



SALUD

**SECRETARÍA
DE SALUD**



**INSTITUTO NACIONAL
DE PEDIATRÍA**

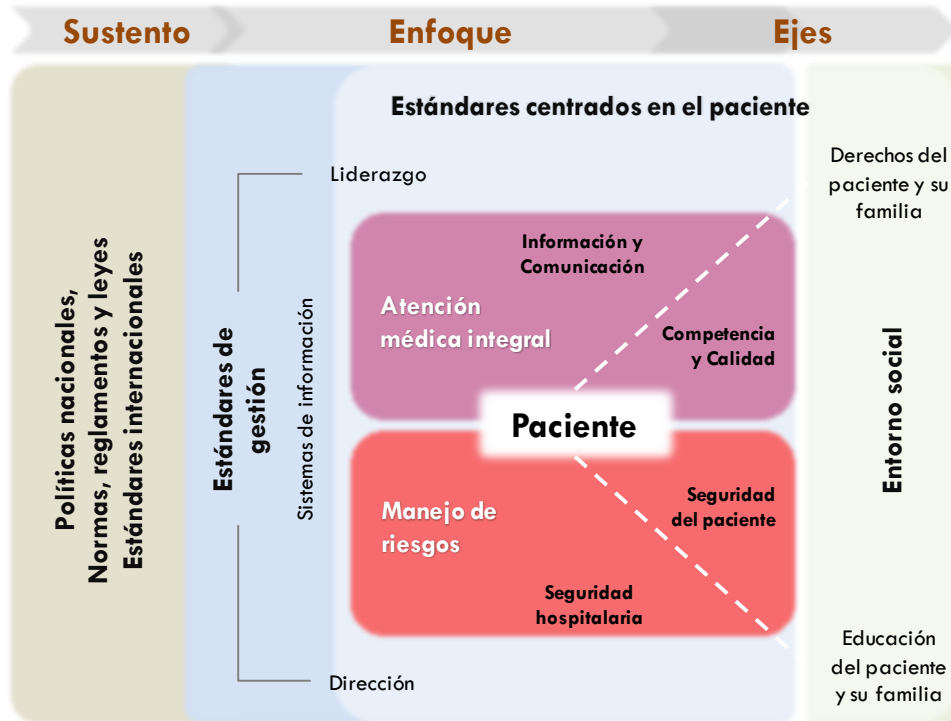


PROGRAMA DE TRABAJO

2012



POLÍTICA INSTITUCIONAL 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
 2012

DIRECTORIO

Dr. Alejandro Serrano Sierra
Director General

Dr. José Nicolás Reynes Manzur
Director Médico

M.C. Francisco J. Espinosa Rosales
Director de Investigación

Dra. Rosaura Rosas Vargas
Directora de Enseñanza

M.A. Eugenio A. Alvírez Orozco
Director de Administración

Dr. Juan Pablo Villa Barragán
Director de Planeación

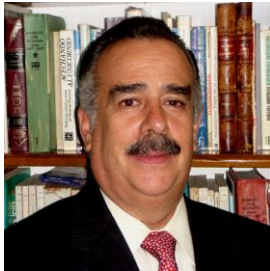
CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	6
ORIGEN Y EVOLUCIÓN.....	6
CAPÍTULO 2. DEBER SER.....	9
FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	9
OBJETIVOS DEL PRONASA	9
ESTRATEGIAS Y ENFOQUE DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PNS 2007-2012	10
INTERACCIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	11
CONVERGENCIAS CON EL PRONASA	12
ELEMENTOS DE LA APF PARA EL PROGRAMA 2012	14
ATRIBUCIONES DEL INP	15
CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL. RETOS EN LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.....	17
CAPÍTULO 4. RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA EN EL INP. POLÍTICAS.	19
LA CONTINUIDAD ES UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR.....	19
CRECIMIENTO, DESARROLLO E INNOVACIÓN.	20
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS ESTRATÉGICO: FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS	21
FORTALEZAS.....	21
DEBILIDADES DEL INP. NECESIDADES INSTITUCIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN	24
OPORTUNIDADES COMO MEDIOS DE FORTALECER A LA INSTITUCIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN ..	24
AMENAZAS. CAMBIOS EN EL CONTEXTO Y ACCIONES ANTICIPATORIAS.....	24
MATRIZ DE CONVERGENCIA EN EL ANÁLISIS FODA. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.	25
MEJORA REGULATORIA PROCESO DE ARRANQUE DEL PROGRAMA DE CONTROL INTERNO.	25
TABLA DE RIESGOS FRENTE A CONTINGENCIAS DEL MEDIO INTERNO Y EL MEDIO EXTERNO EN EL INP	27
AVANCE DE LAS 14 ACCIONES DE CONTROL. PRIMEROS 100 DÍAS DEL PROYECTO 2011-2016	28
CAPÍTULO 6. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. MARCO LÓGICO.....	31
PRINCIPIOS DE ESTE PROYECTO.....	31
MISIÓN Y VISIÓN DEL PROGRAMA 2012	31
GRUPOS INVOLUCRADOS, INTERNOS Y EXTERNOS	32
PROBLEMÁTICA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA BAJO LA METODOLOGÍA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE DESARROLLO Y CONTINUIDAD.....	33
MAPA DE PROBLEMAS EN BASE A LOS RIESGOS DETECTADOS.....	33
ANÁLISIS DE PROBLEMAS Y RIESGOS ORGANIZACIONALES	35
OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS POR EL PROGRAMA 2012.....	35
CONTINUIDAD EN ACTIVIDADES SUSTANTIVAS	36
SOLUCIONES DE LA GESTIÓN DE RECURSOS.....	36

PROPUESTA DE OBJETIVOS Y RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO 7. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS Y SUSTANTIVAS. MATRIZ DE INDICADORES.	38
PRINCIPIOS Y PUNTOS DE PARTIDA	38
ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA 2011-2016	39
ESTRATEGIA 1. VINCULACIÓN INSTITUCIONAL INTERNA.	39
ESTRATEGIA 2. FORTALECIMIENTO FINANCIERO.....	40
ESTRATEGIA 3. CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGÍA	40
ESTRATEGIA 4. REGULACIÓN INTERNA DE PROCESOS SUSTANTIVOS Y GERENCIALES.	41
ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA 2011-2016.....	41
PROYECTOS ESTRATÉGICOS PARA 2012	42
MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR) 2012	43

"El Bienestar de la Infancia, Adolescencia y la Familia Reto y Compromiso"

Dr. Alejandro Serrano Sierra



CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Más de cuatro décadas atestiguan su gran labor

Origen y evolución

Los documentos históricos del INP constituyen un legado, su lectura permite remontar a hechos que dan cuenta de su creación y evolución, describen los aciertos y proporcionan información necesaria para dar continuidad a los aspectos positivos, evitar los yerros y orientar el desempeño con éxito. De ahí la importancia de recordarlos brevemente.

Uno de los antecedentes vinculados con la atención de la salud de los niños en nuestro país data de la época de la colonia, con Vasco de Quiroga, quien recibió el sobrenombre del "Protector del niño indio en América", y fundó en 1532, la primera casa cuna en el país. Años más tarde, en 1865 la Emperatriz Carlota con sus propios recursos apoya a la "Casa de los niños Pobres y la Cuna". En 1905 se reorganiza la Casa Cuna y se funda el "Hospicio de Niños"; ese mismo año se funda el pabellón de niños en el Hospital General. Después de la revolución, alrededor del año 1928, se integró el Comité nacional de protección de la Infancia y en 1930 se fundó la Sociedad mexicana de pediatría. En 1933 es reubicada la casa cuna en Coyoacán. Su director fue el Dr. Cárdenas de la Vega, quien falleció prematuramente a los 35 años edad.

Durante la década de 1940, nacieron en la Ciudad de México el Hospital infantil de México (1943), el Instituto nacional de cancerología (1946), el Instituto nacional de cardiología (1944), y el Hospital de enfermedades de la nutrición (1944) y la propia Secretaría de salud (1944). En el ámbito nacional se funda el Instituto mexicano del Seguro Social (1943). Se genera una era de atención de alto nivel hospitalario. Paralelamente se inicia la vacunación contra la viruela y el uso de la penicilina y la estreptomycinina, así como el uso extenso en regiones endémicas del DDT para el control de enfermedades transmitidas por vectores.

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) nace en 1961, con la misión de suministrar desayunos escolares y servicios asistenciales a los niños. En los siguientes años, ante la demanda de atención, se planteó la necesidad de crear un nuevo hospital pediátrico. Para cumplir con este objetivo, se integró un grupo de médicos entre los que destacaron los doctores Jesús Kumate, Jesús Álvarez de los Cobos, Joaquín Cravioto Muñoz, Luis Sierra rojas, Rafael Ramos Galván, María Luisa Días Salas y Lázaro Benavides Vázquez, entre otros.

En 1968 se creó el Instituto mexicano de asistencia a la niñez (IMAN) con la misión 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, bajo la dirección del Arq. Pedro Ramírez Vázquez, con un enfoque hacia la investigación científica, “El Instituto sería un centro de investigación dedicado al estudio de los problemas médico-sociales de la niñez mexicana”, el cual fue inaugurado el 6 de noviembre de 1970, por el presidente Gustavo Díaz Ordaz y su esposa Guadalupe Borja.

En enero de 1971, el Dr. Rafael Ramos Galván inauguró la docencia, e inicio los cursos de residencias medico-quirúrgicas de posgrado. En 1977, el IMAN se fusionó con el Instituto nacional de protección a la infancia (INPI) y se creó el Sistema nacional para el Desarrollo integral de la Familia (DIF), que hasta la fecha es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social. En este año, durante la gestión del Dr. Beltrán Brown, se estableció el Departamento de ediciones médicas que entre otras labores publica el Acta Pediátrica de México.

El 18 de abril de 1983 se publicó en el Diario oficial de la federación el decreto presidencial mediante el cual se creó el Instituto Nacional de Pediatría (INP), estructurado como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de salud dentro de la Ley orgánica de la administración pública federal.

El compromiso de la institución desde su creación es: proporcionar atención médica infantil especializada; efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría, la formación de recursos humanos, contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas áreas relacionadas y apoyar programas de salud pública.

En 1984 el Dr. Joaquín Cravioto Muñoz, Director del instituto de ciencia y tecnología aplicada a la salud (INCYTAS), actual torre de investigación, recibió el Premio “Reina Sofía” por sus estudios sobre nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje, otorgado por los reyes de España a lo más destacado en investigación en Iberoamérica.

