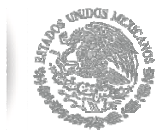


Instituto Nacional de Pediatría

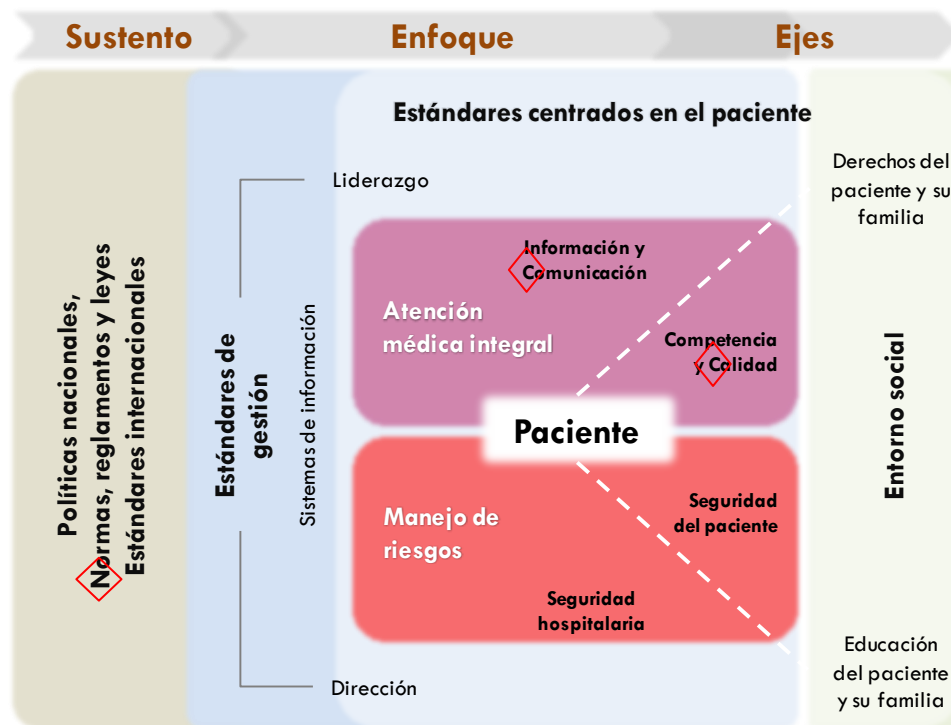
Programa de Trabajo

2013





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
2013
ISBN. 3245678-7

DIRECTORIO

Dr. Alejandro Serrano Sierra
Director General

Dr. Juan Pablo Villa Barragán
Director de Planeación

Dr. José Nicolás Reynes Manzur
Director Médico

Dra. María Dolores Correa Beltrán
Directora de Investigación

Dra. Rosaura Rosas Vargas
Directora de Enseñanza

Lic. Marco Antonio Hernández González
Director de Administración

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	4
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	6
CAPÍTULO 2. DEBER SER.....	9
CAPÍTULO 3. ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	22
CAPÍTULO 4. POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	35
CAPÍTULO 5. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL INP. MARCO LÓGICO.....	38
CAPÍTULO 6. ETAPA DE PLANEACIÓN. MATRIZ DE INDICADORES	51

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

PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) presenta su **Programa Anual de Trabajo 2013**. Este documento tiene como objetivo exponer las actividades sustantivas y estratégicas, los proyectos de inversión y equipamiento, así como los programas y subprogramas de desarrollo que ponen énfasis en los mandatos gubernamentales para la racionalización en el **uso de los recursos públicos** y en su control interno. Proyectos que propicien resultados en el mediano y largo plazos, que modernicen los procesos de trabajo e impidan la duplicidad; en el caso de los mandatos presidenciales propuestas que incluyan actividades de coordinación y mejoramiento ambiental.

Este **Programa Anual de trabajo 2013** se plantea con una estrategia integral y desde la perspectiva de las acciones requeridas por la nueva administración del Ejecutivo Federal y en concordancia con las acciones del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo, se presentan las acciones por áreas sustantivas de Investigación, Atención médica y Enseñanza, así como las gerenciales de Administración y Planeación, que deben guardar coherencia con el **Programa 2011-2016 de la Dirección General**,¹ autorizado por la Junta de Gobierno presidida por el titular de la Secretaría de Salud.

Se presentan las metas comprometidas en el **Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF)**² para el ejercicio de los recursos encomendados a la institución por el H. Congreso de la Unión.

Durante el 2012 se presentó un programa apegado a los lineamientos de la Secretaría de la Función Pública (SFP) y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), relativo al **Modelo Marco Lógico**, cuyo formato tiene como sustrato la identificación de los resultados esperados en el período. Esto, a través de la **matriz de indicadores de resultados** que define los propósitos y las tareas a cumplir por las diferentes áreas; todo en el contexto de la mejora regulatoria de la gestión y un programa de control interno relacionado con la prevención de riesgos institucionales.³

Cabe señalar que durante 2012 se cerró el ejercicio sexenal 2006-2012, etapa del INP en la que se generaron cambios y se reactivó el pensamiento crítico médico y gerencial. Se transformó la administración de recursos en una gestión innovadora de servicios de salud hospitalarios y de alta especialidad. La pediatría latinoamericana de alta especialidad tiene ahora una capital en los procesos de atención y de gestión hospitalaria del INP.

¿En qué consistieron estos cambios en la gerencia del INP?

Los primeros pasos se dieron en dirección a un proceso intencionado hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente. Se consideraron a los menores de 18 años y a sus familias como los actores centrales de las acciones institucionales, con un enfoque sistémico cuyo resultado efectivo es su salud.

El objetivo fue alinear toda la atención bajo un modelo de pediatría integral. Todas las especialidades por las que transita el niño deben tener un pensamiento homologado a la pediatría. Se consideró que

¹ Programa de la Dirección General 2011-2016. Instituto Nacional de Pediatría.

² Presupuesto de egresos de la Federación. México. Diario Oficial de la Federación. Enero-febrero 2013.

³ Programa Anual de Trabajo 2012. INP. SS. México.

un proceso de atención homogéneo genera conocimiento que puede reproducirse en la formación de los profesionales en salud.

Se trató de regular la atención pediátrica de alta especialidad de tal forma que se atendiera a los pacientes en forma programada y anticipatoria; de permitir que la protocolización de la atención permitiese disminuir los eventos adversos. Convertirnos en centinelas de un alto nivel de calidad técnica e interpersonal de los servicios para garantizar la seguridad de los pacientes.

En ese sentido, la atención debió contar con servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de tal forma que hubiera una disminución en los errores, desde la toma de productos hasta el uso del resultado en el expediente, para la integración del diagnóstico y en apoyo al tratamiento. De la misma forma los resultados de los estudios de gabinete, con sus 6 a 8 elementos de apoyo, debía acortar los tiempos de respuesta.

Se procuró alinear procesos, documentarlos, reducir tiempos de espera, reconstruir, ampliar y remodelar los espacios físicos; todo esto, aunado a un análisis de las unidades integrales de atención para incrementar los ingresos y sistematizar los procesos con herramientas informáticas. Fueron acciones decididas que han caracterizado a la reingeniería institucional y que siguen con un proceso de mejora continua.

En cumplimiento de los ordenamientos de la Administración Pública Federal el INP presenta en este documento su **Programa de Actividades 2013** con el **propósito** de dar dirección a la gestión hospitalaria, con una visión de vanguardia y enfocándose a la resolución de las necesidades de atención de los menores de 18 años; especialmente de los que padecen enfermedades que requieren intervenciones de alta especialidad. Así se podrá contribuir a la generación de modelos de atención basados en evidencia científica y a la formación de recursos humanos en pediatría.

Entendida como quehacer cotidiano, la programación es la pauta de una práctica afianzada en la calidad, donde se expresan tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos de los alcances institucionales para 2013. Los **principios de la programación** son:

1. Universalidad en la aplicación de las políticas y acciones.
2. Generación de un documento rector para la práctica en salud en el INP.
3. Objetividad en la programación de las actividades, los recursos y la gestión; racionalidad en el ejercicio del gasto.
4. Enfoque sistémico para producir salud con indicadores dirigidos a resultados. El presente documento identifica el fundamento legal del ejercicio del presupuesto, así como el marco jurídico de actuación y un resumen de las acciones y resultados a lograr para este período fiscal.⁴

⁴ Informe de Rendición de Cuentas 2005-2012. INP.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Origen y evolución

Los documentos históricos del INP nos permiten remontarnos al momento de su creación y documentar su evolución, describen los aciertos y proporcionan información que permite dar continuidad a los logros, evitar las amenazas y orientar el desempeño con éxito.

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 de “Protector del niño indio en América”. Él fundó, en 1532, la primera casa cuna en el país. Años más tarde, en 1865, la emperatriz Carlota, con sus propios recursos, apoyó a la “Casa de los niños Pobres y la Cuna”. En 1905 se reorganizó la casa cuna y se fundó el “Hospicio de Niños”; ese mismo año se fundó 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 fue reubicada la casa cuna en Coyoacán.

En 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), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1944) y la propia Secretaría de Salud (1944). En el ámbito nacional se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (1943). Se generó así una era de atención de alto nivel hospitalario. Paralelamente, se inició la vacunación contra la viruela y el uso de la penicilina y de la estreptomina, 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) nació 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 Rodríguez, 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 del 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”. 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 inició los cursos de residencias médico-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 ese año, durante la gestión del Dr. Beltrán Brown, se estableció el Departamento de ediciones médicas que, entre otras labores, publica 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 y dentro de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

El compromiso de la institución desde su creación es: proporcionar atención médica pediátrica 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; galardón otorgado por los reyes de España a lo más destacado en investigación en Iberoamérica.

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

De 1985 a 1995 se encaminaron las acciones hacia 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 al equipamiento con tecnología de vanguardia: un tomógrafo axial computado, un equipo de neurofisiología clínica, un microscopio electrónico y una nueva unidad de cobalto.

En el campo del maltrato infantil, en 1994, el Dr. Arturo Loredó Abdalá obtuvo el primer lugar de la Administración Pública y desde entonces el INP es centro de referencia en torno a este fenómeno.

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.

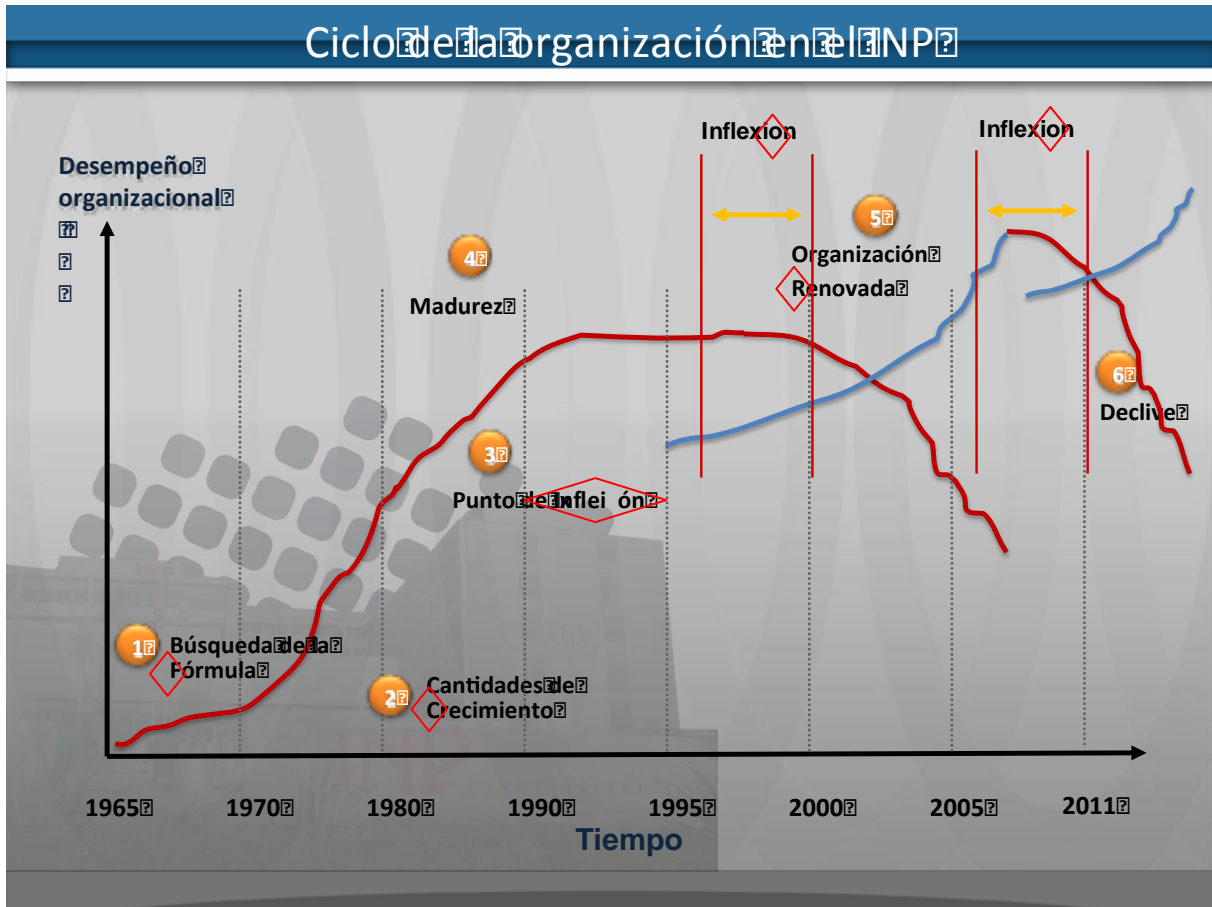
En el 2000, por segunda vez, se recibió el premio Reina Sofía, otorgado al Dr. Antonio Velázquez Arellano por su trabajo en enfermedades metabólicas en una colaboración entre investigadores de la UNAM y del INP. Ese mismo año se designó con el nombre de “Dr. Joaquín Cravioto Muñoz” a la Torre de investigación.

Los profesionales del INP tienen la más alta calificación en la pediatría mundial, sus investigadores han dado frutos al conocimiento para la adecuación de los modelos de atención vigentes en América Latina en el ámbito de la salud de la infancia y de la adolescencia.

El INP obtuvo la certificación por el Consejo de Salubridad General para los periodos 2000-2004; 2004-2010 y 2010-2014, con los nuevos estándares de la *Joint Comission International* adoptados por el propio Consejo. Así mismo, desde 2006 a la fecha se cuenta con certificación ISO 9001:2000 e ISO 9001:2008, de las cuales se tienen recertificaciones.

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 y área de neurodesarrollo para un total de 64 000 metros cuadrados de construcción, un centro rural en Tlaltzapán y una unidad de investigación en Huatecalco, en el Estado de Morelos.



Desempeño medido en la cantidad de metros cuadrados modernizados de la planta física instalada. Planta física total 66 000 m² en 9 edificios al 31 de diciembre de 2012.

CAPÍTULO 2. DEBER SER

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) forma parte de la red de los Institutos Nacionales de Salud y contribuye con el Programa Nacional de Salud (PNS) para **mejorar las condiciones de salud de la población mexicana menor de 18 años**. Sus acciones se complementan con la gestión de conocimiento y la formación de recursos humanos para la salud de la infancia y la adolescencia. El Programa de la Dirección General (PDG) da contexto al *Deber ser* del INP, institución que contribuye a garantizar el aseguramiento al **acceso universal a la atención a la salud** a menores de 18 años, en el que cada mexicano tiene derecho a servicios integrales. El PDG planteó seis premisas operativas en 2011:

1. Integrar las actividades de las 13 acciones del Ejecutivo Federal.
2. Dar seguimiento al decreto de racionalidad del gasto.
3. Alinear las acciones del Pacto por México, que es una alianza política para tener beneficios tangibles en la población.
4. Ubicar las acciones del INP en el contexto de la realidad del Programa Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud.⁵
5. Incluir los elementos de la Administración Pública Federal y de los Manuales de Administración de Aplicación General en su **Programa de Actividades 2013**.
6. Dar continuidad a las estrategias de la Dirección General 2011-2016.

Acciones presidenciales de la nueva administración

El nuevo Gobierno Federal ha determinado 13 acciones inmediatas dentro de las que el INP debe analizar y proponer medidas preponderantemente para la **número 13** que versa sobre el uso racional de los recursos institucionales. Dichas acciones son:

1. La creación del Programa Nacional de Prevención del Delito.
2. La publicación de la Ley General de Atención a Víctimas del Delito tal como la aprobó el Congreso.
3. La iniciativa de Reforma Constitucional que permita contar con un solo Código Penal y uno de Procedimientos Penales de aplicación nacional.
4. Poner en marcha en 60 días la cruzada nacional contra el hambre.
5. Crear el programa de seguro de vida para mujeres que sean jefas de familia.
6. Ampliar el programa "70 y más" para que los mayores de 65 años tengan una pensión.

⁵ En diseño al 25 de febrero de 2013

7. Una iniciativa para reformar el artículo 3º constitucional y la Ley Federal de Educación para eliminar las plazas vitalicias y hereditarias. Crear el sistema de evaluación educativa y censo de escuelas, maestros y alumnos.
8. El impulso a la infraestructura carretera, ferroviaria y portuaria.
9. Construcción de trenes de pasajeros: el México-Querétaro, México-Toluca; tren transpeninsular Yucatán-Quintana Roo; ampliar la red de metro en Monterrey, transporte masivo para Chalco y el tren eléctrico en Guadalajara.
10. La iniciativa para reconocer en la Constitución el derecho de acceso a la banda ancha y licitar dos nuevas cadenas de televisión abierta.
11. Proyecto de Ley de Responsabilidad Hacendaria y Deuda Pública para ordenar las finanzas de los gobiernos locales.
12. Presentar al Congreso el Paquete Económico 2013 con cero déficit presupuestal.
13. **Presentar un decreto con medidas de austeridad y disciplina en el gasto público.**⁶

Decreto presidencial de uso racional de recursos

Decreto presidencial que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

Este decreto, publicado el 10 de diciembre de 2012, señala en sus consideraciones generales que los mexicanos contribuyentes demandan **resultados de un gobierno** que administre de manera eficiente programas y acciones que atiendan sus necesidades y que utilice de manera responsable y transparente los recursos públicos en la obtención de resultados.

Existe la decisión gubernamental de la presente administración de **reorientar los recursos** para fomentar el desarrollo económico, la seguridad social, la educación y la atención de los problemas que aquejan a nuestro país.

Menciona que es indispensable que el Ejecutivo Federal haga un esfuerzo para **racionalizar los recursos públicos**, reduciendo los gastos operativos de las dependencias y entidades paraestatales con programas que reorienten el ahorro a actividades sustantivas. Así mismo, señala la necesidad de modernizar las acciones de la Administración Pública Federal mejorando la prestación de servicios a la ciudadanía, eliminando duplicidades en su estructura orgánica y en los programas gubernamentales.

Deberá ajustarse el gasto corriente y desarrollar acciones para **mejorar los procesos** en la prestación de servicios y realizar acciones de mediano plazo para modernizar las dependencias del Ejecutivo Federal.

⁶ <http://www.presidenciadelarepublica.gob.mx>

Medidas para establecer estructuras organizacionales y procesos eficientes en las dependencias y entidades

Realizar un diagnóstico de la estructura orgánica y sus procesos, así como del gasto de operación a su cargo. Deberán, por tanto, realizar un diagnóstico de las funciones sustantivas y administrativas y de los recursos de tecnologías de la información y la comunicación, así como del número de servidores públicos que participan en las mismas.

Se incluirán propuestas para hacer más eficiente la organización interna, los programas y los procesos de la institución. Se sugerirán acciones de reingeniería organizacional, simplificación de procesos y eliminación de funciones que representen duplicidades.

En el artículo séptimo el decreto refiere, en forma general, ajustar y reducir las estructuras orgánicas y eliminar la duplicidad de funciones en las unidades administrativas o áreas, así como las plazas adscritas a las mismas.

Establecer controles y evaluaciones de desempeño y eficiencia para los servidores públicos, así como la disminución de la contratación de personal eventual o de personas físicas por honorarios. Revisar el Servicio Profesional de Carrera. Eliminar, fusionar o modificar programas que no sean eficientes o que presenten duplicidad.

Establecer un padrón único de beneficiarios que identifique con claridad a quiénes se dirigen los servicios. Simplificar la gestión de servicios.

Establecer medidas de ahorro y austeridad en el gasto de operación de las dependencias, así como establecer un programa eficaz de ahorro de energéticos, agua, viáticos y gastos de representación.

Incrementar el uso de tecnologías de la información y comunicación para mejorar la capacidad, entrega y calidad de los servicios públicos; generar e identificar ahorros en el mediano y largo plazos, así como promover la transparencia, participación y colaboración con la ciudadanía. Identificar arrendamiento y otras alternativas para promover el ahorro.

Medidas en servicios personales

Reducir en 5% el gasto en recursos personales por concepto de salarios para niveles medios y superiores.

Reducir la contratación de eventuales y por honorarios salvo en casos que se autoricen en forma temporal para atender un incremento de actividades de la institución.

Medidas para reducir gastos de operación

Se prohíbe la impresión de documentos no relacionados con la función sustantiva. Deberá promoverse el uso de medios digitales. Reducir servicios de impresión y fotocopiado, telefonía, vigilancia y demás servicios generales a través de compras consolidadas, así como la racionalización en su consumo para promover el uso obligatorio de medios electrónicos.

Fomentar medidas ambientales como captación de agua de lluvia, uso de paneles fotovoltaicos, separación y reciclamiento de basura, azoteas verdes e instalaciones inteligentes, entre otras, cuando se demuestre su mejor costo-beneficio.

Se promoverá el uso del correo electrónico en lugar de las comunicaciones impresas; se fomentará el uso obligatorio y extensivo de la firma electrónica avanzada para la realización de trámites que la

normativa permita y que coadyuven con la reducción en el consumo de papel; se deberá incentivar la compartición de equipos de transporte y la elaboración de planes de logística que permitan obtener ahorros en costos de traslado.

