los montos a pagar por los servicios devengados en hospitalización y pruebas especiales.

Control de los materiales de consumo. Mantener bajo control los almacenes generales, así como los almacenes de perecederos y establecer control de inventarios en bodegas de mantenimiento y de servicios generales; Desarrollar control sobre buenas prácticas de servicios subrogados y asesorías; Revisión continua de la regulación para licitaciones y pago oportuno a proveedores; certificar procesos de trabajo en la administración; controlar la programación de insumos y de abasto así como regular las prácticas de compra; en almacenes de todo tipo sistematizar el control de caducidades y merma así como el de pérdidas; fortalecer la vigilancia perimetral e interna.

Productividad y calidad de la atención. Revisar prácticas de trabajo en áreas sustantivas para reducir tiempos, procedimientos y documentar con manuales de organización y procesos a los servicios; Desarrollar proyectos específicos para clínicas de atención y optimizar los recursos en cirugía y hemato oncología; Dar mantenimiento a los equipos e instalaciones bajo un programa regular; Mantener buenas prácticas en la solicitud, abasto, almacenamiento y consumo de medicamentos y material de curación por medios robotizados; Desarrollar la metodología para las mezclas parenterales, antibioticoterapia y dispensación unitaria; estudiar y reducir en lo posible y coordinadamente el ausentismo laboral.



## 5. Estrategia de información institucional

Esta estrategia está relacionada a un eje básico, la obtención de datos por fuentes primarias o directas de áreas sustantivas y administrativas, control documental, proceso de la información, desarrollo de indicadores de desempeño y de control, informes, discusión y toma de decisiones.

Los servicios responsables del manejo de la información requieren ser articulados para identificar la información necesaria que permita mantener al tanto a los prestadores de servicio, a sus gerentes y a las autoridades, acerca de información inmediata sobre cambios en la administración; datos necesarios para dar información sobre hallazgos de atención; estadísticas sobre desempeño y evaluación de los servicios; rendimiento y utilización de la infraestructura y equipamiento, existencias de materiales, reactivos y medicamentos; entre otros.

Ejes de información institucional:

- a. El eje de estos procesos será el Expediente Electrónico, aunado a los servicios de apoyo en laboratorios e imagenología, así como los enlaces a contabilidad, almacenes y cajas, para la definición de los consumos, existencias y demanda de servicios necesarios para los procesos de atención, cobro de servicios y uso de la hospitalización.
  - b. Otro eje de información será el eje de servicios, estadísticas de atención (causas de demanda, egreso, cirugía, urgencias, tanto de actividades médicas como paramédicas y de enfermería; defunciones, infecciones nosocomiales, resultados de vigilancia epidemiológica); la relación con la notificación inmediata y las acciones de control de enfermedades interna y externamente al INP; sala de análisis de la situación de salud en los servicios.
  - c. El tercer eje de información es el de control de personal, la estancia en los servicios, el ausentismo, roles, vacaciones e incapacidades, necesarios para la toma inmediata de decisiones sobre todo en áreas de atención.
  - d. La interoperabilidad de las bases de datos es muy importante para la investigación de los determinantes de la salud de la infancia y adolescencia por ello bases robustas y catálogos exhaustivos serán la riqueza fundamental de los sistemas de información institucional.
  - e. Un sistema más, de importancia capital, lo constituye la conectividad a internet y las red interna, que debe desarrollarse continuamente para facilitar la búsqueda de información desde la cama del paciente hasta los centros de investigación en el INP. Este subsistema informático deberá complementar paulatinamente a las bibliotecas físicas para acelerar los tiempos de búsqueda y de respuesta.
-

## **6. Estrategia de Desarrollo de acciones gerenciales para la organización de los servicios y la coordinación interna.**

La coordinación y la organización interna se hacen, en este marco de sustentabilidad institucional 2010-2015, una necesidad imperiosa ante la puesta en marcha de los procesos de atención.

Es necesario fortalecer la organización de los servicios quirúrgicos, enfermería y la evaluación de servicios de apoyo en laboratorios, patología e imagen, con la finalidad de horizontalizar sus productos y servicios y que se vean integrados a la productividad y desempeño de servicios de hospitalización y consulta externa.

Otro punto muy importante de reorganización son los comités, las comisiones y los grupos de trabajo, los cuales deberán tener como principio el ser consejería para las jefaturas de servicio, los departamentos, las subdirecciones y las direcciones de área; sobre todo en la toma de decisiones. Deben estar documentados y registrados oficialmente para proceder en forma oficial ante las indicaciones que sean necesarias.

Los servicios y departamentos deberán cumplir con un principio básico de autoridad y dependerán exclusivamente en forma vertical para el cumplimiento de las estrategias; deberán tener líneas claras de coordinación y estar registrados como centros de costo para poder otorgarles recursos adecuadamente a sus necesidades. Todos los departamentos deberán tener documentación básica, programas, manuales de procedimientos y organización y presentar informes de desempeño y rutas críticas en la toma de decisiones, garantizando el cumplimiento de indicadores que deberán tender día a día a puntos críticos de mejora continua.

Todos los servicios deberán participar de acuerdo a su magnitud y trascendencia en foros comunes o exclusivos para la presentación periódica de los resultados de actividades, de tal manera que tengan claro el cumplimiento de los objetivos y metas trazados en sus programas de trabajo.