El Dr. Alberto Peña Rodríguez, recibió el premio GROSS en 1985 por el tratamiento de las malformaciones anorectales. En 1988 se expidió en el DOF decreto para la organización y el funcionamiento del Instituto dentro del Sistema Nacional de Salud.

De 1985 a 1995 se encaminaron las acciones hacia la consolidación de su desarrollo como un Instituto Nacional de Salud, esto representó un reto, tomando en consideración las funciones asistenciales, bajo las cuales fue originalmente creado. Se construyó la unidad de congresos, a través de la remodelación del auditorio principal y la construcción de dos salas anexas de usos múltiples. Se destinó el presupuesto de obra pública, a la modernización de neonatología, neurofisiología clínica, terapia intensiva, quirófano central, sala de cuidados intermedios, salas de usos múltiples, bioterio,

residencia médica, departamento de impresiones, nuevas instalaciones del banco de sangre, así como el equipamiento con tecnología de vanguardia, como un tomógrafo axial computado, un equipo de neurofisiología clínica, un microscopio electrónico y una nueva unidad de cobalto.

En el campo de maltrato infantil en 1994, el Dr. Arturo Loredó Abdalá, obtuvo el primer lugar del Administración pública el INP es centro de referencia de esta patología.

En 1999 se reinstaló el programa de trasplante de médula ósea, diseñado para trasplantes autólogos y alogénicos, tanto de médula ósea como de células progenitoras.

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

Ese mismo año impuso el nombre de Joaquín Cravioto Muñoz a la torre de investigación.

El INP obtuvo la certificación por el Consejo de salubridad general para el periodo 2000-2004 y en 2006 obtuvo la certificación de la ISO 9001:2000, de las cuales tiene recertificaciones hasta la fecha.

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

CAPÍTULO 2. DEBER SER

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) forma parte de la red de los Institutos nacionales de salud y contribuyen con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS), para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, se complementan sus acciones con la gestión de conocimiento y la formación de recursos humanos para la salud de la infancia y adolescencia.

El PNS da contexto al deber ser del INP quien contribuye a garantizar el aseguramiento al acceso universal a la atención a la salud, en el que cada mexicano tiene acceso a servicios integrales. El PNS en voz del titular de la SS planteó cuatro premisas operativas en 2011:

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

Funciones del Sistema Nacional de Salud

1. Rectoría, regulación y normatividad.
2. Movilización de recursos
3. Financiamiento equitativo
4. Prestación de servicios de salud

Objetivos del PRONASA

1. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza
2. Mejorar las condiciones de salud de la población
3. Reducir las brechas y la desigualdad
4. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
5. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

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

Estrategias y enfoque de las líneas de acción del PNS 2007-2012

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

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

¹Se realizó una descripción de las líneas acción.

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

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

Interacción con el Sistema Nacional de Salud

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

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

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

Vinculación organizacional basada en competencias



Lo anterior, da continuidad a los proyectos, enfoca la mejora continua de los procesos de atención orientados a la calidad y la seguridad del paciente y su familia y sitúa a la organización en un entorno de retos y oportunidades para el desarrollo tecnológico de la pediatría.

Convergencias con el PRONASA

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

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

Contribución del INP a las acciones del PRONASA

Estrategia del PRONASA	Perspectiva 2011-2016
Control de riesgos sanitarios	Programa integral de ahorro y fuentes alternativas de energía. Control de emisiones y aguas residuales. Ahorro de papel. Manejo del Sistema de Gestión de la Calidad.
Promoción de la Salud	Redesinterinstitucionales para la coordinación de clínicas de cardiopatía congénita, cáncer pediátrico y prevención de accidentes. Red nacional de estudio y ejecución de acciones de control de la muerte perinatal. Plan de colaboración para el desarrollo de vacunas. Participación en la gestión de conocimiento para el control de problemas nutricionales.
Calidad en la atención de los servicios de salud	Certificación de todos los servicios de atención, laboratorios y banco de sangre. Certificación de la calidad con los criterios del Consejo de Salubridad General. Sistema de Gestión de la Calidad. Sistema de mejora continua y unificación y certificación de laboratorios de investigación, áreas administrativas y enseñanza. Sistema de uso de medicamentos

Planeación, gestión y evaluación	Seguimiento de la matriz de riesgos, planeación por resultados, mejora regulatoria y seguimiento del Programa de mejora de la gestión PMG.
Organización de los servicios	Mejora del sistema de referencia y contrarreferencia. Red nacional de hospitales pediátricos. Análisis de costos de atención, fortalecimiento del Seguro Popular, modelos de atención trasdisciplinario (centrados en la pediatría), y gestión de la escuela de enfermería pediátrica. Aplicación de los lineamientos de Referencia y Contrarreferencia
Garantizar recursos	Abasto del 95%, reorganización de almacenes y de la estrategia de medicamentos, mezclas parenterales y dispensación unitaria. Fortalecimiento de la red informática de administración y optimización de insumos para la atención. Modelos de gestión de recursos humanos, materiales y financieros. Automatización de procesos técnicos y administrativos. Gestión documental y análisis de costos de servicios.
Financiamiento	Incremento de ingresos propios y de terceros y manejo sin salvedades del presupuesto federal y donativos. Control de pérdidas y cobro efectivo de servicios. Innovación de estrategias de cobro de servicios y control de insumos. Gestión para el cobro del seguro popular.
Informática	Expediente clínico electrónico y sistematización de administración y servicios de apoyo. Automatización de los servicios de vigilancia y controles administrativos, inventarios, pagos y cobros, apegado a normatividad.
Investigación y enseñanza	Certificación de procesos de laboratorios de investigación y reingeniería de los proyectos básicos. Plan de desarrollo de investigadores y jóvenes científicos.
Infraestructura y equipamiento	Conservación, mantenimiento y desarrollo de la nueva infraestructura (Unidades de hemato-oncología y Cardiocirugía)

Fuente: Programa de trabajo 2011-2016. INP. <http://www.pediatria.gob.mx>

Como se observa en la tabla de convergencias, la institución contribuye a poner en práctica la base técnica y social de las políticas públicas en salud, colabora para generar la parte tangible de las propuestas sanitarias nacionales en el ámbito académico, con el servicio directo a la población y con la práctica efectiva de la administración pública¹.

Será importante dar continuidad al fortalecimiento de la captación de ingresos propios, y aprovechar el Seguro Popular como fuente de financiamiento, tomando en cuenta que tiende a incrementarse en los últimos años (ver tabla). Asimismo, se buscará incorporar más padecimientos de alta especialidad atendidos en el INP, dentro del Catálogo del Seguro Médico para una nueva generación.

INGRESOS AUTOGENERADOS*	2008	2009	2010	2011
Cuotas de Recuperación	36.2	30.9	34.9	39.4
Seguro Popular	36.0	63.9	76.4	90.2
S u m a	72.2	93.8	111.3	129.6

*Expresado en millones de pesos

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

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

Elementos de la APF para el Programa 2012

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

2. Metodología de Marco Lógico. El Marco lógico sirve para identificar problemas y soluciones, así como la determinación de una matriz de indicadores que permiten diseñar actividades del nivel estratégico del INP.

Con la metodología del marco lógico, originada en el BID y propuesta por la SHCP y la SFP, se pretende hacer objetivo el enfoque del programa y del presupuesto a los resultados (PbR) y su alineación a las políticas públicas.

La estructura de la Planeación estratégica por marco lógico se divide en dos: a. Análisis situacional y b. Construcción de matriz de indicadores.

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

En la construcción de la **matriz de indicadores** se relacionan las variables de desempeño con el sistema de información y los resultados esperados. ⁱⁱ

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

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

4. Programa de transparencia y rendición de cuentas (PTRC). Se debe perfeccionar en el INP y debe tener instrumentos precisos, que anticipen la forma en que se hacen las acciones y sitios donde se

informe de las metodologías y los resultados obtenidos, esto es la bases para que los involucrados en los procesos del INP tengan confianza en la organización.

5. Programa de Control Interno Institucional (CII) ha permitido al INP fortalecer la cultura de la autoevaluación y prevención a través del establecimiento del Modelo de administración de riesgos y se nutre desde el 2007 con la información de las auditorías de los diferentes niveles más los reportes del Sistema de gestión de la calidad.

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

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

Atribuciones del INP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- X.** Actuar como órgano de consulta técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF) en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado.
 - XI.** Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud.
 - XII.** Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de las especialidades médicas que le corresponden.
 - XIII.** Realizar las demás actividades que le corresponda conforme a la Ley y demás disposiciones aplicables. Para el cumplimiento de su objetivo y desempeño de las atribuciones que le competen el INP cuenta con Órganos de Administración, Unidades administrativas y comités institucionales.
 - XIV.** Fortalecer los sistemas de gestión con los procesos de ejecución, evaluación y retroalimentación.
 - XV.** Alinear los procesos de manera sistemática para optimizar recursos y evitar pérdidas
 - XVI.** Monitoreo y evaluación de los procesos para su mejora continua

CAPÍTULO 3. ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL. RETOS DE LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Los siguientes enunciados diagnósticos son un resumen del informe extenso contenido en el Proyecto de la Dirección general del INP para el período 2011- 2016 y constituyen a su vez retos relacionados a la transición demográfica, social y epidemiológica, que debe enfrentar el INP para cumplir con su misión actual de general modelos de atención basados en evidencia científica y formar recursos humanos.

El diagnóstico situacional también comprende el análisis de los servicios de salud, extraído del informe de autoevaluación del ejercicio fiscal 2011.

Retos de la salud de la infancia y adolescencia. ¿Cómo enfrenta el INP estos retos en el programa 2012?

Para fines de planeación del periodo 2012 se presentan los siguientes enunciados y se relaciona acciones que se programan en el capítulo de estrategias, a partir de aquí las estrategias que se plantean constituyen un ataque frontal a las demandas sustantivas de atención, investigación y formación de recursos que serán tomadas en cuenta para mejorar los servicios siempre con un enfoque de riesgo y también con una política de innovación.