Se promoverán las reuniones remotas por internet y otros medios digitales y la reducción del uso del papel mediante formatos electrónicos. Se implementarán sistemas de gestión documental y se incentivará el desarrollo de tecnologías de comunicación así como de sistemas informáticos para optimizar y modernizar trámites.

Se promoverá la contratación consolidada de materiales, suministros, mobiliario y demás bienes a través de licitaciones públicas.

Se homologarán las funciones administrativas con sistemas informáticos eficientes y se enajenarán los bienes improductivos u obsoletos, ociosos o innecesarios.

Se vigilarán pagos y movimientos financieros por medios remotos, por parte de la SHCP, a beneficiarios de subsidios, servidores públicos por concepto de pago de nómina y demás proveedores.

Modernización de la Administración Pública Federal a través del uso de tecnologías de la información y la comunicación

Establecer programas de optimización, sistematización y digitalización de los procesos administrativos que consoliden la operación e integración de los datos. Adoptar las políticas correspondientes a la estrategia digital así como la cultura en tecnologías de la información y la comunicación con conexiones rápidas y seguras acordes con las políticas de la SHCP.

Diagnóstico institucional para las medidas definidas en el Decreto para la racionalidad en el uso de los recursos institucionales⁷

Medidas de carácter obligatorio del decreto presidencial	Acciones efectuadas en el INP a diciembre de 2012	Acciones para 2013
Medidas para establecer estructuras organizacionales y procesos eficientes en las dependencias y entidades	Establecimiento de políticas de control de pérdidas y de incremento de ingresos	Control de farmacia hospitalaria. Reducción del gasto en medicamentos y automatización de procesos
	Análisis de procesos	Análisis de procesos administrativos y sistema de gestión financiera acorde con los lineamientos del Banco Mundial, de la SHCP y de la SFP
	Certificación y acreditación de procesos de atención. 27 áreas de alta calidad	Programa de recertificación para 2013 y 2014
	Certificación de procesos de laboratorio y rayos x con ISO 9001-2008	Programa de auditorías para 2013
	Reducción de procedimientos en procesos de atención y servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento	Contratación consolidada de servicios de laboratorios para 2013
	Reducción de procedimientos en atención ambulatoria y en medicina crítica	Revisión y automatización de procesos de atención médica en 2013
	Integración de la Red Mexicana de Hospitales Pediátricos para la calidad de la atención y seguridad del paciente	Activación de los estándares de atención y colaboración con personal médico y de enfermería. Investigación multicéntrica. 16 hospitales actualmente en la red
	Desarrollo y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad	Adaptación de los estándares de ISO a los del CSG
	Planeación con Marco Lógico por áreas sustantivas y administrativas con indicadores del sistema de gestión de calidad	Consolidación de la Unidad de información hospitalaria, investigación y enseñanza a través de base institucional. Servicios alineados, archivo clínico, planeación y epidemiología hospitalaria

⁷ Diagnóstico Situacional del INP. SFP. Febrero de 2013.

Medidas de carácter obligatorio del decreto presidencial	Acciones efectuadas en el INP a diciembre de 2012	Acciones para 2013
Medidas en servicios personales	Programa de jubilación y revisión de competencias profesionales	Proyecto de capacitación a jubilados con información sobre proyectos productivos. Desarrollo de una propuesta para profesionales eméritos institucionales para hacer más eficiente la consejería de los comités
	Control automatizado de las incidencias y nómina	Control de asistencia automatizada en recursos humanos, automatización de las incidencias a nómina y del registro de permanencia
Medidas para reducir gastos de operación	Incremento de la efectividad de comités institucionales para la reducción de pérdidas y el mejoramiento continuo de los procesos de atención	Gerencia de servicios a mandos medios, jefes de servicio y representantes de comités institucionales. Certificación de comités con normas internacionales
	Incremento de investigación orientada a la optimización de medicamentos y de uso de recursos	Incremento a 80% a prioridades institucionales y nacionales en salud de los nuevos proyectos de investigación. Reactivación de la unidad rural de Tlaltzapán y del Departamento de Investigación epidemiológica.
	Consolidación de los servicios informáticos, de laboratorio, de impresión	Adquisición y contratación de servicios consolidados de estas áreas en 2013.
	Participación del INP en la red de hospitales verdes promovida por la OPS/OMS	Desarrollo de proyectos de mejoramiento del ambiente hospitalario con proyectos de eliminación de mercurio, disposición de agua, desechos hospitalarios, medicamentos caducos, sustancias tóxicas y peligrosas
Modernización de la Administración Pública Federal a través del uso de tecnologías de información y comunicación	Implementación del expediente electrónico desde 2009 a la fecha con avance de 90% en atención ambulatoria; 60% en las notas de hospitalización; 100% en laboratorios; 100% en RIS y PACS. Ahorros calculados de 35 millones por el uso del sistema.	Proyecto de promoción del uso del expediente electrónico; capacitación a personal involucrado; equipamiento informático; red inalámbrica universal; estabilidad de la red y respaldo y protección de información
	Reducción de los procedimientos en un 25% de todas las áreas de atención excepto en cirugía	Revisión y automatización de los procesos de atención; uso y explotación de bases de datos de ORACLE con la herramienta <i>Business Intelligent</i> (BI)

Medidas de carácter obligatorio del decreto presidencial	Acciones efectuadas en el INP a diciembre de 2012	Acciones para 2013
	Uso universal de Internet y dominio del INP en claves de correo electrónico. Reducción de impresiones de 9 millones a 3 millones de folios durante 2011 y 2012 de manera sostenida	Implementación de firma electrónica para 0 impresiones en el INP
	Reducción de tiempos de espera en toma de productos, entrega de resultados de laboratorio y rayos X; reducción de duplicidad de estudios de 35% a menos de 10%. Consulta externa. Eficiencia y conservación de los indicadores de productividad en urgencias	Evaluación de los procesos de atención y tiempos de espera. Incremento de la cultura de la evaluación y la prevención y control de riesgos institucionales
	Referencia y contrarreferencia en neonato con formato electrónico, cobro de seguro popular, mejoría de los cobros en cajas y de captación de recursos por ingresos propios de 29 millones de pesos en 2005 a casi 145 millones al cierre de 2012	Referencia y contrarreferencia electrónica. Coordinación inicial con la Red Mexicana de Hospitales pediátricos para tener un expediente portable inalámbrico. Incremento de la atención programada
	Programa activo de archivos documentales con la clasificación	Implementación de un sistema informático de gestión documental.

Pacto por México, alianza política dictada por el Poder Ejecutivo Federal

El Pacto por México es una iniciativa de la Presidencia de la República para establecer alianzas estratégicas con los partidos políticos y para cumplir con los 13 puntos prioritarios de acción.

Es un documento que contiene un espectro que operacionaliza puntos de arranque para todos los sectores de la Administración Pública Federal. En resumen, este documento tiene relación con los puntos que tocará en su momento el Plan Nacional de Desarrollo. Sienta las bases de la política nacional para el desarrollo de acciones de tipos sustantivo y estratégico, inmediatas y a mediano plazo, mismas que tendrán un sinnúmero de resultados en la economía y en la calidad de vida de la población mexicana.

Los compromisos relacionados con el **Sector Salud** en general y con el **INP** en particular se enumeran de acuerdo con el documento original.

1.1. Seguridad Social Universal

Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente:

Acceso universal a los servicios de salud

Se aprecian los avances alcanzados en los últimos años en la materia pero también se reconoce que todavía debe avanzarse mucho en la calidad y el alcance efectivo de los servicios de salud, particularmente para atender a millones de personas que no cuentan con empleo formal y viven en las zonas de mayor marginación social y dispersión poblacional.

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos. (Compromiso 1)

Adicionalmente, ante el crecimiento de los males asociados con la obesidad, se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra. (Compromiso 2)

Inversión de 1% del PIB en ciencia y tecnología

Se dará cumplimiento a la Ley de Ciencia y Tecnología con el objeto de incrementar el financiamiento para la investigación científica y el desarrollo tecnológico a fin de alcanzar, de manera gradual, una inversión del uno por ciento del PIB. El incremento presupuestal iniciará en el presupuesto 2013. Complementariamente, se incentivará la participación intensa de los sectores productivos en la investigación científica. (Compromiso 46)

Prioridades para el desarrollo de la ciencia y la tecnología

Se definirán prioridades, objetivos nacionales y regionales concretos, para estructurar un programa de largo plazo para el desarrollo especializado de la ciencia y la tecnología en todo el país. (Compromiso 47)

Investigadores, centros de investigación y patentes

Se aumentará el número de investigadores y de centros dedicados a la ciencia, la tecnología y la

innovación y, como consecuencia, se incrementará significativamente el número de patentes. (Compromiso 48)

3.1 Implantar un Plan Nacional de Prevención y Participación Comunitaria

El avance del nuevo Sistema de Seguridad Social Universal se focalizará en los municipios con más violencia del país; programas de combate a la pobreza; escuelas de tiempo completo; el Programa de Empleo para Jóvenes y la recuperación de espacios públicos junto con las comunidades. De igual forma se alinearán todos los presupuestos para la prevención del delito; para que se convierta en una verdadera prioridad nacional. (Compromiso 74)

4. Acuerdos para la Transparencia, Rendición de Cuentas y Combate a la Corrupción

La transparencia y la rendición de cuentas son dos herramientas de los estados democráticos para elevar la confianza de los ciudadanos en su gobierno.

Asimismo, el combate efectivo a la corrupción es uno de los reclamos más sentidos de la sociedad y una necesidad para construir un gobierno más eficaz que logre mejores resultados. Para ello se instrumentarán tres reformas que fortalezcan la transparencia, la rendición de cuentas y, con especial énfasis, el combate a la corrupción:

4.1 Instrumentar la Reforma para la Rendición de Cuentas Contables

Se instrumentará la reforma preferente aprobada para perfeccionar el sistema de rendición de cuentas contables en los tres órdenes de gobierno de tal forma que permita establecer reglas comunes y mecanismos homologados para garantizar que los ciudadanos tengan acceso a toda la información sobre el gasto público. (Compromiso 82)

4.2. Reforma para ampliar facultades del IFAI

Se impulsará una reforma constitucional para hacer del IFAI un órgano constitucional autónomo, con facultades ante todos los poderes públicos federales, facultades de revisión de las resoluciones de los órganos locales y de atracción de casos de relevancia nacional. (Compromiso 83)

Tabla de convergencias PACTO POR MÉXICO-INP

No	Área de desarrollo	Compromiso	Avance del INP a 2012	Planeadas para 2013
1	Seguridad social universal	Red de protección social	Servicios certificados para gastos catastróficos	Participación en el PNS
2		Acceso universal a los servicios de salud	Coordinación con unidades de menor complejidad	Convenios de colaboración con el DF y el Edo. de México, capacitación de médicos de primer contacto
		Calidad de los servicios	Sistema de Gestión de la Calidad	Programa de recertificación de la calidad
		Portabilidad de coberturas	Expediente Clínico Electrónico	Consolidación del uso
		Obesidad	Proyecto de 28 millones de pesos en colaboración con el HIMFG	Ejecución en 2013 y 2014
48	Inversión de 1% del PIB en investigación	Prioridades nacionales de salud	40% de nuevos protocolos orientados a prioridades	Inicio de investigación epidemiológica y en salud pública de la infancia y adolescencia
		Investigadores	70% de los investigadores en el SisNI	Incremento de plantilla y de 10% de investigadores al SisNI
		Patentes	9 patentes en el INP	Plan institucional de patentes en tecnología y medicamentos
		Centros de investigación	Reactivación de Centro Pediátrico de Investigación	Consolidación del CePIC
74	Plan nacional de prevención y participación comunitaria	Sistema de seguridad social universal	Colabora con la estandarización de la atención, investigación y enseñanza con la RMHP, principio transdisciplinario	Cuatro acciones del decálogo. Medio ambiente, residentes, normas, certificación de calidad
82	Transparencia y rendición de cuentas	Perfeccionar sistemas contables	Expediente electrónico relacionado con el control contable	Consolidación de registros en el ECE
		Homologación contable del gasto	Programa de armonización contable con la federación	Consolidación del Sistema contable, rendición de cuentas y control de riesgos
83	Reforma del IFAI	Revisión de resoluciones a ciudadanos	100% de 238 solicitudes resueltas en 2013	Continuar igual

Estrategias y enfoque de las líneas de acción del Programa Nacional de Salud Federal 2012-2018⁸

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. Esto ha permitido una gran coherencia entre nuestro *Deber Ser* y la contribución directa en el impacto de nuestras acciones en los principales indicadores de salud de la población general y de la infancia y la adolescencia en particular; 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. Tiene tres dimensiones para la coherencia del sistema y los niveles de actuación de los diversos involucrados y de las instituciones, estas son:

- Estructura, proceso y resultados.
- Mediante este modelo teórico se promoverá ubicar a cada actividad y a cada actor en un nivel estratégico, táctico y operativo que permita que todos tengan una participación en el desempeño institucional.
- Finalmente la dimensión funcional del sistema, rectoría, recursos financieros y movilización de otros recursos materiales.

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.

Elementos de la Administración Pública Federal para el Programa 2013

Metodología de Marco Lógico. El Marco Lógico sirve para identificar problemas y soluciones, así como para la determinación de una matriz de indicadores que permitan 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 con las políticas públicas.

⁸ Esta sección está sujeta a las disposiciones de la Secretaría de Salud durante el ejercicio fiscal para identificar las metas relacionadas con el Programa Nacional de Salud.

La estructura de la planeación estratégica por Marco Lógico se divide en dos: a) Análisis situacional y b) Construcción de una 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 las políticas y 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.¹

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.

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 planteamiento de soluciones con resultados medibles; la finalidad es avanzar ejecutivamente en acciones efectivas.

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 base para que los involucrados en los procesos del INP tengan confianza en la organización.

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

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

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.

Programa de administración de riesgos. El programa integra 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.

Atribuciones del INP

Al INP, en tanto su *Deber Ser* 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; 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 estudio, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables.
- VII.** Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, 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 y hasta el límite de su capacidad instalada.
- IX.** Asesorar y formular opiniones a la Secretaría de Salud 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 el 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. Acciones institucionales

Los siguientes enunciados diagnóstico 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 con la transición demográfica, social y epidemiológica que debe enfrentar el INP para cumplir con su misión actual de generar modelos de atención basados en evidencia científica y formar recursos humanos.

El diagnóstico situacional también comprende el análisis de los servicios de salud y ha sido extraído del informe de autoevaluación del ejercicio fiscal 2012.

Para fines de planeación en 2013 se presentan elementos del diagnóstico situacional de la población usuaria y se comentan acciones en ejecución. Las estrategias que se plantean más adelante son de soluciones a las necesidades de atención, investigación y formación de recursos y a la vez insumo para la mejora continua.

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.

El INP tiene proyectos de investigación, formación de recursos humanos y de modelos de atención pediátrica para reducir el impacto de los daños a la salud y atender las enfermedades de alta complejidad. Apoya a unidades de salud en las entidades con una **red hospitalaria** pediátrica, con colaboración técnica para optimizar la capacidad instalada de los servicios de salud en el campo del cáncer pediátrico, la enfermedades metabólicas y lisosomales, los defectos al nacimiento y la mortalidad perinatal, entre otras. 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.

El programa de formación y actualización de recursos humanos para la salud tiene un enfoque transdisciplinario y se basa en el modelo de atención pediátrica integral (API) para colaborar con el sector en la transferencia de tecnología y en el cumplimiento de los cuadros de especialistas.

La escolaridad de la población está relacionada con la pobreza y con daños asociados a esta condición; la escolaridad de las mujeres es predictora de daños a la salud en los niños.

Los modelos de atención en el INP incluyen Guías de Práctica Clínica pediátrica, protocolos de atención con una cualidad fundamental: una intervención integral para todos los niveles de atención.

También se colabora con un modelo de educación y promoción de la salud que afecta a los programas académicos de profesionalización y también a los programas escolares con acciones preventivas desde el nacimiento. 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 Secretaría de Salud. El INP tiene un protocolo de prevención de obesidad en la infancia y la adolescencia con financiamiento y en colaboración con el Hospital Infantil de México. La educación sanitaria tiene un enfoque a determinantes sociales de la salud, para interactuar con organismos jurídicos en el caso del maltrato infantil, cuidados paliativos y colaboración con organismos relacionados a la salud de la mujer para hacer recomendaciones en el manejo integral de los problemas reproductivos de las adolescentes.

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.

En menores de 15 años se evidencian como problemas de salud pública la mortalidad por cáncer, las malformaciones congénitas, la epilepsia y la mortalidad por causas perinatales; sobre todo de tipo respiratorio y las derivadas de la atención del parto durante los 7 primeros días de vida.

Las enfermedades crónicas son un hallazgo con antigüedad de 20 años. El INP responde con clínicas de especialidad para la generación de conocimiento integral y con unidades de excelencia clínica. Todo esto implica proyectos de alta inversión para los cuales se han afinado mecanismos de gestión de alta calidad apegándose a la normatividad vigente.

La atención perinatal, específicamente la del neonato, es una fortaleza en el INP. La atención de alta calidad es un modelo de atención que tiene como finalidad la reducción de la mortalidad perinatal.

En adolescentes mayores de 15 años los accidentes y la violencia, en particular homicidios y suicidios, tienen un lugar preponderante. También la obesidad, los problemas de alimentación y otras afecciones como el cáncer que ocupa el tercer lugar como causa de muerte.

El INP desarrolla cuadros de priorización de necesidades sociales para proponer, en las políticas públicas, acciones contra causas raíz que tengan como centro soluciones sociales, biomédicas y básicas, 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.

Avance de estrategias del Programa de la Dirección General
Acciones prioritarias para el control de riesgos. Listado de pendientes

Prioridad	Acción	Productos	Avance a dic. de 2012 (%)
1	Proponer las bases de vinculación, comunicación y políticas institucionales		
1.8	Integración de comités	Actas y reglas de operación	60
2	Identificación de necesidades de proyectos y liderazgo para su ejecución		
2.1	Hematooncología. Unidad en construcción	Avance del proyecto	20
2.2	Cardiología	Proyecto	0
2.4	Radioterapia	Incremento del rendimiento	70
3	Diagnóstico de riesgos y necesidades directo en los servicios de atención. Completado.		
4	Listado y competencias de organizaciones y personas involucradas en actividades del INP, así como aquellos proveedores de servicios e insumos para la salud. Completado.		
5	Organización de la investigación, la enseñanza, la asistencia y enfermería apegada a los principios y valores para dar continuidad a la misión y a la visión a del INP		
5.1	Diseño organizacional de enfermería	Programa	diagnóstico de necesidades
5.2	Rediseño integral de investigación	Programa	Pendiente
5.4	Reorganización de finanzas y servicios generales	Proyecto	40
5.5	Estructuración del área de adquisiciones	Proyecto	40
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 la fortificación del funcionamiento		
6.1	Proyecto de sistema de información en la administración	Proyecto	0
6.2	Proyecto de información integral y de archivo clínico	Proyecto	0
6.3	Escaneo de expedientes y gestión documental	Informe	30
6.5	Rediseño de los centros de costo	Proyecto	30
7	Evaluar el programa de enseñanza, replantear el modelo educativo y dar continuidad al desarrollo de mapas curriculares		
7.3	Proyecto de acervo bibliográfico y biblioteca virtual	Proyecto	Proyecto en desarrollo

Prioridad	Acción	Productos	Avance a dic. de 2012 (%)
7.4	Actualización e indexación de la revista Acta Pediátrica	Programa	Proyecto en desarrollo
7.5	Educación continua planeación		0
7.7	Programa de actualización para unidades de segundo nivel		0
7.8	Programa de actualización para unidades de primer nivel		0
8	Fortalecer la toma de decisiones con metodologías homogéneas. Completado.		
9	Verificar la coherencia de los recursos disponibles y proponer opciones de mejora continua	Proyecto de sistema	30
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		
10.3	Integración del sistema de cuentas corrientes	Mandato	0
10.4	Desarrollo del sistema de paquetes de cobro para las cuotas de recuperación	Procedimiento	20
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	70
11.2	Planeación fase III. Sistema integral de administración	Proyecto de inversión	0
12	Fortalecer los modelos de atención: unidades de Cardiología, Hematooncología, Farmacia Hospitalaria, Laboratorios de análisis clínicos, Consulta Externa		
12.1	Proyecto de Hematooncología. Equipamiento y recursos humanos	Proyecto	30
13	Reingeniería de las áreas de cirugía, enfermería y áreas de servicios al paciente y su familia		
13.1	Reingeniería de enfermería	Proyecto	0
13.2	Reingeniería de cirugía	Proyecto	60
13.3	Unidad de atención al paciente	Proyecto	20
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	30
14.2	Manual de procedimientos del área jurídica	Manual de procedimientos	0

Prioridad	Acción	Productos	Avance a dic. de 2012 (%)
14.3	Manual de procedimientos del OIC		0

Avance de estrategias comprometidas en el Programa 2011-2016 al 31 de diciembre de 2012

Estrategia	Líneas de acción	Avance
1. Vinculación Institucional Interna	1.1 Identificación de acciones basadas en proyectos de las áreas sustantivas y administrativas.	Área médica con 6 proyectos estratégicos y avance importante en Cirugía y Sadytra.
	1.2 Integración de grupos profesionales y del liderazgo.	Grupos de neurodesarrollo, investigación epidemiológica, cirugía y hematooncología. En investigación inmunogenética.
	1.3 Asignación y gestión de recursos para ejecución.	Desequilibrio institucional por el manejo de medicamentos.
	1.4 Supervisión, evaluación y retroalimentación del desempeño.	Avance apegado al sistema de gestión de la calidad y al desempeño de los comités hospitalarios y administrativos.
2. Fortalecimiento Financiero	2.1 Aprovechamiento de recursos financieros, asignados, propios, terceros y externos.	Incremento de 120 a 175 millones por medio del cobro de servicios y del cobro del Seguro Popular.
	2.2 Control y vigilancia presupuestal por centro de costo y partidas.	Desarrollo de metodología de costos por paquetes de cobro y asignación de clasificación de cuotas de recuperación.
	2.3 Asignación y previsión presupuestal.	Desarrollo de un sistema de gestión financiera.
	2.4 Análisis periódico de estados financieros para la toma de decisiones.	Sin avance.
3. Consolidación del desarrollo del Recurso Humano y de la Tecnología.	3.1 Superación académica. Apertura a la investigación, enseñanza y a los procesos administrativos.	Sin avance.
	3.2 Desarrollo tecnológico.	Sin avance.
	3.3 Centros de adiestramiento.	Centro CADEMEC para campos clínicos. Reestructuración del área rural de Tlaltzapán, Morelos.
	3.4 Convenios interinstitucionales, nacionales e internacionales.	Creación de la Red Mexicana de Hospitales Pediátricos; afiliación a la Red de Hospitales Verdes.
4. Regulación interna de procesos sustantivos y administrativos.	4.1 Mejora regulatoria y control interno.	Sin avance.
	4.2 Programación y presupuestación.	Sistema de gestión y financiamiento de proyectos.
	4.3 Auditoría y acreditación de procesos.	Mantenimiento de la certificación ISO 9001-2008.