En el programa de trabajo deberán contemplar el desarrollo y profesionalización del personal teniendo como base la culminación de estudios de pre y posgrado así como aquellos cursos de actualización directamente relacionados con su función y puesto, para después continuar con los de innovación y desarrollo.

Deberán estar incluidos en los sistemas de gestión de la calidad para que documenten e informen los cambios realizados para tener enfocados a los usuarios como beneficiarios de las acciones institucionales.

Todas las acciones que realicen deberán estar vinculadas a otras áreas y autorizadas por los mandos medios correspondientes, con la finalidad de disminuir la duplicidad de actividades y dar continuidad a procesos comunes.

---

**PROYECTOS INSTITUCIONALES PARA 2011****Proyectos especiales****1. Proyectos de obra pública**

a. Remodelación y reconstrucción de estomatología clínica
b. Remodelación y ampliación del área de urgencias
c. Unidad de radioterapia integral (en proceso)
d. Construcción del área de profesionales Eméritos del INP.
e. Equipamiento del centro de adiestramiento médico quirúrgico.

**2. Proyectos de atención médica**

a. Clínica de ecocardiografía
b. Clínica de inmunología ambulatoria
c. Farmacia robotizada (en proceso)
d. Proyecto de mejora continua de la atención de enfermería pediátrica

**3. Proyectos de enseñanza**

a. Desarrollo del sistema de telemedicina
b. Proyecto de desarrollo docente
c. Consolidación de la farmacia intrahospitalaria

**4. Proyectos de investigación**

a. Consolidación del área de gestión de proyectos
---

**Organización**

La organización en el INP está relacionada con la Ley de los Insalud, la Ley de la Función Pública y la Ley de Egresos de la Federación.

Como ya se menciona el INP es un organismo descentralizado de la Secretaría de salud con Autonomía presupuestal y regulatoria en el marco de la Administración Pública Federal, esto le confiere la capacidad de organizarse en torno a la misión y visión autorizada por la H. Junta de Gobierno compuesta por profesionales notables de la Salud y de la Administración Pública Federal.

Los principios para el diseño organizacional del INP son entonces:

1. Descentralización
2. Autonomía regulatoria
3. Enfoque Sistémico
4. Alineación de procesos

5. Mejora de la comunicación interna
6. Control interno

Para lo anterior se han adoptado las políticas del Proyecto 2010-2015 presentados ante la Junta de Gobierno en abril de 2010 ante el cambio de la Dirección General y son:

- A. Desarrollo de unidades asistenciales en forma transdisciplinaria.
- B. Control de pérdidas e incremento de recursos.

La primera política se refiere a que se enlacen de manera horizontal áreas que tienen acciones comunes en pacientes con padecimientos que deben ser atendidos por diversas disciplinas médicas y paramédicas. Tal es el caso de pacientes con padecimientos cardiovasculares, neurológicos y otros con problemas metabólicos y del desarrollo.

Habitualmente las disciplinas asistenciales tienen metodologías y formas de atención acordes a las escuelas de pensamiento de los profesionales, pero el INP como institución asistencial debe aprovechar la diversidad y la unidad de la atención armonizando las formas de atención con acuerdos colegiados frente a instrumentos tangibles como son las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de atención.

Otra forma de armonizar la práctica médica es el sistema de gestión de la calidad y el enfoque a la seguridad hospitalaria, en las cuales el principal instrumento es la documentación basada en manuales de organización y de procedimientos elaborados por el propio personal y registrados en los sistemas certificadores y con derechos de autor con clave ISBN.

Por lo tanto la organización es consistente con los estatutos de creación y con el paralelismo que debe guardar el INP con los otros Institutos de la CCINSHAE.

### **Instituto Nacional de Pediatría**

### **Organigrama estructural y funcional 2010-2015**

**Sistema de Control Interno**

El control del INP se apega en este programa de trabajo a lo dispuesto en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010 .

Para la justificación del Control Interno ver capítulo 1 de este programa de trabajo.

El Control Interno en el INP tiene diversas actividades su objetivo fundamental es el análisis y la verificación de los procesos de trabajo, para asesorar y adiestrar al personal sobre competencias técnicas y gerenciales para la conducción de los subsistemas de trabajo y el cumplimiento de la misión institucional.

El CI se asienta en la cultura institucional, ante sus compromisos de organismo público, debe tener un enfoque consistente al usuario, cada unidad administrativa y servicio técnico, científico y asistencial deben tener ubicado al usuario interno y externo de sus servicios por medio de un diagrama PEPSU, en él identificarán con prioridad, las necesidades de los usuarios de sus servicios y los insumos normativos, materiales y de competencias que requieran para desarrollar sus productos y servicios.

El modelo de control gerencial debe analizar y verificar en la organización de los procesos técnicos y administrativos:

El diseño; El desarrollo organizacional; y El desempeño en general.

El diseño se refiere a los instrumentos de comunicación interna como organigrama, funciograma y manuales de procedimientos con indicadores y fuentes de información definidas y oficiales, registradas y con centros de costos.

El Desarrollo organizacional tendrá relación con la vigilancia del clima organizacional, la calidad y calidez de los servicios y el desarrollo humano del personal.