1. Los daños a la salud tienen diferencias importantes relacionadas con el origen urbano o rural de la población y una estrecha relación con la pobreza de la población, con su estatus social y su nivel socioeconómico.
 - a. El INP tiene proyectos hospitalarios para reducir el impacto de los daños a la salud y atender las enfermedades de alta complejidad, apoyando a otras unidades de salud en las entidades con una **red hospitalaria** pediátrica que implique colaboraciones técnicas específicas para reducir el costo de las enfermedades y optimizar la capacidad instalada de los servicios de salud, en el campo del cáncer pediátrico, la enfermedades metabólicas y lisosomales, los defectos al nacimiento, la mortalidad perinatal.
 - b. Tiene en marcha un programa de mejoramiento de la disponibilidad de medicamentos mediante la automatización del sistema de gestión de medicamentos y el control y seguridad del paciente pediátrico hospitalizado.
 - c. Un programa de formación y actualización de recursos humanos para la salud con un enfoque transdisciplinario para colaborar con el sector en la transferencia de tecnología y en el cumplimiento de los cuadros de especialistas con un enfoque transdisciplinario.
2. La escolaridad de la población está relacionada con la pobreza y con daños asociados a esta condición, pero la escolaridad de las mujeres es predictora de daños a la salud en los niños.
 - a. Los modelos de atención en el INP incluyen Guías de Práctica clínica pediátrica, protocolos de atención y con una cualidad fundamental, una intervención integral para todos los niveles de atención.

- b. También se colabora con el contexto de las instituciones de salud frente a un modelo de educación para la salud que afecta a los programas académicos de profesionalización y también a los programas escolares con acciones preventivas desde el nacimiento, en esta red se deberá fortalecer la red de crecimiento y desarrollo que permita identificar zonas y poblaciones de riesgo por parte de los órganos centrales de la SS.
 - c. En cuanto a la educación sanitaria el conocimiento que generan los científicos en el INP tienen un enfoque a prioridades en salud pero también un enfoque a determinantes sociales de la salud para interactuar con organismos jurídicos en el caso del maltrato infantil, con organismos relacionados a la salud de la mujer para hacer recomendaciones en el manejo integral de los problemas reproductivos de las adolescentes.
 - d. En salud mental y ciencias de la conducta el trabajo más arduo se encuentra enfocado al desarrollo de capacidades para las familias con problemas de enfermedades complejas que afecten la dinámica de sus miembros. Así mismo en el campo de la salud mental y de los problemas psicosociales el adolescente es un centro importante de atención, en los capítulos de adicciones y trastornos de la desnutrición.
 - e. Los determinantes sociales no solamente son elementos que intervienen en el perfil de salud de los niños y adolescentes, sino que también influyen en sus estilos de vida y en el tipo de servicio de salud al que acuden.
3. 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.
 - a. Las enfermedades crónicas son un hallazgo con antigüedad de 15 años, el INP responde con clínicas de especialidad para la generación de conocimiento integral, y también con unidades de excelencia clínica, las cuales implican proyectos de alta inversión para los cuales se han afinado mecanismos de gestión de alta calidad apeandose a la normatividad vigente.
 4. En adolescentes mayores de 15 años los accidentes, violencia, en particular homicidios y suicidios tienen un lugar preponderante.
 - a. El INP desarrolla cuadros de priorización de necesidades sociales para proponer en las políticas públicas acciones de causa raíz que tengan como centro los problemas sociales que deben resolverse como consecuencia del desarrollo y la educación, sin embargo en la parte que nos corresponde el INP, dará resultados en los componentes de remediación en base a la investigación aplicada y traslacional para que se generen acciones de estado.

CAPÍTULO 4. RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA EN EL INP. POLÍTICAS.

LA CONTINUIDAD ES UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR.

Se ha avanzado decididamente sobre las estrategias formuladas desde 2005, hay nuevos retos por vencer. Una vez que las acciones se han consolidado surgen nuevos retos y más complejos es muy importante que la **continuidad** vaya por la misma directriz en donde la gestión de los recursos necesarios será una asignatura por cumplir y deberá cubrir un patrón de transparencia y combate a la corrupción y un destino enfocado en mejorar la eficiencia de los sistemas gerenciales y de atención, así como hacer que la investigación y la formación de recursos humanos sea autosustentable.

En el ámbito de la atención médica, el propósito constante es la **mejora de la calidad** de la atención y la seguridad del paciente, por lo que la gestión del sistema de salud tendrá esta política inequívoca.

El modelo de gestión de servicios de salud tiene como enfoque, detectar las deficiencias en la calidad de la atención y prever gestiones orientadas a la actualización permanente de la tecnología para el diagnóstico y tratamiento, así como el desarrollo continuo de los recursos humanos para la salud con una orientación transdisciplinaria como principio rector.

Enfermería como piedra angular en la atención a la salud consolida un modelo de cuidados orientando y actualizado en las más de 800 enfermeras que han hecho de los cuidados un componente básico de las ciencias de la salud y que ahora se profesionaliza e incursiona desde hace varios años en la generación de conocimiento y desarrollo humano.

La investigación y la docencia son pilares de la producción y reproducción del conocimiento, se tiene un equipo de profesionales pertenecientes a academias y consejos científicos nacionales e internacionales, quienes tienen un liderazgo en sus disciplinas y son referencias de vanguardia. El INP como todos los Insalud, tiene una cooperación técnica estrecha con instituciones académicas para dar solidez a los aspectos académicos y sobre todo a la capacidad de opinión en los programas de formación, así como constituir, en la pediatría, un centro docente de excelencia. El INP enamora a sus estudiantes con la pasión de sus académicos, en las áreas biomédicas, clínicas y gerenciales, quienes como jóvenes dan vitalidad, impulsan y agregan valor al conocimiento que se produce y reproduce.

Los mecanismos de investigación se modernizan, aumentan su capacidad de trabajo, se organizan mejor y son más eficientes en la generación de recursos a través de la ciencia, la tendencia a la sustentabilidad y la consolidación de modelos de autoría son acciones en marcha, los científicos califican y apoyan proyectos de investigación cada día con mayor profundidad para que impacten no solo en la remediación de las enfermedades, sino en las políticas públicas en salud participando activamente en el uso de los resultados en un marco estricto bioético para minimizar el daño y

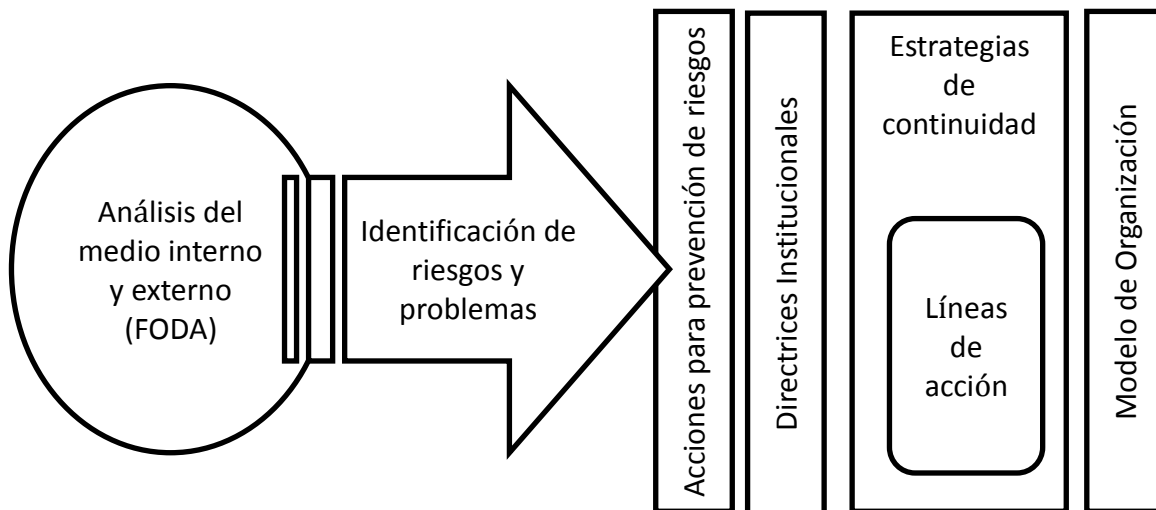
maximizar el beneficio. Existe una regulación en investigación y docencia que tiende a legitimarse con la opinión de todas y todos los científicos del INP.

La sustentabilidad financiera tendrá como nicho natural al desarrollo consistente, en donde las personas, los servicios y los bienes del hospital son equitativamente distribuidos para las mejores prácticas profesionales de la salud.

CRECIMIENTO, DESARROLLO E INNOVACIÓN.

El programa 2012 del INP toma como base el Proyecto de la Dirección General 2011- 2016, se realiza en forma multidimensional, enfocado a resultados se analizan los problemas y los riesgos, con el análisis del FODA en este programa la resultante son estrategias de contención de riesgos y proyectos innovadores, se retoma el esquema siguiente con la finalidad de esquematización.

Metodología para la integración diagnóstica del INP



CAPÍTULO 5. ANÁLISIS ESTRATÉGICO: FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

Fortalezas

Rubros genéricos de FORTALEZAS DEL INP a 2010
1. Planta física incrementada y remodelada.
2. Equipamiento de vanguardia.
3. Alineación y certificación de procesos de atención y de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
4. Formación profesional de excelencia en investigación, en medicina de alta especialidad, enfermería y apoyo en la enseñanza a instituciones académicas.
5. Procesos financieros sin observaciones, incremento del presupuesto global, federal y de ingresos propios por el Seguro Popular y donativos externos.
6. Recursos humanos comprometidos y de formación excelente.
7. Investigación científica de alto nivel, financiada y apegada a prioridades nacionales.

Cuadros de fortalezas en extenso en Anexo 1.

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 hemodiálisis y terapia ambulatoria	2,800	25,905,225.00	34,412,241.33	3,788,979.00	64,106,445.33
4	2006-2007	Laboratorios de análisis clínicos	1800	11,634,324.00	23,070,247.00	6,000,000.00	40,704,571.00
5	2009	Rehabilitación, Ortopedia, Foniatría y Otorrinolaringología (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
24	2010	Remodelación Área de Cardiología	800	1,600,000.00	1,500,000.00	350,000.00	3,450,000.00
25	2010	Remodelación de Estomatología	830	2,300,000.00	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

No	Año	Descripción	M2	Obra pública	Equipo médico	Mobiliario y equipo admvo*	TOTAL
		TOTAL A DICIEMBRE DE 2010	18,409	208,333,958	254,522,726	43,589,665	510,446,349.00

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

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

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

Debilidades del INP. Necesidades institucionales para el cumplimiento de la misión

Hace falta completar la automatización de los procesos administrativos y del expediente clínico electrónico.
Es necesario que todos los servicios cuenten con documentación básica de programación y presupuestación, apegada a resultados y consolidar el Programa Interno de Mejora Regulatoria.
Verificar que todos los procesos se incluyan en el programa de transparencia y rendición de cuentas.
Consolidar el Sistema de Atención a usuarios, con ventanillas únicas y certificar con instrumentos de calidad así como unificar el sistema de información en salud.
Consolidar el modelo de enseñanza para mejorar la educación continua y la capacitación del personal.
Consolidar y continuar el desarrollo del Sistema de Gestión de medicamentos.
Es necesario reforzar la vinculación entre las áreas.