Estrategia	Líneas de acción	Avance
	4.4 Integración de la Unidad de Información Institucional.	Reestructuración del Departamento de Desarrollo organizacional en Departamento de gestión de información.

Avance en los proyectos de inversión propuestos por la Dirección General

No.	Proyecto estratégico	Avance
1	Desarrollo y adaptación de Guías de Práctica Clínica e Ingreso Protocolizado del Paciente	Sin proyecto. Existe avance en hematooncología
2	Unidad de cirugía de mínima invasión	Sin avance
3	Unidad de neurodesarrollo y rehabilitación integral (UNERI)	Sin avance
4	Unidad de Información Institucional	Sin avance
5	Unidad de evaluación nutricional y trastornos alimentarios	Sin avance
6	Unidad de atención integral del usuario	Existe proyecto para ser coordinado por Trabajo Social
7	Unidad académica del INP	Sin avance
8	Unidad Pediátrica de Hematooncología	Se tiene financiamiento y proyecto de construcción y asignación de licitación pública

Programa de Mejora de la Gestión (PMG)

El PMG es un programa en el que se requirieron acciones estratégicas para todas las dependencias de la Administración Pública Federal que se ligaran al proyecto del Ejecutivo Federal de calidad de los servicios; esto incluyó al INP como integrante de los Institutos Nacionales de Salud. Los elementos estratégicos de mejora de la gestión fueron: referencia y contrarreferencia; consulta externa de primera vez; cita médica telefónica y por internet; captación de cuotas de recuperación; clasificación socioeconómica; expediente clínico electrónico; proyecto de gestión de factura electrónica solicitado por el INP.

Referencia y contrarreferencia (RC)

El proyecto de RC es una acción estratégica que corresponde a la coordinación de las diferentes unidades de salud que deben otorgar atención en forma escalonada para dividir la atención por grados de complejidad. El comentario en este programa es que las acciones no fueron coordinadas por las instancias centrales que deben preparar lineamientos dirigidos a los diversos niveles para su cumplimiento. En ellos deben indicarse los límites de la atención y el vehículo de comunicación (preferentemente electrónico). El INP tiene preparado el sistema en forma integral y hace falta que las instancias superiores coordinen el tipo de envío.

Esta actividad concluyó el 16 de noviembre del 2012 y los beneficios fueron el fortalecimiento de la calidad de la atención al paciente y a sus familiares, la optimización del uso de recursos, la atención de la enfermedad de alta especialidad. Hace falta mejorar la comunicación entre las unidades de menor complejidad para mejorar la pertinencia de la atención en el INP. El proyecto está documentado en el manual de procedimientos de la atención ambulatoria del INP.

Consulta externa de primera vez

Este proyecto concluyó el 30 de julio del 2012 y la mejora continua se caracterizó por el fortalecimiento de la calidad de atención al paciente y sus familiares. Se analizaron los procedimientos de atención ambulatoria y fueron reducidos a menos de la mitad. Se redujeron los tiempos de espera. Se unificó la consulta externa en un solo edificio. Se implementó el expediente electrónico y se equipó y mejoró la red electrónica.

Se corrigieron los horarios de atención y se redujo el tiempo de espera, así como los pasos para el trámite de la consulta de primera vez con la reducción de los requisitos para la atención a pacientes, evitando trámites que retardan la atención.

Se tuvo como principio de reorganización que los procedimientos para los trámites no tomaran más tiempo que el procedimiento de atención directa del médico al paciente. Así como proporcionar información completa y clara sobre la enfermedad.

Al mejorar criterios, manuales de procedimientos, tiempos de atención médica y tiempos de espera se espera incrementar el apego al tratamiento, la disminución de la subsecuencia, la agilización del diagnóstico y la efectividad de la intervención médica en la salud de los niños y adolescentes.

Cita médica telefónica o por internet

El proyecto se concluyó el 16 de noviembre de 2012. Se estableció la cita médica telefónica en el área de Consulta Externa para pacientes de primera vez facilitando el otorgamiento de la atención cuando el paciente es referido con hasta un mes de anticipación. Las citas se otorgarán en el horario de 10:00 a 14:00 horas. El paciente deberá contar con la documentación solicitada por el Instituto (hoja de referencia, acta de nacimiento, cartilla de identificación, número de afiliación en caso de pertenecer al Seguro Popular).

Los beneficios de este proyecto son la programación de la atención y garantizar un lugar para los pacientes evitando traslados innecesarios. Control de las agendas médicas. Disminución de filas de espera. Otorgar certeza al paciente.

Los resultados fueron muy limitados porque el INP atiende una sobredemanda insatisfecha de las unidades en su entorno. Además, la consulta externa ha reducido sus alcances y se hace necesario valorar la atención vespertina y mejorar el diagnóstico y manejo externo con base en la capacitación del personal de las delegaciones y municipios que tienen mayor envío de pacientes al INP.

Captación de cuotas de recuperación y clasificación socioeconómica

Desde la CCINSHAE se sugirió utilizar los resultados del estudio de trabajo social sobre la reclasificación socioeconómica. El INP, además de utilizar este estudio, tomó dos acciones adicionales: incrementar el cobro en el 3% de las actividades más numerosas y desarrollar paquetes de cobro para actividades como cirugía ambulatoria. Otras acciones en este rubro consistieron en automatizar el cobro en cajas, fortalecer el registro de actividades en urgencias, admisión y hospitalización.

Una acción muy importante para el INP fue la consolidación del Departamento de Gestión Financiera, que se encarga de los trámites necesarios para el cobro del Seguro Popular y de las aseguradoras privadas.

El resultado de lo anterior fue una captación de recursos financieros muy importante para la institución con un monto, al 31 de diciembre, de 174 millones de pesos. El proyecto se concluyó el 15 de noviembre del 2012.

Logros adicionales fueron fortalecer la calidad de la atención proporcionando información completa y clara a los pacientes. Contar con un sistema de cobro disminuyó el tiempo de este trámite de 20 minutos a menos de un minuto y ya no existen filas en las cajas. Se introdujo el pago con tarjetas de crédito o débito y se cuenta con 7 cajas distribuidas: dos en toma de productos, cuatro en consulta externa y una en urgencias, todo ello deriva en una mejor atención al público usuario.

Expediente clínico electrónico

El proyecto se concluyó el 30 de junio del 2012, obteniéndose los siguientes beneficios:

Red de datos institucional. En el 2012 se implantó, dentro de la red institucional, una red inalámbrica en el área médica donde el personal del instituto, principalmente el personal médico, puede acceder a los servicios del ECE como son el Medsys, el RIS/PACS y el Winlab. Para dar un ejemplo de su utilidad podemos mencionar que los cirujanos pueden ver las placas o estudios de radiografía computada de su paciente en el momento mismo de la operación, dentro del quirófano, en el área de descanso, en el área blanca, en cualquier piso del hospital, en la residencia médica, en el área de enseñanza e incluso en el auditorio.

Fase 1. Consulta externa: se automatizaron los procesos de ingreso de pacientes, agenda médica, cajas, somatometría, ejecución de cita médica, solicitud de estudios de gabinete. solicitud de hospitalización y trabajo social. Con ello se logró una reingeniería de los procesos del área, ubicándolos todos dentro de una misma área física de trabajo. Se elevaron las cuotas de recuperación en aproximadamente 175 millones de pesos anuales. Se disminuyeron los tiempos de espera para realizar pagos en cajas, se mejoró el proceso de agenda médica y trabajo social, así como la calidad de la atención médica al proveer al médico de los estudios de gabinete de manera digital en su equipo de cómputo.

Fase 2. Hospitalización: el departamento de TI se encuentra trabajando en la implantación en las áreas de admisión hospitalaria, enfermería, pisos de hospitalización, áreas de medicina crítica, estudios de gabinete, dietética y cuentas corrientes. Ya se logró la automatización del proceso de hospitalización de ingreso y la asignación de camas de hospital. Las prescripciones médicas se registran en el ECE y la enfermera administra las solicitudes de medicamentos, las cuales se enlazan a farmacia y en ella, la dispensación de medicamentos directo a piso, donde al momento de administrarse se añaden a la cuenta del paciente y se registran en inventarios y finanzas.

En este momento se interopera el ECE con el sistema "Mercurio" que administra la dispensación de medicamentos.

Proyecto institucional de gestión de facturas (PMG 2012)

Debido a que el INP tiene una facturación menor a 10 documentos mensuales y el costo de la herramienta informática implicaría gastos por más de un millón de pesos se decidió dictaminar su improcedencia.

Programa de control interno

La evaluación del sistema de control interno es el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia con que se cumplen los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: estratégico, directivo y operativo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Control Interno Institucional. Dicha evaluación se efectúa por medio de la encuesta de autoevaluación por nivel de control interno, que es la herramienta que aplican los servidores públicos de una institución, en el ámbito de su competencia, para conocer los avances en el establecimiento y actualización de los elementos del Sistema de Control Interno Institucional.

Conforme a la evaluación del sistema de control interno se determinan debilidades que se configuran por la insuficiencia, deficiencia o inexistencia identificada en el Sistema de Control Interno Institucional mediante la supervisión, verificación y evaluación interna o de los órganos de fiscalización, que pueden evitar que se aprovechen las oportunidades u ocasionar que los riesgos se materialicen. Si en la determinación de debilidades se identifican algunas que pueden obstaculizar o impedir el logro de objetivos y metas institucionales, o estas motivan la existencia de un riesgo que eventualmente pueden generar un daño al erario público federal, estas se identificarán como debilidades de control interno de mayor importancia.

Antes de iniciar las acciones de control de riesgos es necesaria una revisión de las normas externas e 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 en reglas de operación de cumplimiento universal.

El INP cuenta con un sistema de gestión de la calidad (SGC) 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.

Gestión de riesgos institucionales

La metodología innovadora para gestionar y administrar los riesgos en el INP combina la aplicación de herramientas como el análisis FODA mediante el cual se identifican riesgos que requieren del planteamiento y ejecución de acciones de prevención y control suficientes que los contengan; todo ello tomando en consideración las políticas y lineamientos institucionales, así como el modelo de organización y gestión de calidad del INP.

A partir de este contexto se elabora el Programa de Administración de Riesgos (PTAR) que tiene sus bases en el Manual de Administrativo Aplicación General de Control Interno y en la norma ISO 31000:2009. Para su implementación se conformó en dos directrices: una de gestión y otra de operación.

En la gestión se identifica la realidad de los servicios y la información del sistema institucional disponible. Se toman en cuenta los resultados obtenidos en las encuestas de calidad y en las evaluaciones realizadas por instancias fiscalizadoras; se documentan convenientemente los antecedentes y el contexto de los riesgos que, de materializarse, puedan impedir el logro de los objetivos institucionales para llevar a la práctica la operación de la administración de riesgos en las siguientes etapas:

1. Evaluación de riesgos.
2. Evaluación de controles.
3. Evaluación del riesgo.
4. Construcción de un Mapa Institucional de Riesgos.
5. Definición de estrategias para la administración.

Los riesgos analizados resultantes son catalogados en cuatro tipos en función de las probabilidades de que ocurran y de su impacto en el INP:

1. **Riesgos controlados.** 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; son identificados como de baja probabilidad y de impacto negativo a la misión institucional bajo.
2. **Riesgos que requieren revisión periódica.** Son riesgos que requieren revisión, sobre todo de las perspectivas tácticas o metodológicas por todos los servicios institucionales, y serán la pauta para el desglose de políticas sobre las áreas sustantivas. Requieren de un tiempo razonable para su solución. Son vectores resultantes de la combinación de las oportunidades y las debilidades y se les considera altamente probables; su impacto negativo a la misión institucional es de grado bajo.
3. **Riesgos que requieren seguimiento.** Son resultado de comparar las amenazas frente a las fortalezas. Estos riesgos son muy importantes ya que se requiere acciones de vigilancia y monitoreo, consumen tiempo de los altos directivos e involucran la participación de varias áreas debido a que las amenazas no están en el ámbito de control de la institución y deben generar acciones defensivas suficientes para evitar el deterioro de la imagen institucional.
4. **Riesgos de atención inmediata.** Son riesgos que pondrán en jaque a la organización en el corto plazo y pueden romper la armonía y la **continuidad de las acciones proyectadas**. Los riesgos de atención inmediata deben enfrentarse con acciones estratégicas y tácticas urgentes, deben contener sistemas de vigilancia y control muy precisos y suficientes que impidan el deterioro de la imagen institucional y la afectación en su patrimonio.

La atención de los riesgos bajo esta metodología permitirá dar continuidad a las estrategias propuestas en el programa de la Dirección General 2011-2016 y otorgar una seguridad razonable en la obtención de resultados. Así mismo, se fortalecerá la cultura de autocontrol y prevención a través de sistemas de vigilancia como los comités hospitalarios, el sistema institucional de gestión de la calidad, la supervisión de los mandos medios y 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 del PTAR se encuentran vinculados con el **Programa de Control Interno**.

Riesgos Institucionales y actividades de control a diciembre de 2012

Descripción del riesgo	Factores	Actividades	
1. Incremento en el presupuesto de medicamentos que conlleva a gasto excesivo y a desabasto	Lineamientos normativos y de operación no validados y aplicados de manera inconsistente al interior del almacén de la farmacia.	Continuidad de las sesiones del CoFaT y establecimiento de Políticas para el Sistema de Uso y Gestión de Medicamentos. Elaboración y formalización de la documentación rectora (Manual de Organización, Manual de Procedimientos del SGM, Programa de Intervención de Farmacia Hospitalaria).	
	Incumplimiento de disposiciones oficiales vigentes de COFEPRIS Y CONAMED.	Elaboración de una evaluación diagnóstica: revisión de requerimientos de COFEPRIS y CONAMED para cubrir los requisitos solicitados por las autoridades sanitarias.	
	Registros poco confiables y fuera de tiempo en las entradas y salidas del almacén de farmacia.	Implementación del código de barras en el SIA para eliminar la problemática del registro de salida ocasionada por la captura manual, el desfase del registro de la entrada y la regularización de contratos que generan diferencias en inventarios. Capacitación en materia de adquisiciones dirigido al personal administrativo de la Subdirección de Recursos Materiales y de las áreas requirientes.	
	Controles poco eficientes en almacenes para el manejo de insumos, medicamentos y material de curación.	Reestructuración organizacional de Farmacia Hospitalaria. Regulación del activo en el registro institucional del Sistema Mercurio "Carruceles". Realización de pruebas de funcionalidad del sistema de código de barras en el Depósito de Consumo de quirófano a fin de hacer pruebas en un universo más controlable.	
	Existencias insuficientes de insumos, medicamentos y material de curación para uso de las áreas sustantivas.	Depuración y actualización de claves de medicamentos y material de curación. Elaboración de Cuadro Básico con base a la depuración de las claves. Asignación de responsables para la prescripción de medicamentos controlados por la subdirección.	
	Irregularidades del personal de las áreas sustantivas en la descripción de los bienes solicitados al almacén de farmacia.	Capacitación dirigida al personal de enfermería, residentes, farmacovigilancia y jefes de servicio para el manejo y uso de medicamentos.	
	2. Incremento de inconformidades en el proceso de licitación	Irregularidades en la integración de convocatorias para la adquisición adecuada de insumos, medicamentos y materiales de curación requeridos por los usuarios.	Realización de un análisis diagnóstico para la instalación de un subcomité de revisión de convocatorias.
		Capacidad limitada para implementar adecuadamente las disposiciones de los programas debido a la falta de procedimientos idóneos, supervisión apropiada y capacitación oportuna. Diseño inadecuado de las bases de licitación e Irregularidades en la integración del contrato.	Desarrollar un proyecto de capacitación con tres aristas (Administración de Almacenes, Sensibilización a un Sistema de Gestión de Calidad, Certificación de establecimientos de Atención Médica, Estándares centrados en el paciente, manejo y uso de medicamentos MMU). Realización del curso administración de almacenes dirigido al personal de de los almacenes de la farmacia: general, de víveres y de activos fijos, almacén de quirófano y de otros depósitos.

Descripción del riesgo	Factores	Actividades	
3. La sistematización electrónica parcial de las áreas administrativas limita el cumplimiento normativo en manejo de recursos	Falta de sistematización electrónica de las áreas administrativas. Procesamiento insuficiente de los datos para generar información institucional que permita el manejo de bases de datos para la investigación, enseñanza, asistencia y en las áreas de apoyo administrativo (Inconsistencia en el registro adecuado de información).	Operación, implementación y fortalecimiento de las políticas para el uso del ECE en las áreas de quirófano y urgencias a través de cursos de capacitación. Incorporación del sistema de Banco de sangre al ECE. Implementación y actualización del RIS/PACS y realización de pruebas de funcionamiento del sistema RIS. Implementación del sistema automatizado de remuneraciones.	
	Baja efectividad y eficiencia de los sistemas de información debido a la atención parcial de los requerimientos de los usuarios responsables.	Contratación del servicio, actualización de la nómina e implementación e integración del módulo de control de asistencia con modernización del equipo.	
	Programa de contingencia para el manejo de pérdidas de la información.	Gestión para la realización del respaldo de la información institucional. Gestión para la realización del mantenimiento a los sistemas actuales y sistema de alta disponibilidad (Winlab, Medsys, Edelphy, PACS, Nómina, SAN, Internet, antivirus).	
	4. Cumplimiento normativo parcial en la aplicación de Manuales Administrativos de Aplicación General	Deficiencia en la programación de los manuales de administración de aplicación general.	Revisión, adecuación, difusión y publicación en la página <i>web</i> de los manuales institucionales.
		Insuficiente seguimiento de las actividades comprometidas por el Comité de Mejora Regulatoria.	Reactivación del Comité de mejora regulatoria. Verificación de la base legal que aplica al Comité de mejora regulatoria Interna para su funcionamiento.
Restablecimiento del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente; definición del Plan de Trabajo que incluya una estrategia para la difusión e implementación de políticas institucionales.		Actualización del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. Realización de gestiones para reactivar y dar continuidad al SGC.	
Baja efectividad en el manejo de desechos químicos peligrosos en el almacén de farmacia.		Se estructuró el programa de trabajo para dar atención a las observaciones emitidas por la COFEPRIS. Entrega a la COFEPRIS del manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Medicamentos.	

CAPÍTULO 4. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Las políticas institucionales del Programa Institucional 2011-2016 son: **Continuidad, Rediseño e Innovación**, su relación con la tendencia del ciclo de vida del INP tienen que ver con la alineación horizontal de los procesos y con la eficiencia y racionalidad en el uso de los recursos.



Política 1. 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 horizontes estratégicos y más complejos, por lo que es importante que la **continuidad** tenga la misma directriz de gestión, con una nueva orientación hacia el uso racional de los recursos, la automatización de los procesos y anticipar acciones para garantizar recursos suficientes para la atención universal y la investigación científica.

Las acciones horizontales de rendición de cuentas y transparencia estarán implícitas en esta política de continuidad. 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 el sistema de gestión de la calidad es una herramienta horizontal de esta política. 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 al desarrollo continuo de los recursos humanos para la salud con una **orientación transdisciplinaria**.

Enfermería, uno de los tres pilares de la atención pediátrica de alta especialidad, consolida un modelo de cuidados orientado y actualizado a competencias en las más de 800 enfermeras que han hecho de los cuidados un componente básico de las ciencias de la salud, que se profesionalizan e incursionan (desde hace varios años) en la generación de conocimiento y desarrollo humanos.

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 que 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 para constituir, en la pediatría, un centro docente de excelencia.

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 sólo en la remediación de las enfermedades sino en las políticas públicas en salud, participando activamente en el uso de los resultados en un marco bioético estricto 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.

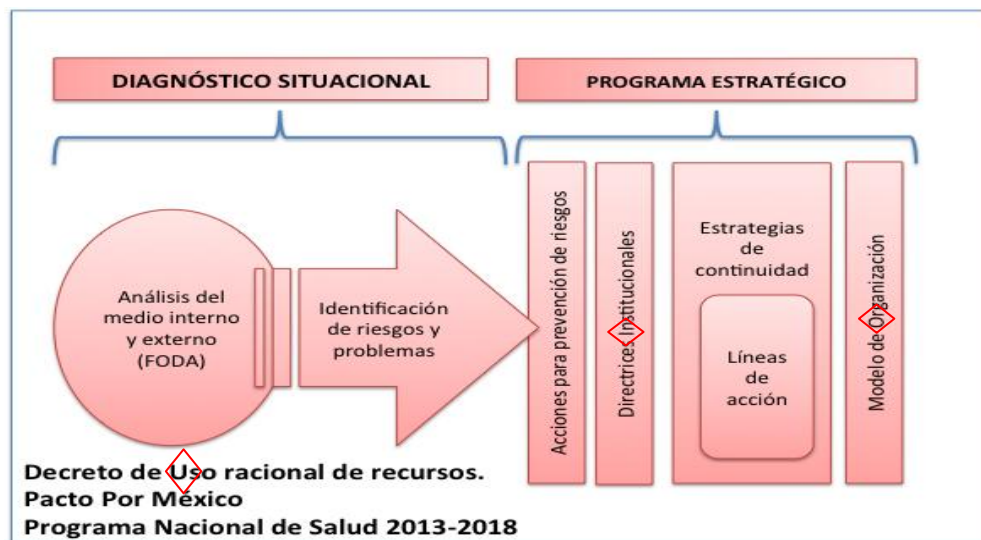
Políticas 2 y 3. Rediseño e innovación

El programa 2013 del INP toma como base el Proyecto de la Dirección General 2011-2016, se realiza en forma multidimensional, se analizan los problemas con la metodología del Marco Lógico enfocada a resultados. Estas políticas de rediseño e innovación se deben hacer operativas al implementar mecanismos de información basados en registros sólidos, para la toma de decisiones y acciones de control.