El Desempeño será llevado a cabo con una perspectiva gerencial y bajo un concepto de sistema de salud, de tal manera que se ajusten los criterios de la política pública a los conceptos de vanguardia en gerencia y servicios de salud.

La evaluación del desempeño tendrá que realizarse en forma sistémica y orientada a la mejora del acceso a los servicios disponibles, la productividad y utilización de la capacidad instalada así como de la vigilancia de la excelencia y la calidad de los servicios para finalmente garantizar la eficiencia y eficacia.

De la misma manera las unidades de apoyo gerencial del INP, Planeación y Administración estarán encargadas en forma coordinada de reducir y simplificar la regulación administrativa para el control interno, con la finalidad de aprovechar y aplicar de manera eficiente los recursos y los procedimientos técnicos con los que cuenta el INP:

1. Revisar los Comités de control, quienes deben contar con registro y manual de operación.
2. Identificar las diferentes instancias evaluadoras que tengan relación con la mejora de los servicios:
  - a. Sistema de gestión de la calidad.
  - b. Jefaturas y mandos medios para la vigilancia del desempeño.
  - c. Sala de situación para la toma de decisiones.
  - d. Órgano interno de control, Auditoría Superior de la Federación, Secretaría de la Función Pública.
  - e. De manera alterna los órganos certificadores externos: ISO 9001-2008 y Consejo de Salubridad General.
3. Se tendrá en cuenta un concepto claro de monitoría para fortalecer los conceptos de fiscalización o de auditoría, los cuales prevalecerán para cumplimiento de las disposiciones federales en materia de control interno.
4. Se seguirá de manera obligatoria el Programa de Mejora Continua y el Programa de Administración de medidas contra riesgos institucionales. Estos instrumentos siempre orientados con un enfoque de género, rendición de cuentas y transparencia.

#### **Modelo de control interno**

Son niveles de observación normativo en el INP los siguientes conceptos para el establecimiento de un orden de las acciones y control interno acciones encaminadas a propiciar un ambiente de control; administración de acciones para combatir y anticipar acciones sistemáticas para combatir riesgos que puedan obstaculizar el cumplimiento de los objetivos y las metas institucionales; Información y comunicación preestablecidos para grupos de involucrados en el cumplimiento de la misión del INP; Monitoría y mejora continua, para identificar oportunamente riesgos y prever consecuencias que surjan de la deficiencia en el cumplimiento de las capacidades y acciones preestablecidas.

#### **Niveles de control interno**

Los responsables del control interno tienen obligación de establecerlo y mantenerlo actualizado, conforma a la estructura normada por la SFP, deben supervisar y evaluar periódicamente su funcionamiento; asegurar que se autoevalúe por niveles e informar sobre el estado que guarda.

Deben establecer acciones de mejora para fortalecerlo e impulsar su cumplimiento oportuno y aprobar los informes y encuestas consolidadas por nivel de control.

Los niveles de aplicación son para el INP:

Estratégico: Coordinado por el Director General del INP con apoyo del CIDAP y de la H. Junta de Gobierno, así como los Directores y Subdirectores de Área que en conjunto constituyen la estructura de Gobierno del INP.

---

**Directivo:** Corresponde la dirección del Control Interno a los Jefes de Departamento, Jefes de Servicio y Coordinadores de servicios el llevar a cabo métodos y acciones preestablecidas en los manuales de procedimientos, así como su revisión y actualización continua.

**Operativo:** Corresponde a todo el personal operativo y de base la ejecución de acciones y competencias apegadas a su perfil profesional u otro objeto de contratación que permita el desempeño de actividades en cumplimiento de lo señalado en sus manuales operativos y las rutinas definidas para la ejecución de servicios y productos en forma sistémica y ordenada evitando la duplicidad de actividades y con el cuidado de la planta física así como el desarrollo de informes primarios y consulta continua de los instrumentos de comunicación dispuestos por el INP para que estén permanentemente actualizados e informados de los cambios, adaptaciones e incidencias previstas por los niveles estratégicos y directivos.

### **Funciones específicas**

**Coordinador de control interno:** Lo constituye el Director de Administración con apoyo del Director de Planeación como titular del enlace institucional, ellos establecerán canales formales con el Órgano interno de control y la SS en la evaluación y el fortalecimiento del SCI del INP.

La coordinación del CI deberá acordar con el Director General las acciones a seguir para la instrumentación de las disposiciones.

Se deberá revisar con el Titular de Enlace el proyecto y documentación siguiente:

- a. Informe anual de encuestas consolidadas y de control.
- b. Reporte trimestral del PTCl y presentar para aprobación del Director General los documentos anteriores.

**Enlace del Sistema de Control Interno.** Debe ser el canal de comunicación entre el coordinador General y el OIC, para la revisión, análisis y presentación de las encuestas así como de la elaboración de propuestas de actualización y seguimiento permanente a través de reportes periódicos documentados.

### **Mecanismos de evaluación del Sistema de Control Interno**

**Informe anual del estado que guarda el SCI.** Se realizará 1 vez al año con corte al 30 de abril y presentarlo a la SFP el 31 de mayo. Al Comité en la 3ª sesión ordinaria y al H. Junta de Gobierno.