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

Instituciones nacionales e internacionales con recursos y fuentes de financiamiento externo importantes, dispuestas a la cooperación técnica y desarrollo de patentes.
Necesidad del personal de salud de formarse y actualizarse en pediatría y centros académicos que quieren colaborar con el INP.
Necesidad de las instituciones académicas de campos clínicos de excelencia para formar y actualizar personal de salud.
Programas mundiales y nacionales que fomentan la seguridad del paciente y la calidad de la atención con modelos probados de auditoría y de acción.
Guías clínicas y protocolos de atención alineados a procesos de investigación.
Creación de hospitales de alta especialidad.
Nuevos paradigmas académicos y medios para enseñanza aprendizaje.

Amenazas. Cambios en el contexto y acciones anticipatorias

Riesgos financieros, inflación, incremento de precios y techos presupuestales asignados.
Transiciones epidemiológica, social y demográfica, con nuevos padecimientos o prevalencia de aquellos de mayor complejidad, para su atención y estudio.
Costo de nueva tecnología y acceso al conocimiento.
Competitividad del medio y poca colaboración en áreas de gestión del conocimiento.
Nuevas tecnologías educativas no asimiladas por las generaciones de profesionales en el INP.
Baja eficiencia de las unidades de menor complejidad y saturación de la capacidad instalada.
Epidemias y contingencias en salud.

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

A continuación se presentan las convergencias para identificar riesgos, esta metodología innovadora en el INP combina el análisis FODA para generar riesgos que de materializarse pueden influir en el cumplimiento de la misión, implica combinar la realidad en los servicios con la información disponible del sistema institucional de encuestas de calidad. Los riesgos analizados son de 4 tipos:

1. **Riesgos controlados.** Los que surgen de la convergencia de fortalezas y oportunidades, requieren ser tomados en cuenta de manera rutinaria con acciones dirigidas a las estructuras del sistema de salud del INP.
2. **Riesgos que requieren revisión periódica.** Son riesgos que requieren revisión sobre todo de las perspectivas tácticas o metodológicas por todos los servicios institucionales, serán la pauta para el desglose de políticas sobre las áreas sustantivas. Son vectores resultantes de la combinación de las oportunidades y las debilidades.
3. **Riesgos que requieren seguimiento.** Son los riesgos resultantes de las amenazas frente a las fortalezas, estos riesgos son muy importantes porque es necesario ubicar acciones de vigilancia porque las amenazas no están en el ámbito de control de la institución y deben generar acciones defensivas.
4. **Riesgos de atención inmediata.** Son riesgos que pondrán en jaque a la organización en corto plazo y pueden romper la armonía y la **continuidad de las acciones proyectadas.**

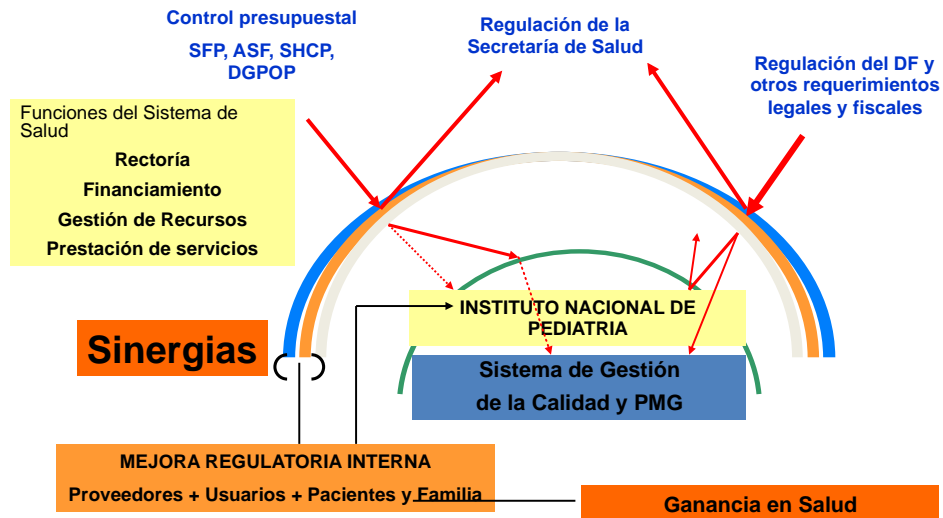
Los riesgos inmediatos deben establecer acciones estratégicas y tácticas urgentes, deben contener sistemas de vigilancia y control muy precisos. El programa de la Dirección General 2011-2016, marca 14 acciones para los primeros 100 días. Su contención permitirá estar en posición de continuar con las estrategias propuestas en el mismo documento. Tales sistemas de vigilancia son los comités hospitalarios, el sistema institucional de gestión de la calidad, la supervisión de los mandos medios, el órgano interno de control, entre otros, aunados a registros y sistemas informáticos que den oportunidad y confiabilidad a la información para la toma de decisiones. Estos mecanismos se encuentran vinculados al **Programa de control interno.**

Mejora regulatoria proceso de arranque del Programa de control interno.

Antes de iniciar las acciones de control de riesgos es necesaria una revisión de las Normas externas y las internas para hacer efectivo el precepto de la rectoría del sistema de salud bajo un concepto de **mejora regulatoria.** Es necesario que el análisis tenga como resultado, una regulación interna que respete los preceptos de la legislación vigente y se traduzca operativamente al INP en reglas de operación que todos conozcan y respeten bajo un sistema claro de recompensas y sanciones. Los diagramas que se muestran a continuación dan la idea de una traducción efectiva de la regulación externa e interna.

El INP cuenta con un Sistema de gestión de la calidad que tiene un sistema de encuestas a ser mejorado, un sistema de monitores de calidad que detectan riesgos y problemas a los que dan solución, y un sistema de auditorías para certificación que garantizan el buen funcionamiento de los procesos de trabajo, es necesario que el SGC sea adoptado por la Administración y la Investigación.

Marco regulatorio del INP



Fuente: Adaptado de UNESCO. Alineación legal Universal a local. 2002.

Tabla de riesgos frente a contingencias del medio interno y el medio externo en el INP

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

Fuente: Programa 2011-2016. Dirección General.

Avance de las 14 acciones de control. Primeros 100 días del Proyecto 2011-2016

Prioridad	Acción	Productos	Avance a dic 2011
1	Proponer las bases de vinculación, comunicación y políticas institucionales.		
1.1	Integración del COTAP	Actas	100
1.2	Reuniones quincenales COTAP	Minutas	100
1.3	Diagnóstico de desempeño áreas médicas	Informe	100
1.4	Diagnóstico de riesgos	Publicación	100
1.5	Priorización de necesidades	Informe	70
1.6	Programa de trabajo	Publicación	100
1.7	Manuales de procedimientos	Publicación	100
1.8	Integración de comités	Actas y reglas de operación	60
2	Identificación de necesidades de proyectos y liderazgo para su ejecución.		
2.1	Hemato oncología	Proyecto	100
2.2	Cardiología	Proyecto	100
2.3	Cainm	Programa	100
2.4	Radioterapia	Manuales	100
3	Diagnóstico de riesgos y necesidades directo en los servicios de atención.		
3.1	Diseño de metodología	Publicación	100
3.2	Cédula y análisis	Publicación	100
3.3	Mapa de riesgos	Publicación	100
4	Listado y competencias de organizaciones y personas involucradas en actividades del INP así como aquellos proveedores de servicios e insumos para la salud.		
4.1	Hospital de la niñez Oaxaqueña	Convenios	100
4.2	Hospital del niño Poblano	Convenios	100
4.3	Hospital infantil de Hidalgo	Convenios	100
4.4	Hospital Infantil de Tlaxcala	Convenios	100
4.5	Hospital del niño Morelense	Convenios	100
4.6	Hospital Infantil de Toluca	Convenios	100
4.7	Hospital Pediátrico de Sinaloa	Convenios	100
5	Organización de la investigación, la enseñanza, la asistencia y enfermería, en particular apegados a los principios y valores para dar continuidad a la misión y visión a obra del INP.		
5.1	Diseño organizacional de enfermería	Programa	diagnóstico de necesidades, cambio de autoridades
5.2	Rediseño integral de investigación	Programa	Pendiente

Prioridad	Acción	Productos	Avance a dic 2011
5.3	Rediseño del área médica	Programa	100
5.4	Reorganización de finanzas y servicios generales	Proyecto	40
5.5	Estructuración de área de adquisiciones	Proyecto	40
5.6	Mejora regulatoria en recursos humanos	Proyecto	70
6	Análisis y evaluación del desempeño, planteamiento de objetivos, definición de metas y programas de trabajo alineados al presupuesto. Análisis y continuidad de los proyectos así como fortalecer el funcionamiento.		
6.1	Proyecto de sistema de información administrativa	Proyecto	En proceso el proyecto
6.2	Proyecto de información integral y de archivo clínico	Proyecto	pendiente reestructurar
6.3	Escaneo de expedientes y gestión documental	Informe	pendiente de contrato
6.4	Análisis de metas y mejora de la gestión (PMG)	Informe sistema	100
6.5	Rediseño de los centros de costo	Proyecto	pendiente de integrar un plan
7	Evaluar el programa de Enseñanza, replantear el modelo educativo y dar continuidad al desarrollo de mapas curriculares		
7.1	Programa de enseñanza	Programa	100
7.2	Proyecto de educación continua	Proyecto	100
7.3	Proyecto de acervo bibliográfico y biblioteca virtual	Proyecto	plan en desarrollo
7.4	Educación continua para enfermería	Programa de cursos	100
7.5	Educación continua planeación		100
7.6	Programa de educación continua ENARM		100
7.7	Programa de actualización para unidades de 2o nivel		100
7.8	Programa de actualización para unidades de 1er nivel		100
8	Fortalecer la toma de decisiones con metodologías homogéneas.		
8.1	Instrucciones de la dirección general para habilidades gerenciales: toma de decisiones, resolución de conflictos, optimización del tiempo	Documento de trabajo	100
8.2	Planeación de Curso de gerencia y planeación de servicios de salud	Curso	100
8.3	Planeación de Curso de calidad de la atención	Curso	100
9	Verificar la coherencia de los recursos disponibles y proponer opciones de mejora continua.	Proyecto de sistema	En proceso