El INP debe tener la claridad de programar, bajo estas dos políticas, acciones sustantivas, estratégicas y tener en cuenta los riesgos de transparencia, incumplimiento de metas, legalidad y de corrupción marcados por la SFP y la SHCP en relación con el manejo de los recursos asignados.

Para innovar es necesario planear y anticipar acciones, por lo que el análisis y la evaluación constante deben aplicarse a todos los subsistemas institucionales, tanto en el desarrollo de los procesos como en el impacto de las acciones para, a partir de ello, conducir a la organización en forma proactiva y no sólo en la solución de problemas.

Metodología para la integración de actividades
Programa 2013



Fuente: Programa 2011-2016. Dirección General.

CAPÍTULO 5. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. MARCO LÓGICO

Este Programa 2013 implicó una serie de reuniones con las diferentes áreas del INP para analizar la problemática central y las causas raíz con grupos de directores y subdirectores, así como personal de departamentos y servicios para proponer soluciones acordes con las políticas actuales del Gobierno Federal y la política del INP. Para vislumbrar acciones encaminadas a mejorar la salud de la infancia y la adolescencia con la metodología de Marco Lógico cuyo principio es la identificación de los resultados.

Los instrumentos para tener claridad en los resultados que se esperan son:

1. El análisis estratégico, interno y externo, que permita identificar problemas y riesgos.
2. La identificación de un árbol de problemas y la identificación de los actores involucrados.
3. Un árbol de soluciones y un mapa de riesgos.
4. Una matriz de Marco Lógico que permita el seguimiento de resultados.

Principios

1. Pensamiento sistémico que señale que todo movimiento interno y externo afecta a todos los subsistemas y que el resultado del sistema debe ser salud para la población que se atiende.
2. Calidad de los servicios y seguridad del paciente y su familia: directrices de todos los procesos sustantivos y administrativos.
3. Ética en el desempeño de las acciones. Respeto a las personas, a su trabajo y a la institución, en la operación, investigación y en la enseñanza.
4. Transparencia y rendición de cuentas. Preparar todas las acciones para que puedan ser identificados los procesos de inicio a fin, así como el manejo de los recursos a su cargo.
5. Clima laboral. La eficiencia de la gestión en el INP tiene relación con la comunicación, el trabajo en equipo, liderazgo, dirección, los cuales se consideran en la actualidad factores que estimulan la calidad de los servicios, prueba de ello son los resultados de la ECCO.⁹
6. Enfoque ecológico. Todas las acciones deben encaminarse a mejorar el ambiente de una forma concreta, en el manejo de agua y residuos, en el control de sustancias tóxicas y desecho de medicamentos, así como en el estudio e impacto de la temperatura y el uso de energéticos en las actividades del personal.

Misión y Visión Institucional

⁹ ECCO: Encuesta de clima y cultura organizacional.

Misión

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.

Actores involucrados: internos y externos

Lugar	Actores interesados	Interés específico de la gestión de INP
1	Población <18 años con enfermedades que requieren alta especialidad	Atención resolutoria 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 con el tipo de institución
3	Autoridades INP	Resultados previsibles
		Éxito en la gestión de su administración
		Formar parte de una organización sana y productiva
		Contar con capital humano de alto nivel
		Tener clase mundial acorde con 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 Secretaría de Salud	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 2008.

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?

Fase analítica. Análisis estratégico

Fortalezas

Prestigio, tradición y liderazgo institucional	Estructura
Profesionales con formación de excelencia	Estructura
Infraestructura y equipamiento de vanguardia	Estructura
Sistema de gestión de calidad con una estructura documental	Proceso
Certificación y acreditación de procesos médicos, laboratorio y de banco de sangre	Proceso
Seguro Popular	Proceso
Investigación científica financiada apegada a prioridades nacionales	Proceso
Avance de 65% en la sistematización informática de procesos	Proceso
Procesos financieros sin salvedades, ingresos propios y cobro por la atención de padecimientos con gastos catastróficos	Proceso
Capacidad de formación de recursos humanos reconocida como de excelencia	Resultado
Cumplimiento de metas institucionales y federales	Resultado
Impacto del conocimiento en políticas públicas de salud	Resultado
Alta calidad en la atención médica	Resultado
Gestión hospitalaria efectiva	Resultado
Información estadística homologada	Resultado
Colaboración para la enseñanza y la investigación con otras instituciones	Resultado

Debilidades

Salarios bajos	Estructura
Falta de liderazgo gerencial en diferentes niveles	Estructura
Falta de personal calificado en competencias específicas	Estructura
Deficiente programa de capacitación en el manejo de nuevas tecnologías	Proceso
Sobrecarga asistencial	Proceso
Comités poco eficientes	Proceso
Estructura organizacional desvinculada	Proceso
Burocratismo en los procesos de administración	Proceso
Falta de planes estratégicos con enfoque preventivo en áreas específicas	Proceso
Proceso informático incompleto en áreas administrativas	Proceso
Estructura documental incompleta y desconocida en áreas críticas	Proceso
Incipiente desarrollo y comprensión del sistema de gestión de medicamentos	Proceso
Ausentismo laboral en enfermería y baja permanencia de los médicos adscritos en los servicios	Proceso
Capacitación inequitativa e insuficiente para el desarrollo del recurso humano	Proceso

El sistema de gestión de medicamentos se aplica solamente a pacientes hospitalizados, riesgo de desapego al tratamiento.	Proceso
Insuficiente titulación de alumnos en el área médica	Resultado
Bajo acompañamiento al personal en su trabajo y desmotivación	Resultado

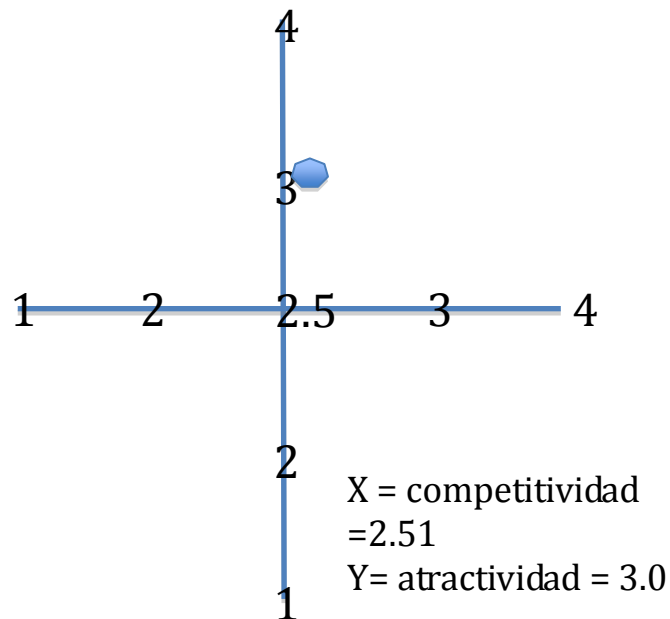
Amenazas

Baja eficiencia de las unidades de menor complejidad y saturación de la capacidad instalada	Estructura
Presión externa para atender pacientes sin incremento de la infraestructura, de personal y económico	Estructura
Baja congruencia de la regulación de farmacia hospitalaria	Estructura
Retraso en la asignación de presupuesto por inadecuada organización sectorial	Estructura
Disminución del presupuesto federal en el área de salud	Estructura
Decreto de austeridad en Tecnología de la información que limita la eficiencia del sistema informático	Estructura
Permanencia y aumento del alcance de la política federal de austeridad en todos los rubros	Estructura
Normas, políticas y acciones inespecíficas a nivel local y federal	Estructura
Transición epidemiológica con prevalencia alta de padecimientos de mayor costo y efectos más negativos y con mayor complejidad	Estructura
La competencia de otras instituciones como modelo de atención a los pacientes pediátricos	Proceso
Administración centrada en recursos y no en objetivos	Proceso
Riesgo de pérdida de la eficiencia de modelos de atención por ahorro y austeridad del gasto	Proceso
Pérdida del liderazgo ante una medicina privada con mercado caótico y sin compromiso social	Resultado
Reducción de estructuras publicas	Resultado
Avance tecnológico acelerado y dificultad para integrarse a la vanguardia	Resultado

Oportunidades

Nuevos padecimientos para su atención y estudio	Estructura
Desarrollo tecnológico acelerado	Estructura
Necesidad de las instituciones de formar y actualizar personal de salud	Proceso
Implementación de modelos de atención y guías de práctica clínica mexicanas	Proceso
Democratización del Programa Nacional de Desarrollo	Proceso
Red Mexicana de Hospitales Pediátricos para la Calidad	Proceso
Sistemas de educación a distancia	Resultado
INP como referente técnico y normativo nacional	Resultado
Fortalecimiento del financiamiento de la investigación en México	Resultado

Recursos externos en programas de financiamiento	Resultado
Posibilidad de vinculación interna y externa, nacional e internacional	Resultado
Tecnologías de la información y la comunicación como prioridad nacional en el Decreto de uso racional de recursos	Resultado
Hospitales pediátricos organizados	Resultado



El análisis FODA nos permite tener un panorama claro del momento en el que se encuentra el instituto desde las perspectivas interna y externa.

A través de una serie de talleres con las direcciones de área se determinaron las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada dirección y las del instituto en su conjunto. Esta información fue priorizando los rubros de mayor impacto en la misión y visión institucionales.

Al analizar la información se obtuvo, desde el punto de vista externo, un nivel de atractividad medio-alto. Sin embargo, la competitividad se centró en un nivel medio, con lo que se puede concluir que es necesario mejorar la operación interna a través de medios de control en los registros y los registros electrónicos de manera que se logre un manejo eficaz.

Acciones inmediatas para el control de las debilidades y amenazas

No.	Acción 2013
1	Regulación interna, reactivar COMERI
2	Unidades horizontales: atención, investigación enseñanza
3	Control interno: supervisión y evaluación
4	Programación de actividades
5	Activación de los comités hospitalarios
6	Control del gasto
7	Tecnologías de información y comunicación
8	Control del ausentismo
9	Desarrollo de recursos humanos
10	Vinculación con unidades de menor complejidad

Fuente: Análisis del FODA.

Fase analítica. Mapa de problemas

Para el mapeo de problemas se realizaron reuniones de consenso con las direcciones de área y una plenaria para identificar el problema central. Se tomó en cuenta el FODA general y a partir de las debilidades se construyó el problema central.

El **problema central del INP** es el uso racional de los recursos y su eficiencia, el cual tiene como componentes **causales** deficiencia en la planeación de las actividades, en su seguimiento y control. Lo anterior por dificultades en la recopilación de la información y su debido análisis en la toma de decisiones.

La consecuencia más importante es el riesgo del INP en el deterioro de la calidad de la atención y de la seguridad del paciente, así como de reducir nuestro impacto positivo en la salud de la infancia y la adolescencia y en las políticas públicas de salud.

El efecto de los problemas se **traduce en riesgos** como la pérdida de la continuidad, el exceso del gasto, 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 pérdida del control en el clima laboral.

Mapa de problemas para 2013 Efecto central	Riesgo de deterioro de la calidad de la atención, seguridad del paciente y bajo impacto del INP en la pediatría y en las políticas públicas de salud			
Efecto 4	Impacto en la atención pediátrica nacional	Baja competitividad	Dificultad de aterrizar el conocimiento en modelos de atención	Atención de alto costo
Efecto 3	Falta capacitación para el desempeño	Incoherencia en la vigilancia de la calidad	Saturación de la asistencia médica	Obsolescencia tecnológica
Efecto 2	Ausentismo laboral y baja permanencia en los servicios	Falta de control de las acciones	Formación deficiente de los recursos humanos	Mala calidad de los recursos
Efecto 1	Bajo control de las actividades y de la eficiencia	Toma de decisiones desinformadas	Pérdida de vanguardia	Desabasto
Central	La falta de vinculación entre las áreas produce defectos en la planeación, gasto excesivo y desabasto			
Causa 1	Riesgo de incumplimiento del modelo educativo	Deficiencias en los modelos de operación	Baja productividad	Gasto excesivo
Causa 2	Apoyo deficiente a la investigación	Calidad independiente de la realidad	Asignación de recursos no transparente	Deficiencias en la infraestructura
Causa 3	Operación subordinada a la asistencia	Baja cultura de programación y evaluación	Carencia de programas de trabajo	Deficiencia en el proceso de adquisición, compras emergentes
Causa 4	Falta de compromiso en las acciones	Registro incompleto de la información	Mecanismos de vigilancia deficientes	Mala planeación en la gestión de recursos
Causa 5	Vacío de liderazgo	Faltan sistemas informáticos	Deficiencias en la política interna	Carencia de proyectos de inversión

Mapa estratégico de objetivos y soluciones

El mapa de objetivos y soluciones es un compendio de las acciones anticipatorias que darán continuidad, rediseño e innovación a la institución.

El **OBJETIVO** institucional es mejorar nuestro desempeño por medio de acciones de procesos sustantivos y administrativos documentados, certificados para influir positivamente en la salud de la infancia y adolescencia con un uso racional de los recursos institucionales.

El **objetivo** está vinculado estrechamente con el Decreto nacional de austeridad para el uso racional de los recursos y con el Pacto por México, ordenado por el Ejecutivo Federal.

Tiene una perspectiva de universalización de la salud y la capacidad de influir en las políticas públicas de salud.

Resultados. Los resultados en todas las áreas del INP están relacionados con el posicionamiento de la institución en la política pública para la salud de la infancia y la adolescencia, con los conocimientos producidos por investigación, por la formación de recursos humanos y el ejercicio de modelos de atención que tienen como principal herramienta el pensamiento crítico de los profesionales de la salud expresado en las Guías de Práctica Clínica y compartiendo esta tecnología con el Sector Salud.

El mejoramiento de la posición institucional respecto a competitividad organizacional como lo señala el análisis FODA se llevará a cabo mediante una supervisión de los servicios y el fortalecimiento de instrumentos de control, desde los programas hasta la evaluación de las unidades sustantivas y administrativas del INP.

El área médica tendrá como un elemento central la supervisión de sus áreas operativas y convenios con los titulares de Salud del DF y del Estado de México para resolver la capacitación del personal de salud de los primeros y segundos niveles. Con ello se pretende regular la atención médica y un ejemplo de indicador será la reducción proporcional de cirugías de urgencia por el incremento de las cirugías programadas; otro ejemplo es el creciente porcentaje de urgencias calificadas en relación inversa con la reducción y organización de las valoraciones.

En las áreas de administración y planeación los resultados estarán encaminados a mejorar la toma de decisiones con instrumentos informáticos para anticipar la gestión de recursos y mejorar el abasto de recursos e insumos para la atención, así como mejorar el cobro de algunos servicios.

Los resultados buscarán impactar en las NOM y en el Programa Nacional de Salud.

Propósito. El propósito central es vincular a las áreas por medio proyectos integrales asociados a la atención pediátrica y al fortalecimiento del eje investigación, docencia y servicio con 3 proyectos en investigación; 8 proyectos en área médica; 3 proyectos en enseñanza y 4 proyectos en áreas de administración y planeación.

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

En síntesis, el mapa de objetivos es la optimización de la capacidad instalada, su cumplimiento permitirá la continuidad de lo alcanzado hasta hoy sin limitar los proyectos innovadores.

Soluciones de la gestión de recursos

Una política vigente en el INP es el control de recursos, se asumirá la **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 se 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; esto, para poner barreras a los riesgos, detectar omisiones y corregir desviaciones. Finalmente, su éxito estriba en la toma de decisiones que se relacionan 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, con exámenes de laboratorio, integración oportuna de los equipos de cirugía, mantenimiento programado y desarrollo tecnológico, entre otros.

Por parte, es necesario que la administración enlace los centros de costos a los procesos financieros para determinar asignaciones presupuestales periódicas y compactar estructuras de servicio.

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, así como con un sistema de control y gestión documental.

Mapa de soluciones

Objetivo	Mejorar el desempeño institucional por medio de acciones de procesos sustantivos y administrativos documentados y certificados, para influir positivamente en la salud de la infancia y la adolescencia y con un uso racional de los recursos.				
Resultado 3	Resultados de investigación impactan en políticas públicas y modelos de atención	Calificación en los tres primeros lugares nacionales obtenida para los residentes	Supervisión de las áreas	Mejorar la calidad de los insumos con compras programadas	Programas y proyectos por área controlados
Resultado 2	Productos de investigación incrementados en calidad y cantidad	Titulación oportuna en más de 60% de los egresados	Convenios con servicios de salud del DF y Edo. Mex. desarrollados para el control de atención	Compras emergentes reducidas	Calidad integrada a TIC para la fase 2 y 3 de hospital y administración
Resultado 1	Profesionales del área médica y otros en formación vinculados a la investigación	Mejora de la competitividad de los residentes	Plan maestro de equipamiento y vanguardia tecnológica	Abasto de 90% o más	Toma de decisiones con información homologada
Propósito	Áreas vinculadas por medio de proyectos integrales asociados con modelos de atención en pediatría				
Componente 1	Incrementar la productividad por medio del control interno	Modelo pediátrico integral vinculado a la atención y la enseñanza	Control de los modelos de atención	Gestión programada de recursos en general	Sistema de Gestión de la Calidad reactivado
Componente 2	Presentar proyectos de inversión para infraestructura y equipamiento	Competencias de residentes y profesionales en educación continua claras y calificadas	Proyectos de inversión y equipamiento desarrollados	Recursos humanos sensibilizados y capacitados	Tableros de control como instrumentos de supervisión
Componente 3	Mejorar adquisiciones con programas anuales	Docentes con reglas claras de acción en la enseñanza-aprendizaje	Programas de trabajo y control de gestión desarrollados en 70% de áreas de más alta demanda	Sistema integral de administración diseñado	Certificación y acreditaciones acorde a realidad
Componente 4	Formar grupos de metodología de investigación para fortalecer las publicaciones científicas	Control de áreas de apoyo educativo	Vinculación de la supervisión de la atención al SGC	Plan de desarrollo de infraestructura	Uso de sistemas informáticos en 70% de las actividades institucionales
Componente 5	Integrar coordinaciones de informática y administrativa	Políticas internas de enseñanza desarrolladas y	Modelo de atención enfermero desarrollado	Evaluación del abasto y suministro de los	Sistema de calidad en TIC preparado para

	por áreas	difundidas		insumos	certificación
--	-----------	------------	--	---------	---------------

CAPÍTULO 6. ETAPA DE PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES. MATRIZ DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

Los indicadores estratégicos del INP están relacionados con las actividades que se desarrollarán durante 2013 para mejorar los procesos en Investigación, Enseñanza y Atención Médica. Esta perspectiva tiene relación con cambios estructurales para contar con un esquema de calidad desde la estructura del sistema de trabajo en la institución.