**Programa anual de trabajo del Control Interno.** En el caso del INP este será incluido en el programa anual de trabajo. Incluye acciones de mejora determinadas en las encuestas consolidada, fechas compromiso, y en general una agenda y calendario de trabajo y sesiones que tengan propósitos definidos y congruentes con el Programa

anual de INP y su matriz de marco lógico. Deben incluir todas las recomendaciones de los órganos fiscalizadores y las de evaluadores internos y externos.

#### Elementos del control interno

Administración de riesgos. Constituye una herramienta de gestión y evaluación del SCI. Se llevará a cabo por parte del Enlace Institucional y dará recomendaciones derivadas de la información integral recabada de los órganos fiscalizadores y todos los medios de evaluación institucional. Debe ser incluyente, autogestiva y sistemática.

#### **Sus etapas son las siguientes:**

1. Evaluación de riesgos que ponen en peligro el cumplimiento de metas institucionales. Se identifican, clasifican y se determinan sus posibles efectos y grado de impacto, así como la calificación de la probabilidad de ocurrencia.
2. Evaluación de controles y sus costos. Aprovechar al máximo los controles existentes e implementar algunos necesarios, sobre todo desde el punto de vista de la gestión informática.
3. Valoración final de los riesgos frente a los controles. Se dará valor al impacto y probabilidad de ocurrencia realizando un mapeo gráfico de los riesgos y de sus soluciones. Esta sección debe ser acorde a los elementos previstos en la Matriz del Marco Lógico Institucional.
4. Definición de estrategias y acciones para mitigar el efecto de los riesgos. Las acciones generales deben orientarse a evitar el riesgo, Reducirlo, asumirlo o transferir el riesgo a terceros especialistas. Estos tres niveles tienen que tener un modelo de contención y comunicación. Debe elaborarse una matriz de riesgo acorde a la metodología descrita por la Función Pública.



**5. ANEXO1. LOGROS 2008 A 2010 Y METAS 2011**

INVESTIGACION				
AÑO	2008	2009	2010	Meta 2011
<i>1) Núm. de publicaciones</i>				
Grupo I:	76	81	82	79
Grupo II:	0	0	0	0
Total:	76	81	82	79
Grupo III:	44	47	65	45
Grupo IV:	18	2	3	5
Grupo V:	1	2	5	1
Total:	63	51	73	51
<i>2) Núm. de plazas de investigador</i>				
ICM A:	34	36	22	22
ICM B:	25	37	40	41
ICM C:	23	26	22	22
ICM D:	14	15	19	19
ICM E:	6	5	1	1
ICM F:	6	5	4	4
Total:	108	127	108	109
<i>3. Publicaciones (I-II) / Plazas de investigador:</i>	76/109=0.7	81/127=0.6	82/108=0.7	79/109=0.7
<i>4. Publicaciones (III-IV-V) / Plazas de investigador:</i>	63/109=0.6	51/127=0.4	73/108=0.6	51/109=0.5
<i>5) Sistema Nacional de Investigadores</i>				
Candidato:	13	14	16	14
SNI I:	23	33	35	33
SNI II:	4	4	4	4
SNI III:	2	1	2	2
Total:	42	52	57	50
<i>6) Miembros del SNI / Plazas de investigador</i>	42/109=0.4	52/127=0.4	57/108=0.5	50/109=0.5
<i>7) Núm. total de citas a publicaciones</i>				
<i>8. Producción</i>				
Libros editados:	11	7	4	5
Capítulos en libros:	118	81	30	15
<i>9) Núm. de tesis concluidas</i>				
Licenciatura:	4	5	2	2
Especialidad:	53	53	76	58
Maestría:	14	0	8	7
Doctorado:	2	0	7	3
<i>10) Núm. de proyectos con patrocinio externo:</i>				
Núm. Agencias no lucrativas:	12	7	7	
Monto total:	10,057	17,500	14,217	
Núm. Industria farmacéutica:	11	8	8	
Monto total:	14,500		5,000	
<i>11) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos</i>				
	64	49	27	
<i>12) 10 líneas más relevantes</i>				
	12.1	Enfermedades Infecciosas		
	12.2	Enfermedades oncológicas		

	12.3 Neurociencias
	12.4 Nutrición y Enfermedades Metabólicas
	12.5 Alergia, Inmunología y reumatología Enfermedades hereditarias, congénitas

ENSEÑANZA				Meta 2011
AÑO	2008	2009	2010	
1) Total de residentes:	295	310	330	339 <sup>i</sup>
Número de residentes extranjeros:	23	28	30	30
Médicos residentes por cama:	1.1	1.3	1.4	1.4
2) Residencias de especialidad:	32	32	22	22
3) Cursos de alta especialidad:	10	9	14	14
4) Cursos de pregrado:	24	22	26	22
5) Núm. estudiantes en Servicio Social	16	32	55	40
6. Núm. de alumnos de posgrado:	400	409	409	400
7) Cursos de Posgrado:	13	9	14	14
8) Núm. autopsias:	64	56	57	60
% núm. de autopsias / núm. de fallecimientos	29	18	190	30
9) Participación extramuros				
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	556	573	560	550
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	120	89	92	90
10) % Eficiencia terminal (Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados):	97	97	PED 100 SUB 96 POST 100	305/ 339
11) Enseñanza en enfermería				
Cursos de pregrado:	2	2	1	1
Cursos de Posgrado:	1	2	2	2
12) Cursos de actualización (educación continua)	116	160	102	105
Asistentes a cursos de actualización (educación continua)	15 868	14 031	13,641	14,320
13) Cursos de capacitación:	124	121	108	105
14) Sesiones interinstitucionales:	3	8	4	4
Asistentes a sesiones interinstitucionales	ND	846	580	600
15) Sesiones por teleconferencia:	4	8	14	14
16) Congresos organizados:	45	39	40	40
17) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:				