Prioridad	Acción	Productos	Avance a dic 2011
10	Identificar las acciones de mejora y dar continuidad a las áreas que gestionan recursos en general, fortalecer el esquema interno de captación del Seguro Popular. Profesionalizar las áreas de gestión de recursos.		
10.1	Reglas internas de operación del sistema de información para el Seguro Popular	Reglamento	100
10.2	Manual de procedimientos para el Departamento de Gestión de recursos financieros	Manual de procedimientos	En proceso
10.3	Integración del sistema de cuentas corrientes	Mandato	En proceso
10.4	Desarrollo del sistema de paquetes de cobro para las cuotas de recuperación	Procedimiento	En proceso
11	Revisión del proceso para la consolidación de los sistemas informáticos y de la Unidad de información en institucional.		
11.1	Consolidación de fase II Hospital: Admisión hospitalaria, cirugía y medicina crítica	Proyecto	en proceso al 70%
11.2	Planeación fase III. Sistema integral de administración	Proyecto de inversión	En fase de proyecto
12	Fortalecer los modelos de atención: Unidades Cardiología, Hemato-oncología, Farmacia Hospitalaria, Laboratorios de análisis clínicos, Consulta Externa.		
12.1	Proyecto de Hemato Oncología	Proyecto	Financiamiento para obra pública y equipamiento
12.2	Proyecto de corazón	Proyecto	Proyecto desarrollado
12.3	Radioterapia	Proyecto	Funcionando desde septiembre
12.4	PACS- RIS	Donativo	Consiguió el RIS con RIO ARRONTE
12.5	Banco de sangre	Proyecto	Remodeló y certificó
13	Reingeniería de las áreas de Cirugía, enfermería y áreas de servicios al paciente y su familia.		
13.1	Reingeniería de enfermería	Proyecto	Se inicia el modelo de atención bajo un plan
13.2	Reingeniería de cirugía	Proyecto	Control y planeación de actividades
13.3	Unidad de atención al paciente	Proyecto	Se cuenta con un proyecto integral
14	Documentar los procesos de trabajo en áreas administrativas y vincular su desempeño con los consumos hospitalarios.		
14.1	Manual de procedimientos de finanzas	Manual de procedimientos	En proceso
14.2	Manual de procedimientos del área jurídica		En proceso
14.3	Manual de procedimientos del OIC		En proceso
14.4	Programas de trabajo por dirección y subdirección de área	Programa	100 para el 22 de febrero

CAPÍTULO 6. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. MARCO LÓGICO.

Continuando con el análisis de la problemática para proponer soluciones que den **continuidad** a las acciones de mejora continua del INP, en esta sección se realiza un análisis de problemas con la Metodología del Marco Lógico de tal manera que podamos con el FODA, el Mapa de riesgos y el Mapa de Problemas institucionales proponer estrategias de **continuidad institucional** y agregar pautas de soluciones.

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

Principios de este proyecto

1. La continuidad y la innovación son los principios rectores del proyecto de la Dirección General para 2011-2016, para dar coherencia a todos los avances que ha tenido el INP.
2. Considerar que El Pensamiento Sistémico es el modelo estratégico de todas las propuestas de acción.
3. La calidad de los servicios y la seguridad del paciente y su familia, son directrices del trabajo cotidiano que deben reflejarse en los programas de la Institución.
4. Los profesionales que laboran en el INP deben gozar de un ambiente laboral digno que permita su desarrollo personal y que se encuentren capacitados para ser competentes en su trabajo.

Misión y Visión del Programa 2012

Misión del Instituto Nacional de Pediatría

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

Visión

El Instituto Nacional de Pediatría debe impactar en los indicadores básicos de salud de la infancia y la adolescencia, al disminuir la carga de la enfermedad y propiciar un financiamiento integral así como una atención que incluya a la familia en los ámbitos que toca la enfermedad del niño.

Es además una institución que comparte el liderazgo por la generación del

conocimiento de las causas y los determinantes de la enfermedad en menores de 18 años. Está a la vanguardia porque anticipa soluciones a problemas emergentes, reemergentes y del rezago, con servicios certificados en calidad internacional.

Grupos involucrados, internos y externos

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

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

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

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

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

Para el mapeo de problemas se organizaron los riesgos derivados del FODA, como las causas principales relacionadas con áreas operativas y los efectos con áreas administrativas y de apoyo.

También se tomaron en cuenta problemas de las transiciones epidemiológica, demográfica y social, teniendo conciencia de los problemas que en el futuro tendría que enfrentar el INP ante la disponibilidad de recursos limitados.

Mapa de Problemas en base a los Riesgos detectados

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

PROBLEMAS	CAUSAS	RIESGOS POTENCIALES
	que garanticen los perfiles de puestos.	
Financiamiento sin un sistema de control externo sin manuales de procedimientos para sus procesos en general.	Dificultad de desarrollar centros de costos por falta de información automatizada. Errores en la toma de decisiones financieras por falta de calidad de los informes. Desconocimiento de los procedimientos internos. Inequidad en la distribución de los recursos. No existen métodos homogéneos para los recursos de terceros ni para ampliar los ingresos propios. Bajo financiamiento para enseñanza y para investigación por necesidades y contingencias del área médica.	III. REQUIERE SEGUIMIENTO Desbalance en insumos si no se reacción oportunamente ante cambios, movilidad financiera para adquisición anticipada. Exceso de demanda de atención por falta de respuesta de hospitales externos, por epidemias, por mal sistema de referencia y contrarreferencia. Riesgo de obsolescencia y pérdida de vanguardia si se desactualizan la plantilla docente.
Regulación integral y mejora regulatoria de procesos clave. Redundancia en la aplicación de procesos de control de recursos en áreas de enfermería, laboratorios y movimiento de archivo clínico. Deficiencias en la conciliación de la información sobre indicadores de desempeño.	Limitada revisión de normas para regular la atención. Problemas de integración de informes de desempeño por falta de consolidación del sistema informático. Resistencia al cambio para el uso y explotación de recursos informáticos. Restricciones para la adquisición de TIC. Deficiente control de insumos para la atención y dificultades para la coordinación de adquisiciones. Duplicidad de registros manuales y deficiente gestión documental por falta de un sistema integral.	IV. ATENCIÓN INMEDIATA Incremento en los costos de atención por falta de sistematización de procesos. Mala calidad de medicamentos e insumos a la salud si no se controla el desperdicio y se adecúan los programas. Riesgo de incurrir en falta frente a la mala previsión de programas que incluyan transparencia y rendición de cuentas. Desconfianza del personal y deterioro del clima organizacional ante la falta reorganización de ciertas áreas. Heterogeneidad en la aplicación de las normas por falta de definición en la normatividad.

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

El efecto de los problemas se **traduce en riesgos** como modalidad al método original y son: la pérdida de la continuidad, el exceso en el gasto y la falta de control de pérdidas, mala calidad de los insumos, heterogeneidad en la aplicación de las normas, desconfianza del personal y finalmente la desorganización y la pérdidas del control en el clima laboral y la conducción de acciones para un mejora desempeño.

Análisis de problemas y riesgos organizacionales

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

Objetivos y Resultados esperados por el programa 2012

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

Se integraron con la **solución central** que orienta a la optimización de la capacidad instalada a la cual se le invirtieron en el pasado más de 550 Millones de pesos.

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

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

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

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

Continuidad en actividades sustantivas

Aprovechar esta inversión tendrá como niveles de intervención, la continuidad de los programas del INP, ante la horizontalización y alineación de procesos de trabajo, se dará secuencia con la vinculación de las áreas mediante técnicas transdisciplinarias, que enlacen procesos de trabajo y educación para la salud al paciente y su familia, con impacto comunitario, éstos participarán, informados, pendientes del autocuidado para incrementar su autonomía y su recuperación. Entre las áreas de atención la homologación tendrá como centro de convergencia el paciente pediátrico, el manejo de las medidas preventivas, los cuidados y el desarrollo de redes de apoyo documentado en guías de práctica clínica basadas en protocolos de atención.

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

Soluciones de la gestión de recursos

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

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

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

Continuidad en los procesos de trabajo

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

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

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

Propuesta de objetivos y resultados

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

CAPÍTULO 7. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS Y SUSTANTIVAS. MATRIZ DE INDICADORES.

Principios y puntos de partida

1. **Pensamiento Sistémico.** Cada unidad administrativa y de servicios son subsistemas interactuantes, sus productos deben estar ligados a la regulación interna y dar continuidad al PRONASA y al proyecto original de la Dirección General.
 - a. Existen tres componentes de **rectoría del sistema**: regulación, programación y desarrollo de indicadores;
 - b. dos más componentes de **sustentabilidad financiera**: uno destinado al control de recursos y otro a su generación;
 - c. Por último, la movilización de recursos se llevará a cabo proviendo las necesidades y realizando proyectos consolidados de inversión, equipamiento y de desarrollo institucional, así como de gestión de conocimiento para el desarrollo y el desempeño.
2. **Gerencia de Servicios de Salud.** La conducción de la organización es compartida entre los directivos y el personal institucional, modifica al proceso tradicional de administración, la organización debe tener en mente la eficiencia de cada proceso.

La visión de la gerencia contempla a la Institución como una organización pública que tiene como propósito atender a pacientes sin seguridad social, con problemas de salud complejos que tienden a influir negativamente en las redes de apoyo de la familia.

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

Esta definición de niveles de actuación es muy importante cuando, en apego a la misión, el gerente distribuye el trabajo para que cada quien tenga un rol que desarrollar en la organización, cuente con el perfil de competencias para hacerlo y dentro de lo posible perciba un salario acorde a su desempeño.
3. **Calidad de los Servicios y Seguridad de los Pacientes.** *“la calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia”¹*. Derivado de este concepto uno de los mayores retos es perfilar a un concepto claro de la calidad y seguridad del paciente.