Anexo 1. MATRIZ DE INDICADORES ESTRATÉGICOS 2013

		Resumen Narrativo	Indicador de desempeño	Medios de verificación	Supuestos y factores externos	Responsable
Objetivo	Certificación y acreditación de los procesos eficientes de trabajo, impacto en los indicadores hospitalarios de daño a la salud	Certificar y acreditar los procesos de atención	Certificación por el CSG >90%	Certificado	Desarrollo de un plan de reactivación del Sistema de Gestión de la Calidad	Dirección General/Planeación/Administración
Resultados	Evaluación del impacto del INP en la Red de hospitales pediátricos	Evaluar la presencia del INP en Hospitales pediátricos nacionales	Proporción de pediatras egresados del INP en hospitales pediátricos nacionales	Encuesta a Hospitales pediátricos	Agregar la evaluación del desempeño	DG/DP/ Vinculación
	Capacitación del personal y verificación de sus derechos laborales	Capacitar al personal al menos con un curso de 20 horas al año en promedio	Promedio de horas de educación continua por trabajador y por áreas	Registro de capacitación en Subdirección de Recursos humanos	Desarrollo de un programa de educación continua y actualización	DA/ Subdir. Rec. humanos
	Evaluación y contención de ausentismo en 10%	Disminuir el ausentismo general en 10%	Por ciento de ausentismo no programado = días de ausentismo no programado x 100/jornadas contratadas por área y categoría	Sistema de control de personal	Evaluación basal del ausentismo laboral	DA/ Direcciones de área/ Enfermería
	Control de actividades y medición de eficiencia	Supervisión de servicios por subdirectores y jefes de departamento y servicio	Supervisiones semanales por cada servicio bajo su responsabilidad con calificación mayor a 80% de las actividades de manuales	Informe mensual/ Reuniones de junta de direcciones/ cronogramas semanales por	Definición de procedimientos en los manuales de operación	DM/ Subdirecciones médicas/ DI/ Subdirecciones de investigación

				servicio		
	Supervisión de la calidad	Desarrollo de solicitudes de acción y no conformidades en el SGC	Recepción de solicitudes de acción desde los servicios	Informe de eventos adversos/quejas de servicio/faltantes de materiales	Reactivación del área de auditoría interna	Direcciones Área Sustantivas/ DP/ Comité Calidad
	Toma de decisiones colegiadas	Toma de decisiones sobre la innovación y la solución de problemas en los comités hospitalarios y administrativos	Acuerdos de gestión en comités, resolución de 80% de los asuntos	Minutas y actas de comités hospitalarios	Reinstalación de los Comités hospitalarios y administrativos	DG/ Comités sustantivos/ Comités Administrativos
	Aplicación y difusión de modelos de atención en Guías de Práctica Clínica	Desarrollar GPC de los principales padecimientos que impliquen 80% del gasto	Cobertura de Atención con GPC = No de GPC *100/ padecimientos prioritarios	Documentos impresos/informe médico	Priorización de problemas de salud por subdirección	DM/ DI
	Convenios de colaboración con Servicios de salud del DF y Edo. Mex.	Elaborar convenios de colaboración para capacitar médicos de primer y segundo niveles	Cobertura de capacitación de personal de salud = número de centros de salud capacitados *100/Centros de salud en zonas que representan 80% de la atención de urgencias	Informe de enseñanza	Definición de áreas prioritarias para la canalización de profesionales de salud	DG/DM/DP/ Vinculación institucional
	Programas de trabajo	Elaborar programas de trabajo con MML de estructura	Programas de trabajo con actividades y estrategias por áreas	Evaluación de la calidad	Taller de programación por dirección y subdirección de	Direcciones Área/ Dpto. de Programación

					área	
	Certificación y acreditación de servicios	Acreditar servicios para el pago del Seguro Popular; Certificación de SGC	Calificación >90 en la certificación y acreditación de servicios	Certificados	Programa de certificación y revisión documental	Direcciones Área Sustantivas/ DP/ Comité Calidad
	Fortalecimiento de los centros de costo	Desarrollar la unidad de análisis de costos y desarrollar paquetes de cobro	Desarrollar 25 paquetes de cobro de los procedimientos que representen $\geq 80\%$	Autorización por la SHCP	Integración de la unidad de análisis de costos	DA/DP
	Actualización continua de la tecnología	Elaborar un programa de desarrollo tecnológico: censo, acciones de mantenimiento preventivo y correctivo, patentes	Funcionamiento óptimo y actualizado de 75% del equipamiento institucional	Informe mensual de avance del programa	Desarrollo del programa	DM/DI/DE
	Evaluación de la calidad de los insumos	Muestreo de materiales y verificación de la calidad con usuarios: verificación del suministro, uso y aprovechamiento de los insumos institucionales	Satisfacción de la calidad de insumos = productos con calificación >90% *100/ total de productos muestreados	Encuesta permanente de calidad de los insumos	Desarrollo de la metodología	DA/DP
	Abasto >90%	Muestreo de facturas de abasto	Abasto = Facturas con abasto >90% *100/total de facturas muestreadas	Encuesta de abasto de insumos	Verificación del suministro, uso y aprovechamiento	DA/DM/Área de auditoría interna

					de los insumos institucionales	
Propósito central	Vinculación, planeación, previsión y control del gasto	Planear los procesos con enfoque a calidad	Manual de planeación de la calidad	Revisión de procesos	Manuales de procedimientos integrados con enfoque en calidad	DG/ Direcciones de área
Componente	Activación del control interno	Reactivar las acciones de mejora regulatoria	Reuniones mensuales del Comité de Mejora Regulatoria	Minutas del Comité de mejora regulatoria	Reinstalación del COMERI	

Anexo 2. MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADOS 2013

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS
NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
PRESUPUESTAL DE GASTO 2013

ACTUALIZACIÓN DE METAS POR TECHO

DGPOP

Coordinación de Proyectos Estratégicos

Clave entidad/unidad: NCZ 12245

Entidad/unidad: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Programa presupuestal: E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud

Nivel MML: FIN

Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
1	IND.	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría en instituciones de la CCINSHAE	0.0	Información a ser proporcionada por la CCINSHAE												0.0	0.0	0.0
	V. 1	Egresos por mejoría en las entidades coordinadas por el programa														0		
	V. 2	Egresos por mejoría en las instituciones coordinadas por la Secretaría de Salud x 100														0		

Nivel MML: PROPÓSITO 1

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
2	IND.	Egresos hospitalarios por mejoría	92.4%			88.9		88.9	88.9				88.9			88.9	88.9	88.9
	V. 1	Número de egresos hospitalarios por mejoría en las entidades coordinadas por la CCINSHAE	6,479			1,600		2,667	3,200				4,800			6,400	6,400	6,400
	V. 2	Total de egresos hospitalarios registrados en el período de reporte X 100	7,013			1,800		3,000	3,600				5,400			7,200	7,200	7,200

Nivel MML: PROPÓSITO 2

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
3	IND.	Porcentaje de usuarios aceptados en preconsulta	27.6%			30		30	30				30			30	30	30

	V. 1	Número de usuarios nuevos aceptados como pacientes en el área de consulta externa de especialidad en el periodo	5,290		1,275		2,125	2,550			3,825			5,100	5,100	5,100	5,100
	V. 2	Número de usuarios a quienes se les proporcionó preconsulta en el periodo X 100	19,162		4,250		7,083	8,500			12,750			17,000	17,000	17,000	17,000

Nivel MML: PROPÓSITO 3

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
4	IND. Tasa de infección nosocomial (por cien egresos hospitalarios)	9.0%			8.3			8.3	8.3					8.3		8.3	8.3	8.3
	V. 1 Número de casos de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	633			150			250	300					450		600	600	600
	V. 2 Total de egresos hospitalarios registrados en el periodo de reporte x 100	7,013			1,800			3,000	3,600					5,400		7,200	7,200	7,200

Nivel MML: COMPONENTE 1

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			

5	IND.	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados	67.7			94.4					95.0	95.0			95.0			95.0	95.0		
	V. 1	Número de expedientes clínicos revisados que satisfacen los criterios institucionales para dar cumplimiento a la NOM 168	323			118					198	238			356			475	475	475	475
	V. 2	Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico Institucional x 100	477			125					208	250			375			500	500	500	500

Nivel MML: COMPONENTE 2a

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018				
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic							
6	IND.	Índice de consultas subsecuentes especializadas	7.7			7.5				7.5	7.6				7.5			7.5	7.5	7.5	7.5
	V. 1	Número de consultas subsecuentes de especialidad	104,920			26,250				43,750	53,500				78,750			105,000	105,000	105,000	105,000
	V. 2	Número de consultas de primera vez especializadas	13,620			3,500				5,833	7000				10,500			14,000	14,000	14,000	14,000

Nivel MML: COMPONENTE 2b

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
7	IND.	Porcentaje de sesiones de rehabilitación realizadas respecto a las programadas	116.2			95.		95.0	95.0					95.0	95.0	95.0	95.0	
	V. 1	Número de sesiones de rehabilitación realizadas en el período	31,442			7,125		11,875	14,250					21,375		28,500	28,500	
	V. 2	Número de sesiones de rehabilitación programadas en el periodo X 100	27,070			7,500		12,500	15,000					22,500		30,000	30,000	

Nivel MML: COMPONENTE 2c

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
8	IND.	Proporción de cirugías de corta estancia	30.9			30.0		30.0	30.0					30.0	30.0	30.0	30.0	
	V. 1	Número de intervenciones quirúrgicas de corta estancia realizadas en el período	1,665			398		663	795					1,193		1,590	1,590	

	V. 2	Número total de cirugías realizadas en el período X 100	5,383		1,325	2,208	2,650		3,975.0		5,300.0	5,300.0	5,300.0	5,300.0
--	------	---	-------	--	-------	-------	-------	--	---------	--	---------	---------	---------	---------

Nivel MML: COMPONENTE 3ª

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
9	IND.	Ocupación hospitalaria	88.8			85.0		85.0	85.0				85.0		85.0	85.0	85.0	85.0
	V. 1	Días paciente durante el período	76,156			17,978		30,162	36,155				54,532		72,909	72,909	72,909	72,909
	V. 2	Días cama durante el período 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.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
10	IND.	Ocupación de cuidados intensivos	75.1			80.0		80.0	80.0				80.0		80.0	80.0	80.0	80.0
	V. 1	Días cama de cuidados intensivos ocupados durante el período	4,663			2,088		3,503	4,199				6,334		8,468	8,468	8,468	8,468
	V. 2	Días cama de cuidados intensivos disponible en el mismo período x 100	6,205			2,610		4,379	5,249				7,917		10,585	10,585	10,585	10,585

Nivel MML: ACTIVIDAD 1

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
11	IND. Porcentaje de recetas surtidas en forma completa	97.1			95.0		95.0	95.0			95.0			95.0	95.0	95.0	95.0
	V. 1 No. de solicitudes o prescripciones de medicamentos, para pacientes hospitalizados, surtidas en forma completa	66,966			14,250		23,750	28,500			42,750			57,000	57,000	57,000	57,000
	V. 2 Total de solicitudes o prescripciones de medicamentos realizadas en el período para pacientes hospitalizados x 100	69,000			15,000		25,000	30,000			45,000			60,000	60,000	60,000	60,000

Nivel MML: ACTIVIDAD 3

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
12	IND. Promedio de consultas por médico adscrito en consulta externa	1,188.5			291.7		486.1	583.3			875.0			1,166.7	1,166.7	1,166.7	1,166.7
	V. 1 Número de consultas externas otorgadas por período	213,921			52,500		87,500	105,000			157,500			210,000	210,000	210,000	210,000
	V. 2 Número de médicos adscritos a los servicios de consulta externa en contacto con el paciente	180			180		180	180			180			180	180	180	180

Nivel MML: ACTIVIDAD 4

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
13	IND.	Promedio de estudios de laboratorio por consulta externa	1.4			1.3		1.3	1.3			1.3			1.3	1.3	1.3	1.3
	V. 1	Número de estudios realizados en el período a pacientes que acuden a consulta externa	289,531			68,250		113,750	136,500			204,750			273,000	273,000	273,000	273,000
	V. 2	Número de consultas externas otorgadas en el período	213,921			52,500		87,500	105,000			157,500			210,000	210,000	210,000	210,000

Nivel MML: ACTIVIDAD 5

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
14	IND.	Promedio de estudios de imagenología por consulta externa	0.1			0.1		0.1	0.1			0.1			0.1	0.1	0.1	0.1
	V. 1	Número de estudios de imagenología realizados a pacientes de consulta externa	28,399			7,500		12,500	15,000			22,500			30,000	30,000	30,000	30,000
	V. 2	Número total de consultas externas otorgadas en el período	213,921			52,500		87,500	105,000			157,500			210,000	210,000	210,000	210,000

Nivel MML: ACTIVIDAD 6

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
15	IND.	Ingresos hospitalarios programados	55.2			50.0		50.0	50.0			50.0			50.0	50.0	50.0	50.0

V. 1	Ingresos hospitalarios programados	3,869		900	1,500	1,800		2,700		3,600	3,600	3,600	3,600
V. 2	Total de ingresos hospitalarios x 100	7,014		1,800	3,000	3,600		5,400		7,200	7,200	7,200	7,200

Nivel MML: ACTIVIDAD 7

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
16	IND. Promedio de estudios de laboratorio por egreso hospitalario	80.6			77.8		77.8	77.8				77.8			77.8	77.8	77.8	77.8
	V. 1 Número de estudios de laboratorio realizados a pacientes egresados en el período	565,233			140,000		233,333	280,000				420,000			560,000	560,000	560,000	560,000
	V. 2 Total de egresos hospitalarios registrados en el período de reporte	7,013			1,800		3,000	3,600				5,400			7,200	7,200	7,200	7,200

Nivel MML: ACTIVIDAD 8

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
17	IND. Promedio de estudios de imagenología por egreso hospitalario	3.7			3.6		3.6	3.6				3.6			3.6	3.6	3.6	3.6
	V. 1 Número de estudios de imagenología por egreso hospitalario	25,907			6,500		10,833	13,000				19,500			26,000	26,000	26,000	26,000
	V. 2 Total de egresos hospitalarios registrados en el período de reporte	7,013			1,800		3,000	3,600				5,400			7,200	7,200	7,200	7,200

Programa Presupuestal: **E 022 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD**

Nivel MML: FIN

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
1	IND.	Índice de investigadores en el S.N.I.	55.0					55.0								55.0	55.0	55.0	55.0
	V. 1	Investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores	66					66								66	66	66	66
	V. 2	Total de investigadores en ciencias médicas x 100	120					120								120	120	120	120

Nivel MML: PROPÓSITO 1

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
2	IND.	Productividad científica de alto impacto	113.6													100.0	100.0	100.0	100.0
	V. 1	Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	75													75	75	75	75
	V. 2	Artículos publicados en revistas indexadas niveles III a V en el período t-1 x 100	66													75	75	75	75

Nivel MML: PROPÓSITO 1b

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
3	IND.	Productividad de investigadores	77.3													102.9	102.9	102.9	102.9
	1	Proyectos de investigación concluidos en el año actual	59													59	59	59	59
	V. 2	Promedio anual de proyectos de investigación concluidos en los últimos tres años x 100	76													57	57	57	57

Nivel MML: PROPÓSITO 1c

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
4	IND.	Proporción del presupuesto institucional destinado a investigación	5.4													5.0	5.0	5.0	5.0
	V. 1	Presupuesto Federal ejercido para investigación en el período t	22,988,251													31,189,592	31,189,592	31,189,592	31,189,592
	V. 2	Presupuesto Federal ejercido total del instituto del período t x 100	427,757,186													625,895,059	625,895,059	625,895,059	625,895,059

*Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos.

Nivel MML: PROPÓSITO 1d

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
5	IND.	Inversión promedio por investigación	69,661.4													103,497.4	103,497.4	103,497.4	103,497.4

	V. 1	(*Presupuesto Federal ejercido para investigación en el periodo t	22,988,251													31,189,592	31,189,592	31,189,592	31,189,592
	V. 2	Proyectos de investigación vigentes**	330													301	301	301	301

*Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos.

** Proyectos en proceso + finalizados.

Nivel MML: COMPONENTE 1a

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018		
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	No v	Dic					
6	IND. Asignación presupuestal anual para investigación	136.1														1.4	1.4	1.4	1.4
	V. 1 (*Presupuesto Federal modificado para investigación en el período	22,988,251														31,189,592	42,417,845.1	57,688,269	78,456,046
	V. 2 Presupuesto Federal ejercido en investigación en el período t-1 x 100	16,887,261														22,988,251	31,189,592	42,417,845	57,688,269

*Excluye capítulo 1000, recursos de terceros y donativos.

Nivel MML: COMPONENTE 1b

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
7	IND.	Participación en el financiamiento complementario gestionado para investigación	144.5														144.5	144.5	144.5	
	V. 1	(*Presupuesto complementario para investigación en el período)	33,224,295														45,077,470	61,305,360	83,375,289	113,390,394
	V. 2	Presupuesto Federal total para investigación en el período t-1 x 100	22,988,251														31,189,592	42,417,845	57,688,269	78,456,046

Nivel MML: COMPONENTE 1c

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
8	IND.	Proyectos de investigación en colaboración	8.5					9.3	9.3							9.3	9.3	9.3	9.3
	V. 1	Proyectos de investigación vinculados con otras instituciones en el período	28					12	14							28	28	28	28

V. 2	Proyectos de investigación vigentes x 100	330						126	151							301	301	301	301
------	---	-----	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	-----

*Proyectos en proceso + finalizados.

Nivel MML: COMPONENTE 1c

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
9	IND.	Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas	47.5					47.5	47.5								47.5	47.5	47.5	47.5
	V. 1	Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)	75					31	38								75	75	75	75
	V. 2	Artículos totales publicados en revistas de los niveles I a V x 100	158					66	79								158	158	158	158

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
10	IND.	Índice de publicaciones por investigador	1.9					0.7									1.8	1.8	1.8	1.8
	V. 1	Publicaciones totales producidas	222					89									214	214	214	214
	V. 2	Total de investigadores	120					120									120	120	120	120

No. ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado al cierre	Meta programada 2013												Meta	Estimación	Estimación
----------	--------------------------	--------------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------------	------------

		de 2012	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	anual	2014	2018
11	IND.	Participación de investigaciones en áreas temáticas institucionales	60.9				66.7	66.7						66.7	66.7	66.7	66.7
	V. 1	Número de proyectos de investigación en áreas temáticas	201				84	101						201	201	201	201
	V. 2	Proyectos de investigación vigentes x 100	330				126	151						301	301	301	301

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
12	IND.	Investigaciones interdisciplinarias	37.0				40.5	40.5							40.5	40.5	40.5	40.5
	V. 1	Número de proyectos interdisciplinarios de investigación vigentes	122				51	61							122	122	122	122
	V. 2	Proyectos de investigación vigentes x 100	330				126	151							301	301	301	301

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre	Meta programada 2013												Meta	Estimación	Estimación
----------	--------------------------	--------------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------------	------------

		de 2012	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	anual	2014	2018
			13	IND.	Incremento de productividad de proyectos por investigador												106.5
	V. 1	Productividad de investigaciones por investigador en el período t												3	3	3	3
	V. 2	Productividad de investigaciones por investigador en el período t-1 x 100												3	3	3	3

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
14	IND.	Índice de proyectos finalizados					19.6	19.6							19.6	19.6	19.6	19.6
	V. 1	Proyectos de investigación concluidos en el año actual					25	30							59	59	59	59
	V. 2	Proyectos de investigación vigentes x 100					126	151							301	301	301	301

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
15	IND.	Ocupación objetiva de plazas de investigador	90.9					90.9	90.9							90.9	90.9	90.9	90.9
	V. 1	Plazas de investigador ocupadas	120					120	120							120	120	120	120
	V. 2	Plazas de investigador autorizadas x 100	132					132	132							132	132	132	132

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
16	IND.	Índice de productividad de artículos de alto nivel por investigador	0.6					0.3	0.3							0.6	0.6	0.6	0.6
	V. 1	Artículos publicados en revistas indexadas niveles III a V	75					31	38							75	75	75	75
	V. 2	Total de investigadores vigentes	120					120	120							120	120	120	120

Nivel MML: FIN 1a

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
1	IND.	Proporción de especialistas médicos formados por el programa respecto al total nacional de la Secretaría de Salud		Indicador a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud														
	V. 1	Médicos especialistas formados en las entidades ejecutoras de la CCINSHAE (1 2 3 4)																
		– Originados en becas DGCES																
		– Originados en becas propia institución																
		(1) Subtotal de becas DGCES e institución																
		(2) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e institucionales.																
		(3) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.																
		(4) Otros (escriba en este espacio)																
	V. 2	Médicos especialistas formados a nivel nacional x 100. Incluye a los provenientes del CCINSHAE (1 2 3 4)																
		– Originados en becas DGCES																
		– Originados en becas propia institución																
		(5) Subtotal de becas DGCES e institución																
		(6) Originados en becas pagadas por otras instituciones nacionales e institucionales.																
		(7) Derivadas de financiamiento realizado por los propios alumnos nacionales e internacionales.																
	(8) Otros (escriba en este espacio)																	

Nivel MML: FIN 1b

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
2	IND.	Participación del programa respecto al total de plazas de residencias médicas de la Secretaría de Salud																
	V. 1	Número de plazas de residencias médicas vigentes en las entidades de la CCINSHAE que participan en el programa -propias de la entidad y financiadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud																
	V. 2	Total de plazas de residencias médicas vigentes en la Secretaría de Salud – propias de las entidades financiadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud) x 100																

Nivel MML: PROPÓSITO 1a

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
3	IND.	Proporción de especialistas becarios formados de acuerdo al número de plazas asignadas para residencias médicas																
	V. 1	Número de médicos becarios en las entidades de la CCINSHAE que obtienen constancia de conclusión de la especialidad																
		– Originados en becas DGCES																
		– Originados en becas otorgadas por la propia institución																

V. 2	Número de plazas asignadas para médicos residentes en las entidades de la CCINSHAE) X 100																
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nivel MML: PROPÓSITO 1b

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018		
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
4	IND. Tasa de retención de profesionales en formación no clínica (especialidad no clínica, maestrías y doctorados)	100.0														60.0	60.0	60.0	60.0
	V. 1 Número de profesionales que acreditan el año académico en posgrados no clínicos	12														3	3	3	3
	V. 2 Total de profesionales inscritos en el año académico a estudios de posgrado no clínico x 100	12														5	5	5	5

Nivel MML: PROPÓSITO 1c

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018		
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
5	IND. Eficacia en la captación de participantes en cursos de educación continua	107.0			100.0		100.0	100.0					100.0			100.0	100.0	100.0	100.0
	V. 1 Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el período reportado	6,417			1,550		2,583	3,100					4,650			6,200	6,200	6,200	6,200
	V. 2 Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían	6,000			1,550		2,583	3,100					4,650			6,200	6,200	6,200	6,200



	a los cursos de educación continua que se realizaron durante el período reportado x 100																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nivel MML: COMPONENTE 1a

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018			
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic						
6	IND.	Eficacia terminal de médicos especialistas	94.2														95.8	113.9	113.9	113.9	
	V. 1	Número de médicos que obtienen constancia de conclusión de estudios de especialidad, subespecialidad y alta especialidad (1+2+3+4)	146															138	164	164	164
	V. 2	Total de médicos inscritos en la misma cohorte x 100 (1+2+3+4)	155															144	144	144	144

Nivel MML: COMPONENTE 1b

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018			
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic						
7	IND.	Percepción sobre la calidad de la formación de residentes médicos	8.0															8.0	8.0	8.0	8.0
	V. 1	Sumatoria de la calificación de médicos especialistas con sus créditos de especialidad médica encuestados respecto a la calidad percibida de su formación	400															400	400	400	400
	V. 2	Total de médicos especialistas encuestados de la misma cohorte generacional que termina sus créditos	50															50	50	50	50

Nivel MML: COMPONENTE 2A

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre	Meta programada 2013												Meta	Estimación	Estimación		
			de 2012	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	anual	2014	2018		
8	IND.	Eficiencia terminal de posgrado no clínico	25.0														25.0	25.0	25.0	25.0
	V. 1	Número de profesionales en posgrados no clínicos con constancia de terminación	2														1	1	3	3
	V. 2	Total de profesionales en posgrado no clínicos (inscritos en la misma cohorte) x 100	8														4	4	12	12