ASISTENCIA				Meta 2011
AÑO	2008	2009	2010	
1) Núm. de consultas otorgadas:	250,966	248,040	239,622	233,683
Núm. de preconsultas:	14,627	14,203	17,260	15,360
Consultas subsecuentes:	109,813	107,836	106,319	105,850
2) Urgencias:	38,457	42,381	40,230	39,000
Índice de urgencias reales / urgencias sentidas	0.3	0.3	0.3	0.3
3) Núm. de casos nuevos atendidos:	20,142	15,804	15,071	14,235
4) Total de médicos adscritos:	189	189	189	189
Núm. de consultas otorgadas / Núm. de médicos adscritos:	1,328	1,312	1,268	1,300
Núm. médicos clínicos	ND	98	98	98
Núm. de médicos cirujanos	ND	91	91	91
No. de camas censables	235	235	235	235
No. de camas no censables	77	83	83	83
Urgencias	16	16	16	16
Terapia intensiva	17	17	17	17
Terapia intermedia	0	0	0	0
Atención de corta estancia	15	15	15	15
Otras camas no censables	23	29	29	29
5) Núm. de ingresos hospitalarios:	7,224	7,226	7,842	7,690
6) Total de egresos	7,193	7,239	7,801	7,665
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría	6,549	6,596	7,247	7,297
Altas voluntarias	13	18	16	15

7) Núm. de cirugías:	5,126	5,183	5,289	5,000
Núm. de cirugías / Sala / Día:	2.0	2.06	2.1	2.4
Núm. de cirugías ambulatorias:	1,755	1,904	1,828	2,000
Cirugías ambulatorias/num. de cirugías	0.35	0.34	0.36	0.35
8) Núm. de cirugías / Núm. de cirujanos	51	57	58.1	57
Diferimiento quirúrgico:	10.1	9.7	12.3	10.0
9) Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	3.1	2.98	2.44	2.8
10) Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria	2.7	2.66	2.13	2.5
11) Tasa de infecciones nosocomiales (Núm. de pacientes con infecciones nosocomiales / total de egresos):	5.21	7.47	5.74	5.3
12) Porcentaje de ocupación hospitalaria:	81.0	82.8	87.3	88.1
Promedio de días de estancia en hospitalización:	10/ 9.6	10/ 9.8	9.6	9.5

ASISTENCIA				Meta 2011
AÑO	2008	2009	2010	
13) Número de pacientes del SPSS atendidos en consulta	482	434		450
14) Número de pacientes del SPSS atendidos en hospitalización	419	400		390
15) Total de personal de enfermería:				
Personal Técnico:	429	405	401	401
Postécnico:	142	170	170	170
Licenciatura:	159	255	258	258
Posgraduados:	68	79	79	79
Especialistas	ND	ND	ND	ND
Índice de enfermeras tituladas/técnicas	0.4	0.6	1.26	1.26
16) Trabajo Social	46	50	50	50
Núm. estudios socioeconómicos x trabajadora social	121.5	109.6	108.6	108.6
Núm. de camas / Núm. de trabajadores sociales:	6.0	5.0	5.0	5.0
Núm. de casos nuevos / Núm. de trabajadores sociales:	437.8	316.08	301.4	284.7

17) Farmacia				
% de abasto de medicamentos (Recetas surtidas/Total de recetas):	95.0	95.0	97.0	95.0
% Medicamentos Genéricos / Total Medicamentos:	80.0	85.0	85.0	85.0
% Medicamentos innovadores / Total medicamentos:	20.0	15.0	13.0	13.0
% de Medicamentos adquiridos por licitación:	74.3	86.8	87.9	85
% de Medicamentos Adquiridos por adjudicación directa:	25.7	13.2	13.6	14.0
18) Núm. de estudios de imagen (TAC, RM y PET)	10,010	10,300	9,993	10,000
19) Núm. de estudios de laboratorio:	923,171	987,103	1,000,022	990,000
20) Transfusiones de sangre y hemoderivados:	24,184	23,406	21,312	22,000
21) Núm. de estudios de laboratorio especializados:	703,774	764,488	773,586	750,000
22) Grupos de apoyo a pacientes constituidos (Denominación de los grupos):				
Cuidados Paliativos				
Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado				
Clínica de Atención al Niño Down	7	7	7	7
Clínica de VIH-SIDA				
Grupo de Duelo para Padres de familia; y Apoyo tanatológico a padres y personal del INP				
Area de Quimioterapia Ambulatoria				
23) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:				