El Instituto Nacional de Pediatría tiene la tarea de brindar atención médica integral que cumpla con las demanda de los pacientes. El reto principal es otorgar estos servicios con

¹ Ruskin. 2001.

calidad, además de *considerar* la dimensión técnica e interpersonal, es decir, utilizar la ciencia y la tecnología en el manejo de los problemas de salud, para alcanzar el mayor beneficio con los menores riesgos, sin olvidar la importancia de la relación médico-paciente y las amenidades que confortan el entorno donde se les brinda esta atención.

La OMS señala que la seguridad del paciente debe ser el centro de las políticas y acciones sanitarias de todos los países. Por lo tanto la seguridad del paciente es una actividad prioritaria compleja y el INP cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad.

En este marco los dos propósitos en la atención de los pacientes del INP son:

- Promover un cambio de cultura entre profesionales de la salud y pacientes mediante el desarrollo de comportamientos y actitudes orientados a minimizar el riesgo en la práctica asistencial.
- Favorecer la implantación y aplicación de prácticas seguras, basadas en la evidencia científica disponible.

Estos objetivos están basados en:

- **Eficacia:** cumplimiento de los objetivos sin mediar el costo.
- **Eficiencia:** relación entre los recursos financieros y los productos alcanzados.
- **Efectividad:** impacto de las acciones en los indicadores de riesgo en la población.
- **Accesibilidad:** grado de adecuación entre las características del servicio y las de la población (variable económica, geográfica y cultural).
- **Disponibilidad:** relación entre los recursos existentes y la población objetivo.

Estrategias del Programa Institucional para 2011-2016

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

Estrategia 1. Vinculación institucional interna.

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

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

Las áreas que realicen proyectos serán responsables de identificar el tema en el que se deba incidir, su impacto en la salud y establecer estándares de gestión, contarán con un líder del

proyecto quien coordinará, acorde a los recursos disponibles, inclusive de otras áreas que se integrarán para su conclusión. En los programas de trabajo se definirá la metodología para su ejecución, estudio de factibilidad, límites del proyecto y evaluación del costo beneficio.

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

Estrategia 2. Fortalecimiento financiero

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

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

Estrategia 3. Consolidación de los Recursos Humanos y la Tecnología

Las líneas de acción en esta estrategia implican a la superación académica, la gestión del conocimiento definida por las acciones de investigación y de enseñanza. Participar en estas dos áreas de gestión de recursos al que todas y todos tienen derecho, constituye la base de la superación y desarrollo de capacidades.

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

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

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

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

Estrategia 4. Regulación interna de procesos sustantivos y gerenciales.

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

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

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

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

Estrategias del Programa 2011-2016

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

Proyectos estratégicos para 2012

No	Proyecto	Calendario de ejecución					
		Proyecto registro	Proyecto técnico	Ejecución	Entrega-Recepción	Equipamiento	Inauguración
1	Desarrollo y adaptación de Guías de Práctica Clínica e Ingreso Protocolizado del Paciente	marzo	Abr	sept	nov	NA	NA
2	Unidad de cirugía de mínima invasión	marzo	Abr	sept	nov	nov	dic
3	Unidad de neurodesarrollo y rehabilitación integral (UNERI)	NA	Abr	jun	jul	NA	NA
4	Unidad de Información Institucional	feb	may	jun	jul	NA	NA
5	Unidad de evaluación nutricional y trastornos alimentarios	may	jun	sep	Dic		
6	Unidad de atención integral del usuario	ene	mzo	jun	Sep		
7	Unidad académica del INP	feb	jun	sep	nov		
8	Unidad Pediátrica de Hemato oncología	mzo	mzo	jun	dic	ene	mar

Anexo 1. MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADOS (MIR) 2012

Programación y Calendarización 2012

PP: E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"

Nivel MML: FIN

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
1	INDICADOR	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en las instituciones de la CCINSHAE	0.0	Información a ser proporcionada por la CCINSHAE												0.0	0.0	0.0
	VARIABLE 1	Egresos por mejoría en las entidades coordinadas por el programa	0													0	0	0
	VARIABLE 2	Egresos por mejoría en las instituciones coordinadas por la Secretaría de Salud x 100	0													0	0	0

Nivel MML: PROPOSITO 1

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
2	INDICADOR	Egresos hospitalarios por mejoría	83.6			88.3			85.5	84.3			83.9			83.6	83.6	83.6
	VARIABLE 1	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	6,605			1,629			2,732	3,275			4,940			6,605	6,605	6,605

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PROGRAMA DE TRABAJO 2012**

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa x 100	7,900			1,845		3,197	3,886				5,891			7,900	7,900	7,900	7,900

Nivel MML: PROPOSITO 2

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
3	INDICADOR	Porcentaje de pacientes aceptados en preconsulta	35.4			36.2		35.4	35.2				35.3			35.4	35.4	35.4	35.4
	VARIABLE 1	Número de casos nuevos aceptados como pacientes en el área de consulta externa de especialidad en el periodo	5,600			1,330		2,234	2,757				4,225			5,600	5,600	5,656	5,713
	VARIABLE 2	Número de pacientes a quienes se les proporcionó preconsulta en el periodo x 100	15,830			3,679		6,305	7,828				11,965			15,830	15,830	15,988	16,148

Nivel MML: PROPOSITO 3

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
4	INDICADOR	Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios)	5.8			5.4		5.6	5.8				6.0			5.8	5.8	5.8	5.8

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
	VARIABLE 1	Número de eventos de infecciones nosocomiales durante la estancia hospitalaria (48 horas posteriores a su ingreso) registrados en el periodo	457			99		178	225				353			457	457	457	457
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo x 100	7,900			1,845		3,197	3,886				5,891			7,900	7,900	7,900	7,900

Nivel MML: COMPONENTE 1

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
5	INDICADOR	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados	90.0			90.0		90.0	90.0				90.0			90.0	90.0	90.0	90.0
	VARIABLE 1	Número de expedientes clínicos revisados en cumplimiento de la NOM 168	2,250			477		914	1,110				1,685			2,250	2,250	2,272	2,295
	VARIABLE 2	Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	2,500			530		1,016	1,233				1,873			2,500	2,500	2,525	2,550

Nivel MML: COMPONENTE 2a

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
6	INDICADOR	Índice de consultas subsiguientes especializadas	7.2			7.1		7.1	7.1				7.1			7.2	7.2	7.2	7.2
	VARIABLE 1	Número de consultas subsiguientes de especialidad	113,700			25,968		44,885	55,854				85,503			113,700	113,700	114,837	115,985

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PROGRAMA DE TRABAJO 2012**

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
	VARIABLE 2	Número de consultas de primera vez especializadas	15,830			3,679		6,305	7,828			11,965			15,830	15,830	15,988	16,148

Nivel MML: COMPONENTE 2b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
7	INDICADOR	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a programadas	95.0			95.0		95.0	95.0			95.0			95.0	95.0	95.0	95.0
	VARIABLE 1	Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el periodo	25,717			6,401		10,764	13,101			20,095			25,717	25,716.5	25,974	26,233
	VARIABLE 2	Número de sesiones de rehabilitación programadas en el periodo x 100	27,070			6,738		11,330	13,791			21,153			27,070	27,341	27,341	27,614

Nivel MML: COMPONENTE 2c

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
8	INDICADOR	Proporción de cirugías de corta estancia	34.6			34.7		32.9	33.1			34.2			34.6	34.6	34.6	34.5
	VARIABLE 1	Número de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas	1,918			403		680	861			1,433			1,918	1,918	1,937	1,956
	VARIABLE 2	Número total de cirugías realizadas x 100	5,550			1,161		2,066	2,602			4,184			5,550	5,550	5,606	5,662

Nivel MML: COMPONENTE 3a

No.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado	Metas programadas 2012												Meta	Estimación	Estimación
-----	--------------------------	----------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------------	------------

Ind.		cierre 2011	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Anual	2013	2014
9	INDICADOR	Ocupación hospitalaria	90.0			88.2	89.7			90.8	89.8			90.0	90.0	90.9	91.8
	VARIABLE 1	Días paciente durante el periodo	77,198			18,645	31,826			38,606	57,596			77,198	77,197.5	77,970	78,749
	VARIABLE 2	Días cama durante el periodo x 100	85,775			21,150	35,485			42,535	64,155			85,775	85,775	85,775	85,775

Nivel MML: COMPONENTE 3b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
10	INDICADOR	Ocupación de cuidados intensivos	90.7			93.1	91.0			91.3	95.6			90.7	90.7	90.7	90.7
	VARIABLE 1	Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el periodo	5,626			1,424	2,336			2,810	4,641			5,626	5,626	5,626	5,626
	VARIABLE 2	Días cama de cuidados intensivos disponible en el mismo periodo x 100	6,205			1,530	2,567			3,077	4,856			6,205	6,205	6,205	6,205

Nivel MML: ACTIVIDAD 1

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
11	INDICADOR	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa	95.0			95.0	95.0			95.0	95.0			95.0	95.0	95.0	95.0
	VARIABLE 1	Recetas surtidas en forma completa a pacientes hospitalizados	47,500			11,873	19,779			23,746	35,619			47,500	47,500	47,500	47,500
	VARIABLE 2	Total de recetas para pacientes hospitalizados x 100	50,000			12,498	20,830			24,996	37,494			50,000	50,000	50,000	50,000

Nivel MML: ACTIVIDAD 3

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
12	INDICADOR	Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa	1,174.8			273.9		478.0	589.5			897.4			1,174.8	1,174.8	1,186.5	1,198.4
	VARIABLE 1	Número de consultas externas otorgadas en el periodo	211,460			49,298		86,043	106,107			161,540			211,460	211,460	213,575	215,711
	VARIABLE 2	Número de médicos adscritos a los servicios de consulta externa	180			180		180	180			180			180	180	180	180

Nivel MML: ACTIVIDAD 4

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
13	INDICADOR	Promedio de estudios de laboratorio por consulta externa	1.1			1.2		1.1	1.1			1.1			1.1	1.1	1.1	1.1
	VARIABLE 1	Número de estudios de laboratorio realizados en el periodo a pacientes ambulatorios	236,762			57,430		95,518	119,195			180,662			236,762	236,762	239,130	241,521
	VARIABLE 2	Número de consultas externas otorgadas en el periodo	211,460			49,298		86,043	106,107			161,540			211,460	211,460	213,575	215,711