**Nivel MML:
COMPONENTE 2B**

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre	Meta programada 2013												M	Estimación	Estimación		
			de 2012	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	a	2014	2018		
9	IND.	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	8.0

V. 1	Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud, encuestados respecto a la calidad percibida de su formación, que concluyen posgrados no clínicos	48														32	32	48	48
V. 2	Total de profesionales de la salud en posgrado no clínicos, que concluyen su formación en el mismo período, encuestados.	6														4	4	6	6

**Nivel MML:
CCOMPONENTE 3a**

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
10	IN D. Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua	100.0			95.0		95.0	95.0				95.0			95.0	95.0	95.0	95.0
	V. 1 Número de profesionales de la	6,417			1,473		2,454	2,945				4,418			5,890	5,890	5,890	5,890

	salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución																	90
V. 2	Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el período reportado	6,417		1,550		2,583	3,100				4,650			6,200	6,200			6,200

**Nivel MML:
COMPONENTE 3B**

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
	IND. Percepción sobre la calidad de la educación continua	8.0		8.0		8.0	8.0				8.0			8.0	8.0	35.0	35.0
11	V. 1 Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el	2,400		640		1,120	1,520				2,160			2,800	2,800	2,800	2,800

	periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos																		
V. 2	Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	300		80	140	190					270					350	350	80	80

Nivel MML: ACTIVIDAD 1

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ju l	Ago	Sep	Oc t	Nov	Dic				
12	IND. Porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitados en habilidades docentes	100.0													92.6	92.6	92.6	92.6
	V. 1 Número de personas que desarrollan actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad capacitadas en habilidades docentes en el año.	54													50	50	50	50
	V. 2 Total de personas que desarrollan actividades docentes formales en los programas de especialidad, subespecialidad y alta especialidad	54													54	54	54	54

	en el mismo año x 100																	
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nivel MML: ACTIVIDAD 2

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
13	IND	Eficacia en la impartición de programas de formación de posgrado clínico	118.8					100.0	100.0							100.0	100.0	100.0	100.0
	V. 1	Número de programas de formación de posgrado clínico realizados (especialidad, subespecialidad y alta especialidad)	38					34	34							34	34	34	34
	V. 2	Número de programas de formación de posgrado clínico programados (especialidad, subespecialidad y alta especialidad) x 100	32					34	34							34	34	34	34

**Nivel MML:
ACTIVIDAD 3**

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				

14	IND.	Porcentaje de personal que desarrolla actividades docentes formales de otros posgrados capacitados en habilidades docentes	33.3													33.3	33.3	44.4	44.4
	V. 1	Total de personal que participa en actividades docentes formales de otros posgrados capacitados en habilidades docentes en el año	3													3	3	4	4
	V. 2	Total de personal que participa en actividades docentes formales de otros posgrados en el año x 100	9													9	9	9	9

Nivel MML: ACTIVIDAD 4

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018			
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic						
15	IND.	Eficacia en la impartición de programas de posgrado no clínico	100.0					100.0	100.0								100.0	100.0	100.0	100.0
	V. 1	Número de programas de formación realizados en posgrados no clínicos	2					3	3								3	3	3	3
	V. 2	Número de programas de formación programados en posgrados no	2					3	3								3	3	3	3



	clínicos x 100																		
--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nivel MML: ACTIVIDAD 5

No. ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Estimado al cierre de 2012	Meta programada 2013												Meta anual	Estimación 2014	Estimación 2018
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
16	IND. Eficacia en la impartición de cursos de educación continua	102.2			97.8		97.8	97.8			97.8			97.8	97.8	97.8	97.8
	V. 1 Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el período	46			11		19	23			34			45	45	45	45
	V. 2 Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo período x 100	45			12		19	23			35			46	46	46	46

**ANEXO 2. NUMERALIA DEL INP
ASPECTOS CUANTITATIVOS**

INVESTIGACIÓN						REFERENTE NACIONAL O INTERNACIONAL (CUANDO EXISTA)
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	
1) Núm. de publicaciones						
Grupo I:	76	81	82	58	82	
Grupo II:	0	0	0	3	1	
Total:	76	81	82	61	83	
Grupo III:	44	47	65	53	64	
Grupo IV:	18	2	3	9	6	
Grupo V:	1	2	5	4	5	
Total:	63	51	73	66	75	
2) Núm. de plazas de investigador						
ICM A:	34	36	22	18	25	
ICM B:	25	37	40	43	46	
ICM C:	23	26	22	22	31	
ICM D:	14	15	19	22	24	
ICM E:	6	5	1	1	0	
ICM F:	6	5	4	4	3	
Total:	108	127	108	110	129	
3) Publicaciones (I-II) / Plazas de investigador:	.7	.6	.7	.6	.6	
4) Publicaciones (III-IV-V) / Plazas de investigador:	.6	.4	.6	.6	.6	
5) Publicaciones de los grupos III, IV y V / Número de publicaciones de los grupos I-V	.4	.4	.5	.5	.5	
6) Sistema Nacional de Investigadores						
Candidato:	13	14	16	18	15	
SNI I:	23	33	35	45	48	
SNI II:	4	4	4	5	4	
SNI III:	2	1	2	2	2	
Total:	42	52	57	70	69	
7) Miembros del SNI / Plazas de investigador	.4	.4	.5	.6	.5	
8) Número de investigadores miembros del SNI / Número de investigadores	.4	.4	.5	.6	.5	
9) Número de publicaciones totales producidas / Número de investigadores	2.5	1.4	1.8	1.7	1.2	
10. Producción						
Libros editados:	11	7	4	8	2	

INVESTIGACIÓN						REFERENTE NACIONAL O INTERNACIONAL (CUANDO EXISTA)
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	
Capítulos en libros:	118	81	30	52	62	
11) Núm. de tesis concluidas	85	75	107	119	ENSEÑANZA	
Licenciatura:	4	5	2	2		
Especialidad:	53	53	76	96		
Maestría:	2	0	7	5		
Doctorado:	2	0	7	5		
12) Núm. de proyectos con patrocinio externo:	23	15	15	60		
Núm. agencias no lucrativas:	12	7	7	39	50	
Monto total:	10057	17500	14217	10156	15041	
Núm. industria farmacéutica:	11	8	8	21	27	
Monto total:					39827	
13) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:	64	49	27	41	60	
14) Señale las 10 líneas de Investigación más relevantes de la Institución	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades infecciosas 2. Enfermedades oncológicas 3. Neurociencias 4. Nutrición y enfermedades metabólicas 5. Alergias, enfermedades inmunitarias y reumáticas 6. Enfermedades hereditarias/congénitas 					
15. Lista de publicaciones (Grupos III, IV, V) Cita bibliográfica completa:						

No.	Cita bibliográfica	Grupo
1	DÍAZ-OLAVARRIETA C, GARCÍA-PIÑA CA, LOREDO-ABDALA A, PAZ F, GARCIA SG, SCHILMANN A. ABUSIVE HEAD TRAUMA AT A TERTIARY CARE CHILDREN'S HOSPITAL IN MEXICO CITY. A PRELIMINARY STUDY. CHILD ABUSE NEGL. 2011;35(11):915-23. EPUB 2011 NOV 21.	III
2	UNIKEL SANTONCINI C, MARTÍN MARTÍN V, JUÁREZ GARCÍA F, GONZÁLEZ-FORTEZA C, NUÑO GUTIÉRREZ B. DISORDERED EATING BEHAVIORS AND BODY WEIGHT AND SHAPE RELATIVES' CRITICISM IN OVERWEIGHT AND OBESE 15- TO 19-YEAR-OLD FEMALES. J HEALTH PSYCHOL. 2012 MAR 12. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
3	PALACIOS-MACEDO QUENOT ALEXIS, URENCIO MIGUEL, PONCE DE LEÓN ROSALES SERGIO, LÓPEZ TERRAZAS JAVIER, CASTAÑUELA SÁNCHEZ VIOLETA, MARCH MIFSUT ALMUDENA, LÓPEZ MA GALLÓN ALEJANDRO JOSÉ, ET AL. AVANCE DE ARCO AÓRTICO EN EL MANEJO DE LA COARTACIÓN DE AORTA CON HIPOPLASIA DEL ARCO AÓRTICO EN NIÑOS. REV INVEST CLIN 2012;64(3):247-254.	III
4	GARCÍA-ROMERO MT, DURÁN-MCKINSTER C, DE OCARIZ MS, CARRASCO-DAZA D, PALACIOS-LÓPEZ C, OROZCO-COVARRUBIAS L, RUIZ-MALDONADOR. IMATINIB MESYLATE-INDUCED NEUTROPHILIC FOLLICULITIS IN A TEENAGER. INT J DERMATOL. 2012 APR 9. DOI: 10.1111/J.1365-4632.2010.04774.	III
5	JULIÁN-GÓNZALEZ RE, OROZCO-COVARRUBIAS L, DURÁN-MCKINSTER C, PALACIOS-LOPEZ C, RUIZ-MALDONADO R, SÁEZ-DE-OCARIZ M. LESS COMMON CLINICAL MANIFESTATIONS OF ATOPIC DERMATITIS: PREVALENCE BY AGE. PEDIATR DERMATOL. 2012 APR 2. DOI: 10.1111/J.1525-1470.2012.01739	III

No.	Cita bibliográfica	Grupo
6	NARVAEZ-ROSALES V, SAEZ-DE-OCARIZ M, CARRASCO-DAZA D, RAMIREZ-DAVILA B, OROZCO-COVARRUBIAS L, DURAN-MCKINSTER C, PALACIOS-LOPEZ C. NEONATAL VESICULOPUSTULAR ERUPTION ASSOCIATED WITH TRANSIENT MYELOPROLIFERATIVE DISORDER: REPORT OF FOUR CASES. INT J DERMATOL. 2012, EPUB AHEAD OF PRINT	III
7	CONDINO-NETO A, FRANCO JL, ESPINOSA-ROSALES FJ, LEIVA LE, KING A, PORRAS O, OLEASTRO M, BEZRODNIK L, GRUMACH AS, COSTA-CARVALHO BT, SORENSEN RU.,ADVANCING THE MANAGEMENT OF PRIMARY IMMUNODEFICIENCY DISEASES IN LATIN AMERICA: LATIN AMERICAN SOCIETY FOR IMM	III
8	HERNÁNDEZ-VÁZQUEZ A, OCHOA-RUIZ E, IBARRA-GONZÁLEZ I, ORTEGA-CUELLAR D, SALVADOR-ADRIANO A, VELÁZQUEZ-ARELLANO A. TEMPORAL DEVELOPMENT OF GENETIC AND METABOLIC EFFECTS OF BIOTIN DEPRIVATION. A SEARCH FOR THE OPTIMUM TIME TO STUDY A VITAMIN DEFICIENCY. MOL GENET METAB. 2012;107(3):345-51. DOI: 10.1016/J.YMGME.2012.09.005. EPUB 2012 SEP 8.	III
9	JUMBO-LUCIONI PP, GARBER K, KIEL J, BARIC I, BERRY GT, BOSCH A, BURLINA A, CHIESA A, PICO ML, ESTRADA SC, HENDERSON H, LESLIE N, LONGO N, MORRIS AA, RAMIREZ-FARIAS C, SCHWEITZER-KRANTZ S, SILAO CL, VELA-AMIEVA M, WAISBREN S, FRIDOVICH-KEIL JL. ERRATUM TO: DIVERSITY OF APPROACHES TO CLASSIC GALACTOSEMIA AROUND THE WORLD: A COMPARISON OF DIAGNOSIS, INTERVENTION, AND OUTCOMES. J INHERIT METAB DIS. 2012 JUL 10. [EPUB AHEAD OF PRINT] NO ABSTRACT AVAILABLE.	III
10	AQUINO AG, BRITO MG, DONIZ CE, HERRERA JF, MACIAS M, ZAMBRANO B, PLENNEVAUX E, SANTOS-LIMA E. A FULLY LIQUID DTAP-IPV-HEP B-PRP-T HEXAVALENT VACCINE FOR PRIMARY AND BOOSTER VACCINATION OF HEALTHY MEXICAN CHILDREN. VACCINE. 2012;30(45):6492-500. DOI: 10.1016/J.VACCINE.2012.07.040. EPUB 2012 JUL 31	III
11	HERNANDEZ OROZCO HG, SANCHEZ G,CANIZA M, GUIMERA D, JHONSON MK .ARZATE BARBOSA P, BOBADILLA DEL VALLE JM, RODRIGUEZ MUÑOZ, GONZALEZ SALDAÑA N, CASTAÑEDA NARVAEZ JL,ZARATE P. USE OF MOLECULAR BIOLOGY TO CONFIRM A BACTEREMIA OUTBREAK CAUSED BY BURKHOLDERIA CEPACIA IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT. AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL 2012;40(5):E113.	III
12	MACÍAS M, LANATA CF, ZAMBRANO B, GIL AI, AMEMIYA I, MISPIRETA M, ECKER L, SANTOS-LIMA E. SAFETY AND IMMUNOGENICITY OF AN INVESTIGATIONAL FULLY LIQUID HEXAVALENT DTAP-IPV-HEP B-PRP-T VACCINE AT TWO, FOUR AND SIX MONTHS OF AGE COMPARED WITH LICENSED VACCINES IN LATIN AMERICA. PEDIATR INFECT DIS J. 2012;31(8):E126-32.	III
13	GUILLE-PEREZ A, CAMACHO VIEYRA G, TOLEDO LA, JUAREZ OLGUIN H, PEREZ GILLE G. PATTERNS OF DRUGS PRESCRIBED CONCOMITANTLY WITH LEVOTHYROXYNE IN CHILDREN WITH HYPOTHYROIDISM. AFR J PHARM PHARMACO, 2012;6(17):1323-1331.	III
14	GONZÁLEZ-VILLA M, RIBAS-APARICIO RM, CORIA-JIMÉNEZ R, DONIS-ROCANDIO JE, APARICIO-OZORES G.DETECTION OF EXTENDED SPECTRUM B-LACTAMASE OXA-141 IN PSEUDOMONAS AERUGINOSA STRAINS ISOLATED FROM PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS. ENFERM INFECC MICROBIOL CLIN. 2012	III
15	ARENAS NÚÑEZ MA, JUÁREZ-MOSQUEDA MD, GUTIÉRREZ-PÉREZ O, ANZALDÚA ARCE SR, IZQUIERDO AC, RODRÍGUEZ RM, TRUJILLO ORTEGA ME. GLYCEROL DECREASES THE INTEGRITY OF THE PERINUCLEAR THECA IN BOAR SPERM. ZYGOTE. 2012 APR 5:1-6. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
16	ROJAS P, MONTES P, ROJAS C, SERRANO-GARCÍA N, ROJAS-CASTAÑEDA JC.EFFECT OF A PHYTOPHARMACEUTICAL MEDICINE, GINKO BILOBA EXTRACT 761, IN AN ANIMAL MODEL OF PARKINSON'S DISEASE: THERAPEUTIC PERSPECTIVES. NUTRITION. 2012 JUL 17. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
17	VELÁZQUEZ-ARAGÓN JA, ALCÁNTARA-ORTIGOZA MA, ESTANDIA-ORTEGA B, REYNA-FABIÁN ME, CRUZ-FUENTES C, VILLAGÓMEZ S, GONZÁLEZ-DEL ÁNGEL A.ASSOCIATION OF INTERACTIONS AMONG THE IRF6 GENE, THE 8Q24 REGION, AND MATERNAL FOLIC ACID INTAKE WITH NON-SYNDROMIC CLEFT LIP/PALATE IN MEXICAN MESTIZOS. AM J MED GENET A. 2012, 158A(12)3207-10.	III
18	MONTERO-RUIZ O, ALCÁNTARA-ORTIGOZA MA, BETANCOURT M, JUÁREZ-VELÁZQUEZ R, GONZÁLEZ-MÁRQUEZ H, PÉREZ-VERA P.EXPRESSION OF RUNX1 ISOFORMS AND ITS TARGET GENE BLK IN	III

No.	Cita bibliográfica	Grupo
	CHILDHOOD ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA. LEUK RES. 2012;36(9):1105-11. EPUB 2012 JUN 29.	
19	GÓMEZ-MANZO S, GONZÁLEZ-VALDEZ AA, ORIA-HERNÁNDEZ J, REYES-VIVAS H, ARREGUÍN-ESPINOSA R, KRONECK PM, SOSA-TORRES ME, ESCAMILLA JE. THE ACTIVE (ADHA) AND INACTIVE (ADHI) FORMS OF THE PQQ-ALCOHOL DEHYDROGENASE FROM GLUCONACETOBACTER DIAZOTROPHICUS DIFFER IN THEIR CORRESPONDING PROSTHETIC GROUPS. FEMS Microbiol Lett. 2012;328(2):106-13.	III
20	MÉNDEZ SARA TERESA, VELA AMIEVA MARCELA, VELÁZQUEZ ARELLANO ANTONIO, IBARRA GONZÁLEZ ISABEL, FLORES MARÍA ELENA. ANÁLISIS DE MUTACIONES EN EL GEN DE LA METILMALONILCO A MUTASA EN DIEZ PACIENTES MEXICANOS CON ACIDEMIA METILMALÓNICA AISLADA. REV INVEST CLIN 2012;64(3):255-261	III
21	CARMONA MANCILLA ARTURO, VILLEGAS ALVAREZ FERNANDO, SUMANO LÓPEZ HÉCTOR, OCAMPO CAMBEROS LUIS, PÉREZ GUILLÉ BEATRIZ EUGENIA, GONZÁLEZ ZAMORA JOSÉ FRANCISCO, CORIA JIMÉNEZ VÍCTOR RAFAEL, ET AL. CONTAMINACIÓN BACTERIANA EXPERIMENTAL DE BILIS E HÍGADO EN PERROS CRIOLLOS. TRATAMIENTO ALTERNATIVO CON (CEFALONA), UN HÍBRIDO DE CEFALOSPORINA Y FLUOROQUINOLONA. REV INVEST CLIN 2012;64(2):173-181	III
22	SALAS C, NIEMBRO A, LOZANO V, GALLARDO E, MOLINA B, SÁNCHEZ S, RAMOS S, CARNEVALE A, PÉREZ-VERA P, RIVERA LUNA R, FRIAS S. PERSISTENT GENOMIC INSTABILITY IN PERIPHERAL BLOOD LYMPHOCYTES FROM HODGKIN LYMPHOMA SURVIVORS. ENVIRON MOL MUTAGEN. 2012;53(4):27	III
23	ALEMON MEDINA R, CORIA JIMENEZ R, RIVERA ESPIONOSA L, RAMIREZ MENDIOLA B, GARCIA ALVAREZ R, JUAREZ OLGUIN H, CHAVEZ PACHECO JL. PHYSICO-CHEMICAL AND MICROBIOLOGICAL STABILITIES OF A SWEETENED AND CALORIE-FREE METFORMIN EXTEMPORANEOUS FORMULATION FOR PEDIATRICS. LAT AM J PHARM 2012	III
24	RAMÍREZ-MENDIOLA B, RIVERA-ESPINOSA L, CHÁVEZ-PACHECO JL, ALEMÓN-MEDINA R, BOBADILLA-CHÁVEZ J, OSNAYA-MARTÍNEZ H, FLORES-PÉREZ C, JUÁREZ-OLGUÍN H, FLORES-PÉREZ J, GARCÍA-ALVAREZ R. STABILITY, CONTENT UNIFORMITY AND THERAPEUTIC EFFICACY OF SILDENAFIL EXTE	III
25	TRISTÁN-LÓPEZ L, PÉREZ-ÁLVAREZ V, PÉREZ-SEVERIANO F, MONTES S, PÉREZ-NERI I, RIVERA-ESPINOSA L, RÍOS C. PROTECTIVE EFFECT OF N, N'-DIALKYLATED ANALOGS OF 4,4'-DIAMINODIPHENYLSULFONE IN A MODEL OF INTRASTRIATAL QUINOLINIC ACID INDUCED-EXCITOTOXICITY. NEUROSCI LETT. 2012;528(1):01-05.	III
26	CEDILLO-PELÁEZ C, DÍAZ-FIGUEROA ID, JIMÉNEZ-SERES MI, SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ G, CORREA D. FREQUENCY OF ANTIBODIES TO TOXOPLASMA GONDII IN STRAY DOGS OF OAXACA, MÉXICO. J PARASITOL. 2012 FEB 23. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
27	CABALLERO-ORTEGA H, URIBE-SALAS FJ, CONDE-GLEZ CJ, CEDILLO-PELAEZ C, VARGAS-VILLAVICENCIO JA, LUNA-PASTÉN H, CAÑEDO-SOLARES I, ORTIZ-ALEGRÍA LB, CORREA D. SEROPREVALENCE AND NATIONAL DISTRIBUTION OF HUMAN TOXOPLASMOSIS IN MEXICO: ANALYSIS OF THE 2000 AND 2006 NATIONAL HEALTH SURVEYS. TRANS R SOC TROP MED HYG. 2012; 106(11):653-659.	III
28	OLAMENDI-PORTUGAL M, CABALLERO-ORTEGA H, CORREA D, SÁNCHEZ-ALEMÁN MA, CRUZ-VÁZQUEZ C, MEDINA-ESPARZA L, ORTEGA-S JA, CANTU A, GARCÍA-VÁZQUEZ Z. SEROSURVEY OF ANTIBODIES AGAINST TOXOPLASMA GONDII AND NEOSPORA CANINUM IN WHITE-TAILED DEER FROM NORTHERN MEXIC	III
29	RICO-TORRES, CLAUDIA PATRICIA; FIGUEROA-DAMIÁN, RICARDO; LÓPEZ-CANDIANI, CARLOS; MACÍAS-AVILÉS, HÉCTOR ALBERTO; CEDILLO-PELÁEZ, CARLOS; CAÑEDO-SOLARES, IRMA; LUNA-PASTÉN, HÉCTOR; TECUATL-HERRADA, BLANCA LUZ; CORREA, DOLORES. MOLECULAR DIAGNOSIS AND GENOTYP	III
30	BANDALA C, FLORIANO-SANCHEZ E, CARDENAS-RODRIGUEZ N, LOPEZ-CRUZ J, LARA-PADILLA E. RNA EXPRESSION OF CYTOCHROME P450 IN MEXICAN WOMEN WITH BREAST CANCER. ASIAN PAC J CANCER PREV. 2012;13(6):2647-53.	III
31	C GUZMAN D, H GARCIA E, B. MEJIA G, JUEREZ OLGUIN H., T JIMENEZ F., B SOTO E., S DEL ANGEL D. EFFECT ID SIBUTRAMINE ON 5-HYDROXYINDOLE ACETIC ACID LEVEL AND SELECTED OXIDATIVE	III