ADMINISTRACIÓN				
AÑO	2008	2009	2010	Meta 2011
1) Presupuesto federal original	794,975,025.00	847,823,808.00	865,888,465.00	997,531,400
1.1) Recursos propios original	86,516,325.00	70,000,000.00	70,000,000.00	85,000,000
2) Presupuesto federal modificado	834,894,517.96	907,091,262.56	967,001,031.92	PENDIENTE
2.1) Recursos propios modificado	72,790,190.44	95,012,200.00	121,077,488.00	PENDIENTE
3) Presupuesto federal ejercido	834,894,517.96	907,091,262.56	966,958,915.52	PENDIENTE
3.1) Recursos propios ejercido	72,790.190.44	95,012,200.00	111,301,476.82	PENDIENTE
4) % del Presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:	65.77	63.30	65.00	65.00
4) % del Presupuesto a gastos de investigación:	1.43	2.10	0.18	2.0
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación	12,995,419.00	21,410,099	12,756,890.40	25,000,000
6) % de Presupuesto a gastos de enseñanza:	0.61	0.20	0.39	0.35
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	5,495,153.00	1,572,099.94	4,206,655.80	3,000,000
7) % del Presupuesto a gastos de asistencia:	21.80	33.70	30.00	30.0
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	197,842,300.75	337,722,387.38	323,314,157.70	310,000,000
8) Total de recursos de terceros	18,950,749.16	23,786,177.15	19,217,110.40	20,000
Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS	36,043,897.00	63,944.739.00	76,404,779.99	88,500

Recursos de origen externo:	0.0	0.00	0.00	0
9) Núm. de plazas laborales:	2,534	2,532	2,532	2,532
Núm. de plazas ocupadas	2,534	2,532	2,532	0
Núm. de plazas vacantes	0	0	1	0
% del personal administrativo:	22	22	22	22
% del personal de áreas sustantivas:	78	78	78	78
% del personal de apoyo (Limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.):	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS
10) Núm. de plazas eventuales:	14	14	14	14

---

---

ANEXO 2. Tabla de estrategias y líneas de acción 2010-2015

**1. Estrategia de desarrollo de clínicas de atención integral**

**Líneas de acción**

- 1.1 Desarrollo de clínicas de atención integral
- 1.2 Priorización de necesidades
- 1.3 Desarrollo de protocolos de atención
- 1.4 Desarrollo de guías de práctica clínica
- 1.5 Elaboración de cartas de instrucción para la formación de recursos humanos
- 1.6 Racionalización en el uso de auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- 1.7 Racionalización del uso de medicamentos y materiales de curación
- 1.8 Proyecto de mejora de los servicios de atención quirúrgica
- 1.9 Proyecto de mejora de los servicios de enfermería
- 1.10 Colaboración en la unidad de atención al usuario

**2. Mejoramiento del impacto de la investigación en salud.**

**Líneas de acción**

- 2.1 Mejoramiento de los estándares de calidad: Proyectos; investigadores; publicaciones.
- 2.2 Financiamiento de la investigación
- 2.3 Plan marco para infraestructura, equipamiento, conservación y mantenimiento: Reconstrucción, equipamiento, almacenes de reactivos y centros de muestras.
- 2.4 Proyecto de desarrollo tecnológico y centros de elaboración de muestras
- 2.6 Colaboración en el Centro de Información y Documentación
- 2.7 Desarrollo del área de gestión de proyectos
- 2.8 Certificación de calidad para los procesos de investigación
- 2.10 Desarrollo tecnológico y registro de patentes
- 2.11 Fortalecimiento de capacidades metodológicas y de publicación para los investigadores
- 2.12 Desarrollo y consolidación de programas de maestría y doctorado

**3. Estrategias de fortalecimiento financiero**

**Líneas de acción**

- 3.1 Ejercicio eficiente del presupuesto federal
- 3.2 Captación de recursos propios y del seguro popular
- 3.3 Control de facturación con apego al expediente clínico electrónico
- 3.4 Desarrollo de un área de proyectos de inversión, equipamiento e infraestructura
- 3.5 Revisión de cuotas de recuperación y desarrollo de paquetes de cobro
- 3.6 Desarrollo de unidad de atención a usuarios y consolidación de cajas

**4. Estrategias de control de pérdidas**

**Líneas de acción**

- 4.1 Automatización de procesos administrativos en finanzas, adquisiciones y se servicios generales (SIA integrado al Expediente Clínico Electrónico).
- 4.3 Sistema de monitoria de conceptos del gasto: Medicamentos, mezclas parenterales, material de curación y reactivos de laboratorio
- 4.4 Control de adquisiciones, revisión de las políticas, bases y lineamientos.
- 4.5 Control de proveedores de bienes y servicios para garantizar la calidad al INP
- 4.6 Reestructuración del área de servicios generales
- 4.7 Desarrollo de un sistema de la gestión de documentos oficiales
- 4.8 Fortalecimiento del Programa de control de Riesgos
- 4.9 Continuidad al proyecto marco de infraestructura y equipamiento



4.10 Continuidad al programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo e infraestructura

#### **5. Estrategia de información institucional**

##### **Líneas de acción**

- 5.1 Integración de sistemas administrativos, médicos y de investigación en torno al expediente clínico electrónico
- 5.2 Uso y explotación de las bases de datos para estadística hospitalaria, vigilancia epidemiológica y sistema de información gerencial.
- 5.4 Automatización del sistema de indicadores
- 5.5 Fortalecimiento y desarrollo del expediente electrónico, equipamiento y certificación de la red institucional: Fase 2 hospitalización; fase 3 Administración; fase 4 sistemas académicos.
- 5.6 Escaneo de documentación de archivo clínico