Nivel MML: ACTIVIDAD 5

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
14	INDICADOR	Promedio de estudios de imagenología por consulta externa	0.2			0.2		0.2	0.2				0.2			0.2	0.2	0.2	0.2
	VARIABLE 1	Número de estudios de imagenología realizados a pacientes ambulatorios	33,559			7,612		13,079	16,199				24,996			33,559	33,559	33,895	34,234
	VARIABLE 2	Número total de consultas externas otorgadas en el periodo	211,460			49,298		86,043	106,107				161,540			211,460	211,460	213,575	215,711

Nivel MML: ACTIVIDAD 6

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
15	INDICADOR	Ingresos hospitalarios programados	50.0			50.0		50.0	50.0				50.0			50.0	50.0	50.0	50.0
	VARIABLE 1	Ingresos hospitalarios programados	3,950			923		1,599	1,944				2,947			3,952	3,952	3,990	4,030
	VARIABLE 2	Total de ingresos hospitalarios x 100	7,900			1,845		3,197	3,886				5,891			7,900	7,900	7,979	8,059

Nivel MML: ACTIVIDAD 7

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
16	INDICADOR	Promedio de estudios de laboratorio por egreso hospitalario	68.2			72.8		70.5	70.3				69.9			68.2	68.2	68.9	69.5
	VARIABLE 1	Número de estudios de laboratorio realizados a pacientes egresados en el periodo	538,604			134,287		225,322	273,062				411,656			538,604	538,604	543,990	549,430

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios realizados en el periodo	7,900			1,845		3,197	3,886			5,891			7,900	7,900	7,900	7,900

Nivel MML: ACTIVIDAD 8

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
17	INDICADOR	Promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario	4.6			4.9		4.8	4.7			4.7			4.6	4.6	4.8	5.0
	VARIABLE 1	Número de estudios de imagenología por egreso hospitalario	36,207			9,066		15,213	18,442			27,468			36,207	36,207	37,828	39,719
	VARIABLE 2	Total de egresos hospitalarios	7,900			1,845		3,197	3,886			5,891			7,900	7,900	7,900	7,900

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR) 2012

Programación y Calendarización 2012

PP: E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"

Nivel MML: FIN 1a

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
1	INDICADOR	Proporción de especialistas médicos formados por el programa respecto al total nacional de la Secretaría de Salud	0.0	INDICADOR A CARGO DE LA Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud												0.0	0.0	0.0

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
VARIABLE 1	Médicos especialistas formados en las entidades ejecutoras de la CCINSHAE (1+2+3+4)	0													0	0	0	0
	-Originados en becas DGCES	0														0	0	0
	-Originados en becas propia institución	0														0	0	0
	(1) Subtotal de becas DGCES e institución	0														0	0	0
	(2) Originados en becas pagadas por Instituciones nacionales e internacionales	0														0	0	0
	(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales	0														0	0	0
	(4) Otros (escriba en este espacio)	0														0	0	0
VARIABLE 2	Médicos especialistas formados a nivel nacional x 100. Incluye a los provenientes de CCINSHAE (1+2+3+4)	0													0	0	0	0
	-Originados en becas DGCES	0														0	0	0
	-Originados en becas propia institución	0														0	0	0
	(1) Subtotal de becas DGCES e institución	0														0	0	0
	(2) Originados en becas pagadas por otras Instituciones nacionales e internacionales.	0														0	0	0
	(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.	0														0	0	0
	(4) Otros (escriba en este espacio)	0														0	0	0

Nivel MML: FIN 1b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
2	INDICADOR	Participación del programa respecto al presupuesto de la Secretaría de Salud	0.0					0.0								0.0	0.0	0.0	0.0
	VARIABLE 1	No. de plazas de residencias médicas vigentes en las entidades que participan en el Programa (propias y financiadas por la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud)	0					0								0	0	0	0
	VARIABLE 2	Total de plazas de residencias médicas vigentes en la Secretaría de Salud (propias y financiadas por la Dirección General de calidad y Enseñanza en salud x100)	0					0								0	0	0	0

Nivel MML: PROPOSITO 1a

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
3	INDICADOR	Proporción de especialistas becarios formados de acuerdo al número de plazas asignadas para residencias médicas	0.0													0.0	0.0	0.0	0.0
	VARIABLE 1	Número de médicos becarios que obtienen constancia de conclusión de la especialidad en el ciclo actual	0													0	0	0	0
		-Originados en becas DGCES	0													0	0	0	0
		-Originados en becas otorgadas por la propia institución	0													0	0	0	0

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
	VARIABLE 2	Número de plazas asignadas para médicos residentes en el ciclo actual x100	0													0	0	0	0

Nivel MML: PROPOSITO 1b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
4	INDICADOR	Proporción de personal de la salud que concluye estudios de posgrado no clínico	11.2													11..2	11..2	11..2	11..2
	VARIABLE 1	Número de profesionales de la salud que obtienen constancia de conclusión de estudios de posgrado no clínico.	15													15	15	15	15
	VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud inscritos en estudios de posgrado no clínico) x 100	134													134	134	134	134

Nivel MML: PROPOSITO 1c

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
5	INDICADOR	Proporción de asistentes a cursos de educación continua respecto a los programados	92..5			95.0		95.0	95.0					95.0		95.0	95.0	95.0
	VARIABLE 1	Numero de profesionales de la salud que recibieron constancia de terminación de curso de educación continua realizados por la institución.	5,552			1,405		2,358	2,827					4,263		5,700	5,700	5,700
	VARIABLE 2	Número de profesionales de la calidad programados para asistir a cursos de educación continua realizados por la institución x 100	6,000			1,479		2,482	2,975					4,488		6,000	6,000	6,000

Nivel MML: COMPONENTE 1a

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
6	INDICADOR	Eficiencia terminal de especialistas médicos	94.2													94.2	94.2	94.2
	VARIABLE 1	Número de médicos que obtienen constancia de conclusión de estudios de especialidad (1+2+3+4)	140													146	146	146
		-Originados en becas DGCEs	92													0	0	0
		-Originados en becas propia institución	0													92	92	92
		(1) Subtotal de becas DGCEs e institución	92													92	92	92
		(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e internacionales.	0													0	0	0

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
		(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.	28													28	28	28
		(4) Otros (escribe en este espacio)	26													26	26	26
	VARIABLE 2	Total de médicos inscritos en la misma cohorte x100 (1+2+3+4)	155													155	155	155
		-Originados en becas DGCEs	101													101	101	101
		-Originados en becas propia institución	0													0	0	0
		(1) Subtotal de becas DGCEs e Institución	101													101	101	101
		(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e internacionales	0													0	0	0
		(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.	28													28	28	28
		(4) Otros (escriba en este espacio)	26													26	26	26

Nivel MML: COMPONENTE 1b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
7	INDICADOR	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	8.0													8.0	8.0	8.0
	VARIABLE 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los médicos especialistas egresados encuestados respecto a la calidad percibida de su formación.	800													800	800	800
	VARIABLE 2	Total de médicos especialistas encuestados	100													100	100	100

Nivel MML: COMPONENTE 2a

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
8	INDICADOR	Eficiencia terminal de posgrado no clínico	42.9													42.9	42.9	42.9
	VARIABLE 1	Número de profesionales en posgrados no clínico con constancia de terminación	15													15	15	15
	VARIABLE 2	Total de profesionales en posgrados no clínicos inscritos en la misma cohorte x 100	35													35	35	35

8.0

Niv120el MML: COMPONENTE 2b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
9	INDICADOR	Percepción sobre la calidad de la formación de los profesionales de la salud en el nivel posgrado (no clínico)	8.0													8.0	8.0	8.0
	VARIABLE 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que concluyen posgrados encuestados respecto a la calidad percibida de su formación	120													120	120	120
	VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud encuestados	15													15	15	15

Nivel MML: COMPONENTE 3a

No.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado	Metas programadas 2012	Meta	Estimación	Estimación
-----	--------------------------	----------	------------------------	------	------------	------------

Ind.		cierre 2011	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Anual	2013	2014
10	INDICADOR	Eficacia en la impartición de educación continua			95.0		95.0	95.0			95.0			95.0	95.0	95.0	95.0
	VARIABLE 1	Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de terminación de estudios de educación continua impartida por la institución			1,405		2,358	2,827			4,263			5,700	5,700	5,700	5,700
	VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud inscritos en los mismos cursos de educación continua x 100	5,552		1,479		2,482	2,975			4,488			6,000	6,000	6,000	6,000

Nivel MML: COMPONENTE 3b

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
11	INDICADOR	Percepción sobre la calidad de la educación continua	8.0			8.0		8.0	8.0			8.0			8.0	8.0	8.0	8.0
	VARIABLE 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	2,400			592		993	1,190			1,795			2,400	2400	2,400	2,400
	VARIABLE 2	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua encuestados.	300			74		124	149			224			300	300	300	300

Nivel MML: ACTIVIDAD 1

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PROGRAMA DE TRABAJO 2012**

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
12	INDICADOR	Porcentaje de profesores de especialidades médicas capacitados en habilidades docentes	100.0													100.0	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1		54													54	54	54	54
	VARIABLE 2		54													54	54	54	54

Nivel MML: ACTIVIDAD 2

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
13	INDICADOR	Eficacia en la impartición de cursos de formación de posgrado	100.0					100.0	100.0							100.0	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de cursos de formación de posgrado médico realizados	32					32	32							32	32	32	32
	VARIABLE 2	Número de cursos de formación de posgrado médico programados x 100	32					32	32							32	32	32	32

Nivel MML: ACTIVIDAD 3

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
14	INDICADOR	Porcentaje de profesores de otros posgrados capacitados en docencia	33.3													33.3	33.3	33.3	33.3
	VARIABLE 1	Profesores de posgrado capacitados en habilidades docentes	3													3	3	3	3

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
PROGRAMA DE TRABAJO 2012**

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
	VARIABLE 2	Total de profesores de posgrado que participan en la formación de profesionales de la salud x 100	3													9	9	9	9

Nivel MML: ACTIVIDAD 4

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
15	INDICADOR	Eficacia en la impartición de cursos de posgrado	100.0					100.0	100.0							100.0	100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de cursos de formación realizados en otros posgrados	2					2	2							2	2	2	2
	VARIABLE 2	Número de cursos de formación programados en otros posgrados x 100	2					2	2							2	2	2	2