No.	Cita bibliográfica	Grupo
	BIOMARKERS ON BRIAN REGIONS OF FEMALE RATS IN THE PRESENCE OF ZINC. BASIC & CLINICAL PHARMACOLOGY & TOXICOLOGY 2012;110:421-426.	
32	CARDENAS-RN, LARA-PADILLA E, BANDALA C, LOPEZ-CRUZ J, USCANGA-CC, LUCIO-MONTER PF, FLORIANO-SANCHEZ E.CYP2W1, CYP4F11 AND CYP8A1 POLYMORPHISMS AND INTERACTION OF CYP2W1 GENOTYPES WITH RISK FACTORS IN MEXICAN WOMEN WITH BREAST CANCER. ASIAN PAC J CANCER PRE	III
33	CÁRDENAS-RODRIGUEZ N, COBALLASE-URRUTIA E, HUERTA-GERTRUDIS B, GARCÍA-CRUZ ME, PEDRAZA-CHAVERI J, CORIA-JIMENEZ R, BANDALA C,RUÍZ-GARCÍA M.ANTIOXIDANT ACTIVITY OF TOPIRAMATE: AN ANTIEPILEPTIC AGENT. NEUROL SCI. 2012. EPUB AHEAD OF PRINT	III
34	VARGAS-ALARCON G, RAMÍREZ-BELLO J, JUÁREZ-CEDILLO T, RAMÍREZ-FUENTES S, CARRILLO-SÁNCHEZ S, FRAGOSO JM.DISTRIBUTION OF THE IL-1RN, IL-6, IL-10, INF-?, AND TNF-? GENE POLYMORPHISMS IN THE MEXICAN POPULATION. GENET TEST MOL BIOMARKERS. 2012 SEP 12. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
35	RUFINO-GONZÁLEZ Y, PONCE-MACOTELA M, GONZÁLEZ-MACIEL A, REYNOSO-ROBLES R, JIMÉNEZ-ESTRADA M, SÁNCHEZ-CONTRERAS Á, MARTÍNEZ-GORDILLO MN.IN VITRO ACTIVITY OF THE F-6 FRACTION OF OREGANO AGAINST GIARDIA INTESTINALIS. PARASITOLOGY. 2012;139(4):434-440	III
36	CALDERÓN-GARCIDUEÑAS L, MORA-TISCAREÑO A, STYNER M, ZHU H, TORRES-JARDON R, CARLOS E, SOLORIO-LE, MEDINA-CORTINA H, KAVANAUGH M, D'ANGIULLI A.WHITE MATTER. HYPERINTENSITIES SYSTEMIC INFLAMMATION, BRAIN GROWTH, AND COGNITIVE FUNCTIONS IN CHILDREN EXPOSED TO	III
37	CALDERÓN-GARCIDUEÑAS L, SERRANO-SIERRA A, TORRES-JARDÓN R, ZHU H, YUAN Y, SMITH D, DELGADO-CHÁVEZ R, CROSS JV, MEDINA-CORTINA H, KAVANAUGH M, GUILARTE TR.THE IMPACT OF ENVIRONMENTAL METALS IN YOUNG URBANITES' BRAINS.EXP TOXICOL PATHOL. 2012 MAR 19. [EPUB	III
38	VILLARREAL-CALDERON R, DALE G, DELGADO-CHÁVEZ R, TORRES-JARDÓN R, ZHU H, HERRITT L, GÓNZALEZ-MACIEL A, REYNOSO-ROBLES R, YUAN Y, WANG J, SOLORIO-LÓPEZ E, MEDINA-CORTINA H, CALDERÓN-GARCIDUEÑAS L. INTRA-CITY DIFFERENCES IN CARDIAC EXPRESSION OF INFLAMMATORY GENES AND INFLAMMASOMES IN YOUNG URBANITES: A PILOT STUDY.J TOXICOL PATHOL. 2012;25(2):163-73.	III
39	ECHEVERRÍA JC, SOLÍS LI, PÉREZ JE, GAITÁN-GONZÁLEZ MJ, RIVERA IR, MANDUJANO M, SÁNCHEZ MC, GONZÁLEZ-CAMARENA R. THE AUTONOMIC CONDITION OF CHILDREN WITH CONGENITAL HYPOTHYROIDISM AS INDICATED BY THE ANALYSIS OF HEART RATE VARIABILITY. AUTONOMIC NEUROSCIENCE 2012;67(1):7-11.	III
40	MUÑOZ B, MAGAÑA JJ, ROMERO-TOLEDO I, JUÁREZ-PÉREZ E, LÓPEZ-MOYA A, LEYVA-GARCÍA N, LÓPEZ-CAMPOS C, DÁVILA-BORJA VM, ALBORES A.THE RELATIONSHIP AMONG IL-13, GSTP1, AND CYP1A1 POLYMORPHISMS AND ENVIRONMENTAL TOBACCO SMOKE IN A POPULATION OF CHILDREN WITH AS ASTHMA IN NORTHERN MEXICO. ENVIRONMENTAL TOXICOLOGY AND PHARMACOLOGY 2012;33(2):226-232.	III
41	GONZÁLEZ-LOZANO M, TRUJILLO-ORTEGA ME, ALONSO-SPILSBURY M, ROSALES AM, RAMÍREZ-NECOECHEA R, GONZÁLEZ-MACIEL A, MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ R, BECERRIL-HERRERA M, MOTA-ROJAS D.VETRABUTINE CLORHYDRATE USE IN DYSTOCIC FARROWINGS MINIMIZES HEMODYNAMIC SEQUELS IN PIGLE	III
42	GÁMEZ-GONZÁLEZ LB, MURATA C, MUÑOZ-RAMÍREZ M, YAMAZAKI-NAKASHIMADA M.CLINICAL MANIFESTATIONS ASSOCIATED WITH KAWASAKI DISEASE SHOCK SYNDROME IN MEXICAN CHILDREN. EUR J PEDIATR. 2012, EPUB AHEAD OF PRINT	III
43	RINDERKNECHT S, BRYANT K, NOLAN T, PAVIA-RUZ N, DONIZ CA, WEBER MA, COHEN C,ARIS E, MESAROS N, MILLER JM. THE SAFETY PROFILE OF HEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B-NEISSERIA MENINGITIDIS SEROGROUPS C AND Y TETANUS TOXOID CONJUGATE VACCINE (HIBMENCY). HUM VACCIN	III
44	FERNANDO RF, MARCIAL AJ, ALFONSO MB.THE DEVELOPMENT OF PEDIATRIC NEUROSURGERY IN MEXICO. CHILDS NERV SYST. 2012 DEC 18. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III

No.	Cita bibliográfica	Grupo
45	LEON GARCIA G, DAVILA GUTIERREZ G, BAEZA I. ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD DE MENKES EN MÉXICO. SALUD PÚBLICA MÉX 2012;54(2):103-107.	III
46	JIMÉNEZ GONZÁLEZ GABRIELA BERENICE, MARTÍNEZ GORDILLO MARIO NOÉ, CABALLERO SALAZAR SILVIA, PERALTA ABARCA GUSTAVO ESTEBAN, CÁRDENAS CARDÓS ROCÍO, ARZATE BARBOSA PATRICIA, PONCE MACOTELA MARTHA. MICROSPORIDIOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA O LINFOMA. REV INVEST CLIN 2012;64(1):25-31.	III
47	GUTIÉRREZ CASTRELLÓN PEDRO, MAYORGA BUITRÓN JOSÉ LUIS, BOSCH CANTO VANESSA, SÓLOMON SANTIBÁÑEZ GUILLERMO, DE COLSA RANERO AGUSTÍN. EFFICACY AND SAFETY OF CLARITHROMYCIN IN PEDIATRIC PATIENTS WITH UPPER RESPIRATORY INFECTIONS: A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS. REV INVEST CLIN 2012;64(2):126-135.	III
48	GARCIA-MUÑOZ A, RODRIGUEZ MA, BOLOGNA-MOLINA R, CAZARES-RAGA FE, HERNANDEZ-HERNANDEZ FC, FARFAN-MORALES JE, TRUJILLO JJ, LICEAGA-ESCALERA C, MENDOZA-HERNANDEZ G. THE OROSOMUCOID 1 PROTEIN (ALPHA1 ACID GLYCOPROTEIN) IS OVEREXPRESSED IN ODONTOGENIC MYXOMA. PROTEOME SCI. 2012 ;10(1):49. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
49	GUZMÁN-MEDRANO R, ARREOLA-ROSALES RL, SHIBAYAMA M, SILVA-OLIVARES DA, BOLOGNA-MOLINA R, RODRÍGUEZ MA. TUMOR-ASSOCIATED MACROPHAGES AND ANGIOGENESIS: A STATISTICAL CORRELATION THAT COULD REFLECT A CRITICAL RELATIONSHIP IN AMELOBLASTOMA. PATHOL RES PRACT. 2012 OCT 4. DOI: PII: S0344-0338(12)00240-3. 10.1016/J.PRP.2012.09.001. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
50	MOLINA-FRECHERO N, PIERDANT-RODRÍGUEZ AI, OROPEZA-OROPEZA A, BOLOGNA-MOLINA R. FLUOROSIS AND DENTAL CARIES: AN ASSESSMENT OF RISK FACTORS IN MEXICAN CHILDREN. REV INVEST CLIN. 2012;64(1):67-73.	III
51	GONZÁLEZ-DEL ANGEL A, VELÁZQUEZ-ARAGÓN J, ALCÁNTARA-ORTIGOZA MA, VELA-AMIEVA M AND HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ N. PHENOTYPE-GENOTYPE DISCREPANCY DUE TO A 5.5-KB DELETION IN THE GALT GENE. JIMD REPORTS 2012;2:1-5. DOI: 10.1007/8904_2011_30	III
52	CONTRERAS-OCHOA CO, LAGUNAS-MARTÍNEZ A, BELKIND-GERSON J, CORREA D. TOXOPLASMA GONDII INVASION AND REPLICATION IN ASTROCYTE PRIMARY CULTURES AND ASTROCYTOMA CELL LINES: SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE. PARASITOL RES. 2012 FEB 8. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
53	ZAPATA-TARRÉS M, ARREDONDO-GARCÍA JL, RIVERA-LUNA R, KLÜNDER-KLÜNDER M, MANCILLA-RAMÍREZ J, SÁNCHEZ-URBINA R, VÁZQUEZ-CRUZ MY, JUÁREZ-VILLEGAS LE, PALOMO-COLLI MA. INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAGONIST GENE POLYMORPHISM INCREASES SUSCEPTIBILITY TO SEPTIC SHOCK IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA. PEDIATR INFECT DIS J. 2012 SEP 25. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
54	ESPINOSA-PADILLA SE, MURATA C, ESTRADA-PARRA S, SANTOS-ARGUMEDO L, MASCAREÑAS C, FRANCO-PAREDES C, ESPINOSA-ROSALES FJ. IMMUNOGENICITY OF A 23-VALENT PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE VACCINE AMONG MEXICAN CHILDREN. ARCH MED RES. 2012 AUG 3. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
55	QUEZADA CHALITA CT, BLANCAS GALICIA L, JANNIÈRE L, GARCÍA G, MONCADA VELEZ M, CIENFUEGOS D, DEL RÍO B, CASANOVA JL, BOISSON-DUPUIS S, BUSTAMANTE J, LUGO REYES SO. SALMONELLA VERTEBRAL OSTEITIS AND SEPSIS IN A GIRL WITH INTERFERON GAMMA PATHWAY DEFICIENCY. J INVESTIG ALLERGOL CLIN IMMUNOL. 2012;22(4):289-91.	III
56	VARGAS-HERNÁNDEZ A, BERRÓN-RUIZ L, STAINES-BOONE T, ZARATE-HERNÁNDEZ M, CÓRDOVA-CALDERÓN W, ESPINOSA-ROSALES F, SANTOS-ARGUMEDO L. CLINICAL AND GENETIC ANALYSIS OF PATIENTS WITH X-LINKED HYPER-IGM SYNDROME. CLIN GENET. 2012 SEP 10. DOI: 10.1111/J.1399-0004.2012.01953.X. [EPUB AHEAD OF PRINT]	III
57	BLANCAS-GALICIA L, GUEVARA-CRUZ M, BERRÓN-PÉREZ R, BERRÓN-RUIZ L, GUTIÉRREZ-CASTRELLÓN P, ESPINOSA-ROSALES FJ. SURVIVAL OF MEXICAN PATIENTS WITH PAEDIATRIC-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND ABNORMAL ELECTROENCEPHALOGRAM. ALLERGOL IMMUNOPATHOL (MADR).	III
58	ERRANTE PR, FRANCO JL, ESPINOSA-ROSALES FJ, SORENSEN R, CONDINO-NETO A. ADVANCES IN	III

No.	Cita bibliográfica	Grupo
	PRIMARY IMMUNODEFICIENCY DISEASES IN LATIN AMERICA: EPIDEMIOLOGY, RESEARCH, AND PERSPECTIVES. ANN N Y ACAD SCI. 2012;1250:62-72. DOI: 10.1111/J.1749-6632.2011.06289.X.	
59	VARGAS-HERNÁNDEZ A, LÓPEZ-HERRERA G, MARAVILLAS-MONTERO JL, VENCES-CATALÁN F, MOGICA-MARTÍNEZ D, ROJO-DOMÍNGUEZ A, ESPINOSA-ROSALES FJ, SANTOS-ARGUMEDO L. CONSEQUENCES OF TWO NATURALLY OCCURRING MISSENSE MUTATIONS IN THE STRUCTURE AND FUNCTION OF BRUTON AGAMMAGLOBULINEMIA TYROSINE KINASE. IUBMB LIFE. 2012;64(4):346-53. DOI: 10.1002/IUB.1009. EPUB 2012 FEB 29.	III
60	GUERRERO-BELTRÁN CE, PARTHA MUKHOPADHYAY, BÉLA HORVÁTH, MOHANRAJ RAJESH, EDILIA TAPIA, GARCÍA-TORRES I, PEDRAZA-CHAVERRI J, PÁL PACHER. SULFORAPHANE, A NATURAL CONSTITUENT OF BROCCOLI, PREVENTS CELL DEATH AND INFLAMMATION IN NEPHROPATHY. JOURNAL OF NUTRITIONAL BIOCHEMISTRY 2012;23(5):494-500.	III
61	PIÑA-AGUILAR RE. ZARAGOZA-ARÉVALO GR. RAU ISABELLA, GAL ANDREAS, ALCÁNTARA-ORTIGOZA MA, LÓPEZ-MARTÍNEZ MS. SANTILLÁN-HERNÁNDEZ YURITZI. MUCOPOLYSACCHARIDOSIS TYPE II IN A FEMALE CARRYING A HETEROZYGOUS STOP MUTATION OF THE IDURONATE-2-SULFATASE GENE AND SHOWING A SKEWED X CHROMOSOME INACTIVATION. EUROPEAN JOURNAL OF MEDICAL GENETICS	III
62	PÉREZ PADILLA ANDREA CAROLINA, TAMARIZ-CRUZ ORLANDO, MOTTA AMÉZQUITA LUIS GERARDO, BARRERA FUENTES MARCELA, MACEDO QUENOT ALEXIS PALACIOS. TROMBOELASTOGRAFÍA COMO GUÍA PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER, HIPOPLASIA DE ARCO AÓRTICO Y COARTACIÓN AÓRTICA SOMETIDO A AORTOPLASTIA CON "TÉCNICA DE DESLIZAMIENTO": REPORTE DE UN CASO. REVISTA COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA. 2012;40(4):318-322.	III
63	BERMÚDEZ-LUGO JA, PEREZ-GONZALEZ O, ROSALES-HERNÁNDEZ MC, ILIZALITURRI-FLORES I, TRUJILLO-FERRARA J, CORREA-BASURTO J. .EXPLORATION OF THE VALPROIC ACID BINDING SITE ON HISTONE DEACETYLASE 8 USING DOCKING AND MOLECULAR DYNAMIC SIMULATIONS. J MOL MODEL. 2012;18(6):2301-10. DOI: 10.1007/S00894-011-1240-Z. EPUB 2011 OCT 4.	III
1	FERNÁNDEZ-LAINEZ C, AGUILAR-LEMUS JJ, VELA-AMIEVA M, IBARRA-GONZÁLEZ I.TANDEM MASS SPECTROMETRY NEWBORN SCREENING FOR INBORN ERRORS OF INTERMEDIARY METABOLISM: ABNORMAL PROFILE INTERPRETATION. CURR MED CHEM. 2012 AUG 17. [EPUB AHEAD OF PRINT]	IV
2	LINHARES A, MACIAS-PARRA M, SÁEZ-LLORENS X, VERGARA R, JIMENEZ E, VELÁZQUEZ FR, CERVANTES Y, ABATE HJ, RIVERA L, RUTTIMANN R, RIVERA-MEDINA DM, SALINAS B, ORTEGA-BARRIA E, RUBIO P, BREUER TB. ROTAVIRUS GASTROENTERITIS IN LATIN AMERICA: A HOSPITAL-BASED STUDY IN CHILDREN UNDER 3 YEARS OF AGE. TRIALS IN VACCINOLOGY 2012;1:36-41.	IV
3	RODRÍGUEZ A, SOSA D, TORRES L, MOLINA B, FRÍAS S, MENDOZA L.A BOOLEAN NETWORK MODEL OF THE FA/BRCA PATHWAY. BIOINFORMATICS. 2012;28(6):858-66. EPUB 2012 JAN 20	IV
4	GONZÁLEZ-SERRANO ME, ESTRADA-GARCÍA I, MOGICA-MARTÍNEZ D, GONZÁLEZ-GARAY A, LÓPEZ-HERRERA G, BERRÓN-RUIZ L, ESPINOSA-PADILLA SE, YAMAZAKI-NAKASHIMADA MA, VARGAS-HERNÁNDEZ A, SANTOS-ARGUMEDO L, ESTRADA-PARRA SA, ESPINOSA-ROSALES FJ. INCREASED PRO-INFLAMMATORY CYTOKINE PRODUCTION AFTER LIPOPOLYSACCHARIDE STIMULATION IN PATIENTS WITH X-LINKED AGAMMAGLOBULINEMIA. J CLIN IMMUNOL. 2012;32(5):967-74. EPUB 2012 JUN 5.	IV
5	LARRIETA E, VEGA-MONROY ML, VITAL P, AGUILERA A, GERMAN MS, HAFIDI ME, FERNANDEZ-MEJIA C. EFFECTS OF BIOTIN DEFICIENCY ON PANCREATIC ISLET MORPHOLOGY, INSULIN SENSITIVITY AND GLUCOSE HOMEOSTASIS. J NUTR BIOCHEM. 2012;23(4):392-9. DOI: 10.1016/J.JNUTBIO.2011.01.003. EPUB 2011 MAY 18.	IV
6	AGUILERA-MÉNDEZ A, FERNÁNDEZ-MEJÍA C. THE HYPOTRIGLYCERIDEMIC EFFECT OF BIOTIN SUPPLEMENTATION INVOLVES INCREASED LEVELS OF CGMP AND AMPK ACTIVATION. BIOFACTORS. 2012;38(5):387-94. DOI: 10.1002/BIOF.1034. EPUB 2012 JUL 17.	IV
1	MEDLEY H, OROZCO S, ALLEN A. EFFICACY AND SAFETY PROFILE OF FLUTICASONE FUROATE ADMINISTERED ONCE DAILY IN THE MORNING OR EVENING: A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, DOUBLE-DUMMY, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL IN ADULT AND ADOLESCENT PATIENTS WITH PERSISTENT BRONCHIAL ASTHMA. CLIN THER. 2012;34(8):1683-95. EPUB 2012 JUL 13.	V