#### **6. Estrategia de Desarrollo de acciones gerenciales para la organización de los servicios y la coordinación interna.**

##### **Líneas de acción**

- 6.1 Fortalecer el sistema de gestión de la calidad
- 6.2 Recertificación hospitalaria ante el Consejo de Salubridad General
- 6.3 Recertificación con ISO 9001-2008 en un solo Sistema a todo el INP
- 6.4 Certificación de áreas administrativas
- 6.5 Actualización y revisiones bianuales de manuales de organización y procedimientos. Registro de comités y comisiones mixtas.
- 6.6 Desarrollo de programas por departamento y servicio, indicadores y registro de proyectos especiales y de inversión.
- 6.7 Desarrollo de sala de situación para revisiones discusión sobre el desempeño institucional.

### **ANEXO 3. Proyectos especiales 2010-2015**

#### **1. Proyectos de obra pública\***

- Remodelación y reconstrucción de estomatología clínica
- Remodelación y ampliación del área de urgencias
- Reconstrucción del área de Anatomía Patológica
- Finalización de los pisos 2, 3, 5, 6 y 7 de la torre de investigación
- Remodelación de las áreas de mantenimiento y almacenes generales.
- Remodelación del área de juntas de la dirección General.
- Unidad de radioterapia integral (en proceso)
- Construcción del área de profesionales Eméritos del INP.
- Remodelación del CID e integración de la unidad de publicaciones y asociación médica.
- Equipamiento del centro de adiestramiento médico quirúrgico.

#### **2. Proyectos de atención médica**

- Clínica de ecocardiografía
- Clínica de inmunología ambulatoria
- Farmacia robotizada (en proceso)
- Proyecto de mejora continua de la atención quirúrgica
- Proyecto de mejora continua de la atención de enfermería pediátrica

#### **3. Proyectos de enseñanza**

- Fortalecimiento del CID
- Desarrollo del sistema de telemedicina
- Proyecto de desarrollo docente
- Consolidación de la farmacia intrahospitalaria
- Unidad de imagen y proyección institucional
- Sistema integral de control académico

#### **4. Proyectos de investigación**

- Consolidación del área de gestión de proyectos

ANEXO 4. Indicadores asociados a metas estratégicas por Programa Presupuestal 2010												
Programa Presupuestal	Nombre del Indicador	Tipo de Indicador	Dimensión a Medir	Unidad de Medida	Alcance de la meta					Presupuesto Programable en millones pesos		
					Programado		Realizado		Variación	Original	Ejercido	Tasa de variación
Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud	Proporción de especialistas médicos formados respecto al total nacional	Estratégico	Eficacia	Número de médicos residentes y otros profesionales de la salud que realizan estudios de especialización, maestría y doctorado.	656	90%	654	88%	-2%	57.0	57.9	2%
				Número de médicos residentes y otros profesionales de la salud que realizan estudios de especialización, maestría y doctorado.	729		745					
Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas indexadas	Estratégico	Eficacia	No. de artículos científicos publicados en revistas indexadas niveles III a V durante el periodo de reporte	91	51%	73	47%	-3%	87.2	127.6	46%
				Total de artículos científicos publicados en revistas niveles I a V, durante el mismo periodo X100	180		155					
Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE.	Estratégico	Eficacia	Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año	6,549	91%	7,247	93%	2%	723.7	860.7	19%
				Total de egresos hospitalarios del año X 100	7,193		7,801					
	Porcentaje de	Gestión	Eficacia	Días paciente durante el periodo de reporte	69,691	81%	74,845	87%	6%			

ocupación hospitalaria			Días camas censables durante el mismo periodo X 100	86,010		85,775					
Porcentaje de ingresos hospitalarios programados	Gestión	Eficacia	No. de ingresos hospitalarios programados	4,650	65%	4,819	61%	-3%			
			Ingresos hospitalarios totales X 100	7,193		7,842					
<b>TOTAL ACTIVIDADES ASOCIADAS A METAS</b>									<b>867.9</b>	<b>1,046.2</b>	<b>21%</b>

**ANEXO 5. PROGRAMA PRESUPUESTARIO. 2010**

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	NOMBRE DEL INDICADOR		Variables 1/2	Comparativo				
				Programado vs Realizado				
				Programado	Realizado	Variación		
Formación de recursos especializados para la salud.	1	Especialistas médicos formados respecto al total nacional	Número de médicos especialistas formados por las entidades de la CCINSHAE	<b>INFORMACIÓN A CARGO DE LA DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD</b>				
			Total de médicos especialistas formados a nivel nacional					
	2	Especialistas formados de acuerdo al número de plazas asignadas para residencias médicas	Número de médicos formados por la CCINSHAE	<b>INFORMACIÓN A CARGO DE LA DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD</b>				
			Número de plazas de especialistas otorgadas para la Secretaría de Salud (CCINSHAE)					
	3	especialistas formados que cumplieron el programa de enseñanza	Número de médicos residentes y otros profesionales de la salud que realizan estudios de especialización, maestría y doctorado de la misma cohorte que obtuvieron su título	656	90	654	87.8	<b>-2.4%</b>
			Número de médicos residentes y otros profesionales de la salud que realizan estudios de especialización, maestría y doctorado de la misma cohorte inscritos a los programas de formación	729		745		
	4	Cursos de formación realizados respecto a programados	Número de cursos de formación de especialistas realizados	40	100	41	102.5	<b>2%</b>
			Número de cursos de formación programados	40		40		