Nivel MML: ACTIVIDAD 5

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR		Estimado cierre 2011	Metas programadas 2012												Meta Anual	Estimación 2013	Estimación 2014
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
16	INDICADOR	Eficacia en la impartición de cursos de posgrado	100.0			100.0		100.0	100.0					100.0		100.0	100.0	100.0
	VARIABLE 1	Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	45			11		19	22					45		45	45	45
	VARIABLE 2	Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo x 100	45			11		19	22					45		45	45	45

ANEXO 2. NUMERALIA DEL INP

AÑO	INVESTIGACION						Referente Nacional o Internacional
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Proyección	
1) Núm. de publicaciones							
Grupo I:	87	76	81	82	58	80	
Grupo II:	1	0	0	0	3	4	
Total:	88	76	81	82	61	84	
Grupo III:	80	44	47	65	53	58	
Grupo IV:	8	18	2	3	9	8	
Grupo V:	3	1	2	5	4	5	
Total:	91	63	51	73	66	71	
2) Núm. de plazas de investigador							
ICM A:	32	34	36	22	18	18	
ICM B:	21	25	37	40	43	43	
ICM C:	20	23	26	22	22	22	
ICM D:	20	14	15	19	22	22	
ICM E:	1	6	5	1	1	1	
ICM F:	5	6	5	4	4	4	
Total:	99	108	127	108	110	110	
3. Publicaciones (I-II) / Plazas de investigador:	0.8	0.7	0.6	0.7	0.6	0.7	
4. Publicaciones (III-IV-V) / Plazas de investigador:	0.9	0.6	0.4	0.6	0.6	0.6	
5. Publicaciones de los grupos III, IV y V entre número de publicaciones I-V	0.5	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4	
6. Sistema Nacional de Investigadores							
Candidato:	8	13	14	16	18	18	
SNI I:	20	23	33	35	45	47	
SNI II:	6	4	4	4	5	7	
SNI III:	1	2	1	2	2	2	
Total:	35	42	52	57	70	74	
7. Miembros del SNI / Plazas de investigador	0.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	
8. Número de investigadores miembros del SNI / Número de Investigadores	0.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	

AÑO	INVESTIGACION					2012 Proyección	Referente Nacional o Internacional
	2007	2008	2009	2010	2011		
<i>10. Producción</i>							
Libros editados:	23	11	7	4	8	8	
Capítulos en libros:	108	118	81	30	52	45	
<i>11. Núm. de tesis concluidas</i>	111	85	75	107	119	115	
Licenciatura:	11	4	5	2	2	2	
Especialidad:	47	53	53	76	96	85	
Maestría:	19	14	0	8	16	10	
Doctorado:	4	2	0	7	5	4	
<i>12. Núm. de proyectos con patrocinio externo:</i>	56	23	15	15	60	30	
Núm. Agencias no lucrativas:	20	12	7	7	39	17	
Monto total:	2 105	10 057	17 500	14 217	10 156	10 000	
Núm. Industria farmacéutica:	36	11	8	8	21	15	
Monto total:	8 115	14 500	0	5 000	18273	15 000	
<i>13. Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:</i>	32	64	49	27	41	30	
<i>14. Señale las 10 líneas de Investigación más relevantes de la Institución</i>							
<i>15. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V) Cita bibliográfica completa:</i>							

AÑO	ENSEÑANZA					2012 PROYECCIÓN	<i>Referente Nacional o Internacional</i>
	2007	2008	2009	2010	2011		
1. Total de residentes:	312	295	310	330	378	370	
Número de residentes extranjeros:	24	23	28	30	19	20	
Médicos residentes por cama:	1.3	1.1	1.3	1.4	2	1.4	
2. Residencias de especialidad:	32	32	32	22	35	35	
3. Cursos de alta especialidad:	9	10	9	14	11	11	
4. Cursos de pregrado:	15	24	22	26	29	23	
5. Núm. estudiantes en Servicio Social	36	16	32	55	43	36	
6. Núm. de alumnos de posgrado:	437	400	409	409	467	424	
7. Cursos de Posgrado:	13	13	9	14	29	16	
8. Núm. autopsias:	46	64	56	57	46	54	
% núm. de autopsias / núm. de fallecimientos	20	29	18	19	21	23	
9. Participación extramuros							
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	416	556	573	560	565	560	
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	85	120	89	92	126	120	
10. % Eficiencia terminal (Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados):	100	97	97	100	100	100	
11. Enseñanza en enfermería							
Cursos de pregrado:	2	2	2	1	1	2	
Cursos de Posgrado:	1	1	2	2	3	2	

AÑO	ENSEÑANZA					2012 PROYECCIÓN	<i>Referente Nacional o Internacional</i>
	2007	2008	2009	2010	2011		
12. Cursos de actualización (educación continua)	120	116	160	102	32	70	
Asistentes a cursos de actualización (educación continua)	15001	15868	14031	13641	18058	15000	
13. Cursos de capacitación:	133	124	121	108	110	119	
14. Sesiones interinstitucionales:	1	3	8	4	8	5	
Asistentes a sesiones interinstitucionales	ND	ND	846	580	676	420	
15. Sesiones por teleconferencia:	0	4	8	14	11	7	
16. Congresos organizados:	37	45	39	40	32	39	
1.							

AÑO	ASISTENCIA					2012 Proyección	<i>Referente Nacional o Internacional</i>
	2007	2008	2009	2010	2011		
1) Núm. de consultas otorgadas:	253,030	250,966	248,040	239,622	257,365	249,805	
Núm. de preconsultas:	15,351	14,627	14,203	17,260	18,068	15,830	
Consultas subsecuentes:	107,391	109,813	107,836	106,319	107,777	113,700	
2) Urgencias:	40,512	38,457	42,381	40,230	38,399	38,000	
Índice de urgencias reales / urgencias sentidas	0.1	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	
3) Núm. de casos nuevos atendidos:	20,467	20,142	15,804	15,071	14,372	17,171	
4) Total de médicos adscritos:	267	189	189	189	189	189	
Núm. de consultas otorgadas / Núm. de médicos adscritos:		1328	1312	1268	1361	1321	
Núm. médicos clínicos		ND	98	98	98	98	
Núm. de médicos cirujanos		ND	91	91	91	91	
No. de camas censables	235	235	235	235	235	235	
No. de camas no censables		77	83	83	83	83	
Urgencias		16	16	16	16	16	
Terapia intensiva		17	17	17	17	17	
Terapia intermedia		0	0	0	0	0	
Atención de corta estancia		15	15	15	15	15	
Otras camas no censables		23	29	29	29	29	
5) Núm. de ingresos hospitalarios:	7,139	7,224	7,226	7,842	7,118	7,310	
6) Total de egresos	7,138	7,193	7,239	7,801	7,154	7,400	

AÑO	ASISTENCIA					2012 Proyección	<i>Referente Nacional o Internacional</i>
	2007	2008	2009	2010	2011		
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría	6,467	6,549	6,596	7,247	6,562	6,605	
Altas voluntarias	13	13	18	10	17	14	
7) Núm. de cirugías:	4,762	5,126	5,183	5,289	5,235	5,119	
Núm. de cirugías / Sala / Día:	1.6	2	2.1	2.1	2.1	2.0	
Núm. de cirugías ambulatorias:	1,225	1,755	1,904	1,828	1,599	1,662	
Cirugías ambulatorias/núm. de cirugías	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	
8) Núm. de cirugías / Núm. de cirujanos		51	57	58.1	57.5	52.0	
Diferimiento quirúrgico:		10.1	9.7	12.3	13.1	12.0	
9) Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	3.1	3.1	3	2.4	3.1	2.9	
10) Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria	2.5	2.7	2.7	2.1	2.9	2.6	
11) Tasa de infecciones nosocomiales (Núm. de pacientes con infecciones nosocomiales / total de egresos):	4.4	5.2	7.4	5.7	6.6	6.0	
12) Porcentaje de ocupación hospitalaria:	76.7	81	82.8	87.3	88.1	83.2	
Promedio de días de estancia en hospitalización:	9	9.6	9.8	9.6	10.5	10.0	
13) Número de pacientes del SPSS atendidos en consulta	ND	482	434	534	945	1000	

AÑO	ASISTENCIA					2012 Proyección	Referente Nacional o Internacional
	2007	2008	2009	2010	2011		
14) Número de pacientes del SPSS atendidos en hospitalización	ND	419	400	468	871	900	
15) Total de personal de enfermería:							
Personal Técnico:	422	429	405	401	377	377	
Postécnico:	188	142	170	170	125	125	
Licenciatura:	153	159	255	258	217	217	
Posgraduados:	37	68	79	79	101	101	
Especialistas:		ND	ND	ND	ND	ND	
Índice de enfermeras tituladas/técnicas		0.4	0.6	1.26	1.35	1.0	
16) Trabajo Social		46	50	50	50	50	
Núm. estudios socioeconómicos x trabajadora social		121.5	109.6	108.6	127.1	100	
Núm. de camas / Núm. de trabajadores sociales:	5.2	6	5	5	5.7	5.4	
Núm. de casos nuevos / Núm. de trabajadores sociales:	159.6	437.8	316.08	301.4	353.2	313.6	
17) Farmacia							
% de abasto de medicamentos (Recetas surtidas/Total de recetas):		95	95	97	98	95	
% Medicamentos Genéricos / Total Medicamentos:		80	85	85	87	85	

AÑO	ASISTENCIA					2012 Proyección	Referente Nacional o Internacional
	2007	2008	2009	2010	2011		
% Medicamentos innovadores / Total medicamentos:		20	15	15	13	11	
% de Medicamentos adquiridos por licitación:		74.3	86.8	87.9	90.2	90	
% de Medicamentos Adquiridos por adjudicación directa:		25.7	13.2	12.1	9.8	10	
18) Núm. de estudios de imagen (TAC, RM y PET)	8,922	10,010	10,300	9,993	10,033	10,000	
19) Núm. de estudios de laboratorio:	880,356	923,171	987,103	1,000,022	958,263	920,000	
20) Transfusiones de sangre y hemoderivados:	21,063	24,184	23,406	21,312	23,701	22,733	
21) Núm. de estudios de laboratorio especializados:	688,569	703,774	764,488	773,586	764,358	738,955	
22) Grupos de apoyo a pacientes constituidos (Denominación de los grupos): 22.1		7	7	7	7	7	
23) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:	1)						

ⁱ Programa de Trabajo 2010-2015. INP

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