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	NOMBRE DEL INDICADOR		Variables 1/2		Comparativo				
					Programado vs Realizado				
					Programado		Realizado		Variación
	5	Nivel de satisfacción de los residentes con respecto a la supervisión en la práctica clínica	<b>Calificación</b>		8	100	6.7	83.75%	<b>-16%</b>
	6	Mujeres especialistas formadas de acuerdo al número de plazas asignadas para residencias médicas	Número de mujeres especialistas formadas por la CCINSHAE	<b>INFORMACIÓN A CARGO DE LA DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD</b>					
			Número de plazas de especialistas ocupadas por mujeres otorgadas por la Secretaría de Salud (CCINSHAE)						
	7	Mujeres especialistas formadas que cumplieron el programa de enseñanza	Número de mujeres especialistas tituladas de la misma cohorte (egresadas en febrero del ejercicio presupuestal)	245	90.1	423	88.3	<b>-2%</b>	
Número de mujeres especialistas inscritas			272	479					
8	Asistentes mujeres a cursos de formación	Número de asistentes mujeres a los cursos de formación	490	67.2	203	58.5	<b>-13%</b>		
		Total de asistentes	729		347				
	9	Aportaciones relacionadas con la salud de la población	Número de aportaciones de la CCINSHAE en un periodo de 10 años aplicadas a estudiar la salud del país	<b>INFORMACION A SER PROPORCIONADA POR LA DIRECCION GENERAL DE POLITICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA CCINSHAE</b>					
			Total de aportaciones generadas en el sector salud del país en el mismo periodo X 100						
Investigación y desarrollo tecnológico en salud	10	Artículos científicos publicados en revistas indexadas	Número de artículos científicos publicados en revistas indexadas niveles III a V por Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa, durante el periodo de reporte	91	50.6	72	46.5	<b>-8.1%</b>	
			Total de artículos científicos publicados en revistas I a V por Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa, durante el mismo periodo.	180		155			
	11	Proporción de productos de la investigación apegados a	Número de productos de investigación realizados en el periodo apegados a PROSESA	588	90	450	90	<b>0%</b>	

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	NOMBRE DEL INDICADOR		Variables 1/2	Comparativo				
				Programado vs Realizado				
				Programado		Realizado		Variación
		PROSESA	Número de productos de investigación realizados en el periodo	653		500		
	12	Proyectos en proceso	Número de proyectos de investigación en proceso (concluidos y en desarrollo)	307	98.7	337	95.2	<b>-3.6%</b>
			Número de proyectos de investigación vigentes en el periodo (concluidos, en desarrollo, cancelados y suspendidos)	311		354		
	13	Porcentaje de productos de la investigación con perspectiva de género apegados al PROSESA	Número de productos de investigación con perspectiva de género apegados al PROSESA realizados en el periodo	<b>NO APLICA</b>				
			Número de productos de investigación apegados al PROSESA realizados en el periodo X 100					
	14	Porcentaje de proyectos en proceso con perspectiva de género	Número de proyectos con perspectiva de género en proceso (concluidos y en desarrollo)	<b>NO APLICA</b>				
Total de proyectos con perspectiva de género vigentes en el periodo (concluidos, en desarrollo, cancelados y suspendidos) X 100								
Prestación de Servicios en los diferentes niveles de atención a la salud.	15	Cobertura de atención hospitalaria de alta especialidad por parte de la CCINSHAE	Egresos hospitalarios por mejoría de la CCINSHAE	<b>INFORMACIÓN A SER PROPORCIONADA POR LA CCINSHAE</b>				
			Egresos hospitalarios por mejoría a nivel nacional X 100					
	16	Egresos Hospitalarios por mejoría	Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	6,549	91	7,247	92.9	<b>2%</b>
			Total de egresos del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	7,193		7,801		
	17	Ocupación hospitalaria	Días paciente durante el periodo de reporte en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	69,691	81.0	74,849	87.6	<b>8.1%</b>

PROGRAMA PRESUPUESTARIO	NOMBRE DEL INDICADOR		Variables 1/2	Comparativo				
				Programado vs Realizado				
				Programado		Realizado		Variación
			Días cama censables durante el mismo periodo en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	86,010		85,422		
18	Ingresos hospitalarios programados	Número de ingresos hospitalarios programados	4,650	64.6	4,819	61.5	-4.9%	
		Ingresos hospitalarios totales	7,193		7,842			
19	Consultas otorgadas respecto a las programadas	Número de consultas otorgadas	250,966	94.7	239,550	90.4	-4.5 %	
		Número de consultas programadas	264,973		264,973			
20	Egresos Hospitalarios por mejoría de mujeres	Número de egresos hospitalarios por mejoría de mujeres en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	2,585	35.9	3,409	43.7	21.6%	
		Total de egresos hospitalarios en el año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa	7,193		7,801			
21	Consultas en mujeres respecto a consultas totales	Número de consultas otorgadas a mujeres	163,130	61.6	74,633	28.2	-54.2%	
		Total de Consultas	264,973		264,973			