No.	Cita bibliográfica	Grupo
2	CONTRERAS-GARCÍA JI, RODRÍGUEZ-CASTAÑEDA L, GÓMEZ-LIRA G, RAMÍREZ-HERNÁNDEZ R, VILLAFÁN H, GRANADOS-ROJAS L, GUTIÉRREZ-OSPINA G, MENDOZA TORREBLANCA JG. THE AGE-DEPENDENT CHANGE IN OLFACTORY PERIGLOMERULAR NEURONAL POPULATIONS IS NOT AFFECTED BY INTERRUPTING SUBVENTRICULAR NEUROBLAST MIGRATION IN ADULT RATS. NEUROSCI LETT. 2012;522(1):6-11. EPUB 2012 MAY 24.	V
3	RIVERA-LUNA R, CORREA-GONZÁLEZ C, ALTAMIRANO-ALVAREZ E, SÁNCHEZ-ZUBIETA F, CÁRDENAS-CARDÓS R, ESCAMILLA-ASIAN G, OLAYA-VARGAS A, BAUTISTA-MARQUEZ A, AGUILAR-ROMO M. INCIDENCE OF CHILDHOOD CANCER AMONG MEXICAN CHILDREN REGISTERED UNDER A PUBLIC MEDICAL INSURANCE PROGRAM. INT J CANCER. 2012 AUG 13. DOI: 10.1002/IJC.27771. [EPUB AHEAD OF PRINT]	V
4	OKHUYSEN-CAWLEY R, GARDUÑO ESPINOSA A, PAEZ AGUIRRE S, NAKASHIMA PANIAGUA Y, CARDENAS-TURANZAS M, REYES LUCAS MC, CERVANTES BLANCO JM, OLIVARES DÍAZ C, HERNÁNDEZ MORALES T, GONZÁLEZ RONQUILLO MA, ALATORRE MARTÍNEZ E, ARROYO JIMÉNEZ C. PEDIATRIC PALLIATIVE CARE IN MEXICO. PEDIATRIC PALLIATIVE CARE: GLOBAL PERSPECTIVES 2012, PP 345-357	V
5	LOPEZ-HERRERA G, TAMPELLA G, PAN-HAMMARSTRÖM Q, HERHOLZ P, TRUJILLO-VARGAS CM, PHADWAL K, SIMON AK, MOUTSCHEN M, ETZIONI A, MORY A, SRUGO I, MELAMED D, HULTENBY K, LIU C, BARONIO M, VITALI M, PHILIPPET P, DIDEBERG V, AGHAMOHAMMADI A, REZAEI N, ENRIGHT V, DU L, SALZER U, EIBEL H, PFEIFER D, VEELKEN H, STAUSS H, LOUGARIS V, PLEBANI A, GERTZ EM, SCHÄFFER AA, HAMMARSTRÖM L, GRIMBACHER B. DELETERIOUS MUTATIONS IN LRBA ARE ASSOCIATED WITH A SYNDROME OF IMMUNE DEFICIENCY AND AUTOIMMUNITY. AM J HUM GENET. 2012;90(6):986-1001. EPUB 2012 MAY 17.	V

ASPECTOS CUANTITATIVOS

ENSEÑANZA						<i>Referente nacional o internacional (cuando exista)</i>
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>1. Total de residentes:</i>	295	310	330	378	339	
Número de residentes extranjeros:	23	28	30	19	36	
Médicos residentes por cama:	1.1	1.3	1.4	2	1.1	
<i>2. Residencias de especialidad:</i>	32	32	22	22	24	
<i>3. Cursos de alta especialidad:</i>	10	9	14	11	14	
<i>4. Cursos de pregrado:</i>	24	22	26	29	29	
<i>5. Núm. estudiantes en Servicio Social</i>	16	32	55	43	38	
<i>6. Núm. de alumnos de posgrado:</i>	400	409	409	717	416	
<i>7. Cursos de Posgrado:</i>	13	9	14	29	13	
<i>8. Núm. autopsias:</i>	64	56	57	46	31	
% núm. de autopsias / núm. de fallecimientos	29	18	19	21	16	
<i>9. Participación extramuros</i>						
a) Rotación de otras instituciones (Núm. Residentes):	556	573	560	565	555	
b) Rotación a otras Instituciones (Núm. Residentes):	120	89	92	126	196	
<i>10. % Eficiencia terminal</i> (Núm. de residentes egresados / Núm. de residentes aceptados):	97	97	100	100	90.9	
<i>11. Enseñanza en enfermería</i>						
Cursos de pregrado:	2	2	1	33	11	
Cursos de posgrado:	1	2	2	3	2	
<i>12. Cursos de actualización (educación continua)</i>	116	160	102	32	115	
Asistentes a cursos de actualización (educación continua)	15868	14031	13641	18058	17160	
<i>13. Cursos de capacitación:</i>	124	121	108	110	90	
<i>14. Sesiones interinstitucionales:</i>	3	8	4	80	190	
Asistentes a sesiones interinstitucionales	ND	846	580	10676	1080	
<i>15. Sesiones por teleconferencia:</i>	4	8	14	1	1	
<i>16. Congresos organizados:</i>	45	39	40	32	46	

17. Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:

ACTIVIDADES RELEVANTES

Logros académicos de los profesores

El Dr. Marcial Anaya Jara fue distinguido con la medalla “Alfonso Caso” de la UNAM por ser el alumno graduado más distinguido del programa de maestría UNAM/INP en 2012, dos alumnas más de este programa que se graduaron en el presente año concursaron por dicho galardón.

Logros académicos de los médicos residentes

- En el examen de Certificación en pediatría por el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, los médicos residentes del curso de especialización en pediatría estuvieron, 5 de ellos, en los lugares 2 a 5.
- Del curso de Cirugía Pediátrica los 4 residentes estuvieron entre los primeros 10 lugares y los médicos residentes de las demás especialidades se colocaron en los primeros lugares de sus consejos respectivos.
- En el examen del PUEM, aplicado por la UNAM, obtuvo el primer lugar individual un alumno de tercer año de curso de especialización en pediatría y uno de primer año del curso de genética. En pediatría, la generación de médicos residentes de tercer año como grupo obtuvieron el segundo lugar entre todas las sedes universitarias. En los siguientes cuadros se presentan los lugares obtenidos por las distintas subespecialidades pediátricas.

Resultados del examen PUEM

Especialidades de entrada directa

	Genética	Pediatría
Primer año	1 lugar	
Segundo año	4 lugar	4 y 5 lugares
Tercer año		1 y 3 lugares

Resultados del examen PUEM. Subespecialidades pediátricas

	Anestesiología pediátrica	Endocrinología pediátrica	Gastroenterología y nutrición pediátricas	Hematología pediátrica	Infectología pediátrica	Medicina del enfermo pediátrico
Primer año	1 y 3 lugares	3 lugar	1, 2 y 5 lugares	1 y 4 lugares	2, 3 y 4 lugares	2 lugar
Segundo año	1 lugar	1 y 4 lugares	1, 2,3 y 4 lugares	2, 3 y 4 lugares	2, 3 y 4 lugares	2 lugar

Resultados del examen PUEM. Subespecialidades pediátricas

	Nefrología pediátrica	Neumología	Neurología	Neurocirugía	Oncología	Patología pediátrica
Primer año	1 y 4 lugares	1, 2 y 5 lugares	1 lugar	1, 2 y 3 lugares	3 y 5 lugares	2 lugar
Segundo año	2 y 3 lugares	1, 3 y 5 lugares	2 y 5 lugares	3 y 5 lugares	1, 3, 4 y 5 lugares	3 lugar

Demanda de ingreso al Instituto para los cursos de posgrado

En la demanda de ingreso para el ciclo académico 2012-2013, a las distintas especializaciones que se imparten en el instituto, se recibieron 146 solicitudes para los cursos de entrada directa, 119 alumnos aplicaron examen

de admisión para 42 plazas disponibles en pediatría, 18 alumnos para 6 plazas en estomatología pediátrica y 9 para 3 plazas de genética.

En el proceso de admisión para las subespecialidades presentaron examen un total de 224 aspirantes para 73 plazas disponibles en los distintos cursos de subespecialidades médico-quirúrgicas y cursos de alta especialidad.

Profesionalización de la docencia

Durante este semestre se inicio el curso anual FORMADOR DE FORMADORES, dirigido a profesores titulares de las especialidades, subespecialidades y cursos de alta especialidad, que se lleva a cabo todos los miércoles de 11:00 a 13:00 horas y cuyo propósito es fortalecer el papel del docente como modelo y referente, reconocer la responsabilidad de ser mentor para formar a los residentes integralmente para el ejercicio de su práctica profesional en cualquier ámbito; con una asistencia de 54 profesores; el perfil del docente trabajado en éste curso a la fecha es:

- Papel del profesor como modelo y referente: Docente-Profesor-Mentor I y II
- La Inteligencia Emocional, fundamental en el Perfil Docente I y II
- La Inteligencia Cognitiva I y II
- *Coaching*
- Informática Médica
- El profesor como investigador
- De la enseñanza a la evaluación del razonamiento clínico
- Aprendizaje basado en problemas

Superación académica del personal docente

- Como apoyo al programa de alergia el Dr. David Mendoza asistió al seminario en Suiza: Actualidades en el manejo integral de la dermatitis atópica y asma.
- El Dr. Javier Terrazo asistió al Hospital Sick Children en Toronto, Canadá, a observar nuevas técnicas de resección de tumores y a los programas de investigación en biología molecular de tumores del sistema nervioso central.
- El Dr. Martín Garrido asistió al XVI CHOP Congenital and cardiac congress en Orlando Florida.
- El Dr. Ángel Santacruz acudió a Salzburgo, Austria, al curso de Urgencias pediátricas con enfoque en el aprendizaje basado en simuladores para fortalecer el programa del Centro de adiestramiento médico quirúrgico. El reporte de su participación fue sobresaliente.
- El Dr. Fabián Sánchez Sagastegui asistió al seminario de urología pediátrica en Salzburgo, Austria, en el programa de Alianza Médica para la Salud (AMSA), para observar nuevas técnicas quirúrgicas.
- La Dra. Martha Zapata acudió a Salzburgo, Austria, al seminario de oncología para fortalecer los vínculos en investigación en hematología pediátrica.
- La Dra. Fabiola Pérez acudió a Salzburgo, Austria, al seminario de imagenología cardíaca durante el cual participó en la publicación de la Guía crítica de ecocardiografía para la coartación aórtica.

Evaluación y seguimiento de los programas académicos

- Se fortaleció el programa académico de los médicos residentes de pediatría con un enfoque integral de la atención del paciente al considerar al niño como unidad sin el fraccionamiento que indirectamente propicia la subespecialización.
- Se han replanteado las actividades académicas de las áreas de: cardiología, inmunología y hematología con la finalidad de mejorar el modelo docente asistencial.
- Se logró la acreditación, por la UNAM, para abrir la especialidad de CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA EN PEDIATRÍA y el curso de alta especialidad ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN.
- Como resultado de la encuesta de satisfacción de los médicos residentes, en relación con la enseñanza que se les imparte en el instituto, se reportó mejoría sustancial obteniendo una calificación de 8.3 en 2012 en comparación con 6.5 del año anterior.

- Se fortaleció el programa de seminarios de atención médica de la especialidad de pediatría mediante el curso de prevención de adicciones impartido por el Instituto de atención y prevención de adicciones al que acudieron un total de 123 médicos residentes de pediatría. Y se implementó el taller de crecimiento y desarrollo para fortalecer la atención a niños sanos en la institución.
- Se implementó el sistema de exámenes en línea para una retroalimentación inmediata que permite al médico residente saber sus debilidades para autorregular su conocimiento.
- Se enviaron a la UNAM, en el mes de diciembre de 2012, las propuestas de los cursos de posgrado de UROLOGÍA PEDIÁTRICA y ALGOLOGÍA PEDIÁTRICA para evaluación.
- Se fortaleció el programa académico de los médicos residentes de pediatría con un enfoque integral de la atención del paciente al considerar al niño como unidad sin el fraccionamiento que indirectamente propicia la subespecialización.
- Se han replanteado las actividades académicas de las áreas de: Cardiología, Inmunoalergia y Hematología con la finalidad de mejorar el modelo docente asistencial.
- Se logró la acreditación por la UNAM para abrir la especialidad de CIRUJIA CARDIOTORACCICA EN PEDIATRIA y el curso de alta especialidad ATENCION INTEGRAL DE NIÑO CON SINDROME DE DOWN

Actividades con el personal de enfermería, administrativo y médicos residentes para celebrar la semana de festejo a los niños

Por primera vez se coordinó la jornada del día del niño durante la semana del 23 al 30 de abril de 2012. Se organizaron distintas actividades culturales y artísticas con la coordinación y participación directa de las jefaturas de médicos residentes. Se escenificó la obra “*El Mago de Oz*”, personificada por los médicos residentes y dirigida por un profesor del propio Instituto.

Educación médica continua

- Profesores del Instituto participaron en la elaboración y actualización constante de 12 Guías de Práctica Clínica en el programa de CENETEC y de la Secretaría de Salud.
- Se realizó la capacitación para el uso de 30 aulas virtuales otorgadas por la UNAM a profesores de las distintas especialidades.
- Se diseñó el primer curso a distancia “Estomatología para el recién nacido” en un aula virtual proporcionada por la UAM-Xochimilco.
- Se participó en el programa de CEMESATEL con la presentación de la Clínica de inmunodeficiencias impartida por la Dra. Sara Elva Espinosa del INP.
- Se inició la transmisión en línea de las sesiones generales y los seminarios teóricos de los médicos residentes para que los alumnos de la institución que se encuentren en cualquier tipo de rotación externa no pierdan las actividades académicas que se llevan a cabo en el INP.

Centro de Información y documentación científica

- Participación del CID en la integración del Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Secretaría de Salud.
- Las colecciones del CID ingresaron al catálogo colectivo Serie UNAM.
- Se recibieron 155 libros, 65 por compra y 90 por donación, 44 tesis, así como 94 fascículos de revistas. Estos recursos bibliográficos se han agregado a la base de datos que conforma el catálogo electrónico, el cual sustituye al catálogo impreso. Después de algunos años de no contar con los recursos para la actualización del acervo bibliográfico del Centro de Información se logró la compra de nuevas ediciones de los textos más importantes de las distintas especialidades pediátricas y la suscripción al *Pediatrics in Review* con acceso electrónico y en papel.

Centro de adiestramiento médico quirúrgico

Con la implementación de los programas académicos del CADEMEQ se ha logrado la integración de los equipos de trabajo en situaciones críticas de los pacientes. Se ha logrado una verdadera sistematización del proceso de atención al paciente en estado crítico en todas las áreas del instituto.

Programa de fortalecimiento e integración institucional de los médicos residentes

Se inició el programa de fortalecimiento e integración institucional de los médicos residentes de la especialidad en pediatría. Durante el primer semestre de 2012 se realizaron las actividades de reconocimiento personal, reforzamiento de la actitud vocacional, compromiso profesional, la imagen médica y la relación médico-paciente; así como el planteamiento de metas académicas, personales y de grupo a corto y mediano plazos. Estas actividades se realizaron con la asistencia del Director General y su equipo directivo, el personal de la Dirección de Enseñanza, la Dra. Valentina Vega, actual jefa de médicos residentes y el Dr. Juan Carlos Bustamante, exjefe de médicos residentes, en el Centro Ceremonial Otomí de Temoaya Edo. de México en el mes de junio para todos los alumnos de primer año (2 días). En septiembre, para los alumnos de segundo año, se realizaron actividades con énfasis en la imagen médica, la relación médico paciente y la fortaleza psicológica; en el mes de noviembre, para los alumnos de tercer año, fundamentalmente enfocadas a aspectos de calidad y liderazgo.

Equipamiento y estructura

Se inauguró el área de estudio de la residencia médica con una capacidad para 16 médicos residentes; el área cuenta con instalaciones de red inalámbrica para internet alimentada desde el edificio del hospital y clima artificial. Se ha iniciado la fase de acceso electrónico a la bibliografía básica pediátrica y de las distintas subespecialidades.

ASPECTOS CUANTITATIVOS

ASISTENCIA						Referente nacional o internacional (cuando exista)
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	
1) Núm. de consultas otorgadas:	250,966	248,040	239,622	257,365	213,921	
Núm. de preconsultas:	14,627	14,203	17,260	18,068	19,162	
Consultas subsecuentes:	109,813	107,836	106,319	107,777	104,920	
2) Urgencias:	38,457	42,381	40,230	38,339	36,550	
Índice de urgencias reales/urgencias sentidas	0.3	0.3	0.3			
3) Núm. de casos nuevos atendidos:	20,142	15,804	15,071	14,372	13,620	
4) Total de médicos adscritos:	189	189	189	189	189	
Núm. de consultas otorgadas / Núm. de médicos adscritos:	1,328	1,312	1,268	1,361	1,131	
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	
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:	7,224	7,226	7,842	7,118	7,034	
6) Total de egresos	7,193	7,239	7,801	7,154	7,013	
Núm. de egresos hospitalarios por mejoría	6,549	6,596	7,247	6,562	6,479	
Altas voluntarias	13	18	10	17	11	
7) Núm. de cirugías:	5,126	5,183	5,289	5,235	5,320	
Núm. de cirugías/sala/día:	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	
Núm. de cirugías ambulatorias:	1,755	1,904	1,828	1,599	1,665	
Cirugías ambulatorias/núm. de cirugías	0.35	0.36	0.34	0.30	0.31	
8) Núm. de cirugías/Núm. de cirujanos	51	57	58.1	57.5	58.4	
Diferimiento quirúrgico:	10.1	9.7	12.3	13.1	9.5	
9) Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	3.1	3.0	2.44	3.1	2.7	
10) Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria	2.7	2.7	2.13	2.9	2.4	
11) Tasa de infecciones nosocomiales (Núm. de pacientes con infecciones)	5.2	7.4	5.74	6.6	7.7	

ASISTENCIA						Referente nacional o internacional (cuando exista)
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	
nosocomiales/total de egresos):						
12) Porcentaje de ocupación hospitalaria:	81.0	82.8	87.3	88.1	88.5	
Promedio de días de estancia en hospitalización:	9.6	9.8	9.6	10.5	11	
13) Número de pacientes del SPSS atendidos en consulta	482	434	534	945	1,481	
14) Número de pacientes del SPSS atendidos en hospitalización	419	400	468	871	1,425	
15) Total de personal de enfermería:						
Personal técnico:	429	405	401	209	376	
Postécnico:	142	170	170	128	125	
Licenciatura:	159	255	258	204	229	
Posgraduados:	68	79	79	92	107	
Especialistas	ND	ND	ND	ND	ND	
Índice de enfermeras tituladas/técnicas	0.4	0.6	1.26	1.35	1.2	
16) Trabajo social	46	50	50	50	50	
Núm. estudios socioeconómicos x trabajadora social	121.5	109.6	108.6	127.1	123	
Núm. de camas/núm. de trabajadores sociales:	6.0	5.0	5.0	5.7	5.4	
Núm. de casos nuevos / núm. de trabajadores sociales:	437.8	316.08	301.4	353.2	378	
17) Farmacia						
% de abasto de medicamentos (Recetas surtidas/total de recetas):	95.0	95.0	97.5	97.5	97	
% Medicamentos genéricos / Total medicamentos:	80.0	85.0	85.0	87	84	
% Medicamentos innovadores / Total medicamentos:	20.0	15.0	15.0	13	16	
% de Medicamentos adquiridos por licitación:	74.3	86.8	87.9	90.2	83	
% de Medicamentos adquiridos por adjudicación directa:	25.7	13.2	12.1	9.8	17	
18) Núm. de estudios de imagen (TAC, RM y PET)	10010	10300	9,993	10,033	8,003	
19) Núm. de estudios de laboratorio:	923,171	987,103	1,000,022	985,263	1,084,679	
20) Transfusiones de sangre y hemoderivados:	24,184	23,406	21,312	23,701	27,174	
21) Núm. de estudios de laboratorio especializados:	703,774	764,488	773,586	764,358	859,821	

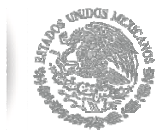
ASISTENCIA						Referente nacional o internacional (cuando exista)
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	
<p>22) Grupos de apoyo a pacientes constituidos (Denominación de los grupos):</p> <p>22.1 Cuidados Paliativos</p> <p>22.2 Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado</p> <p>22.3 Clínico de Atención al Niño Down</p> <p>22.4 Clínica de VIH-SIDA</p> <p>22.5 Grupo de Duelo para Padres de familia; y Apoyo tanatológico a padres y personal del INP</p> <p>22.6 Área de Quimioterapia Ambulatoria</p>	7	7	7	7	7	
<p>23) Premios, reconocimientos y distinciones recibidos:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Reinicio del Programa de Implantes Cocleares a niños con sordera neurosensorial bilateral 2) Integración al Programa del Gobierno Federal para el Manejo Integral de Niños con Cardiopatías Congénitas "Para los Niños de Corazón" 3) Inicio del Protocolo de Quimioterapia Intraarterial para niños con Retinoblastoma 4) Inicio de funciones de PET-SCAN en el área de Radioterapia 5) Firma de Convenio con la Fundación Carso para apoyo a Trasplantes Renales y Procuración de Órganos 6) Planeación y Organización de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología (UPHO) 7) Consolidación e integración de la Unidad de Farmacia Hospitalaria y elaboración de manuales de organización y procedimientos. Elaboración del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos Institucional. 					

ASPECTOS CUANTITATIVOS

ADMINISTRACIÓN					
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012
1) Presupuesto federal original	794,975,025	847,823,808	865,888,465	908,435,009	999,653,969
1.1) Recursos propios original	86,516,325	70,000,000	70,000,000	89,096,391	95,220,000
2) Presupuesto federal modificado	834,894,517	907,091,262	967,001,031	1'033,362,348	1,093,220,513
2.1) Recursos propios modificado	72,790,190	95,012,200	121,077,488	114,989,057	175,007,692
3) Presupuesto federal ejercido	834,894,517	907,091,262	966,958,915	1'021,316,954	1,159,901,723
3.1) Recursos propios ejercidos	72,790,190	95,012,200	111,301,476	114,989,057	175,007,692
4) % del presupuesto total destinado a capítulo 1000 y pago de honorarios:	65.7	63.3	65	72	63
4) % del presupuesto a gastos de investigación:	1.4	2.1	0.2	0.08	2.0
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Investigación	12,995,419	21,410,099	12,756,890	16'898,074	22,962,051
6) % de presupuesto a gastos de enseñanza:	0.6	0.2	0.4	0.01	0.29
Total de capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Enseñanza	5,495,153	1,572,099	4,206,655	3'915,890	3,687,378.00
7) % del Presupuesto a gastos de asistencia:	21.8	33.7	30.0	33.0	34.0
Total de Capítulos 2000, 3000, 4000, 5000 y 6000 destinados a Asistencia	197,842,300	337,722,387	323,314,157	377'881,114.	433,631,560.00
8) Total de recursos de terceros	18,950,749	23,786,177	19,217,110.00	39,303,343	33,224,295.00
Recursos recibidos por Seguro Popular y FPCGCS	36,043,897	63,944,739	76,404,779.00	79,264,862	124,646,119.00
Recursos de origen externo:	-	0	0	0	0
9) Núm. de plazas laborales:	2,534	2,532	2,532	2,558	2,590
Núm. de plazas ocupadas	2,534	2,532	2,532	2,558	2,581

ADMINISTRACIÓN					
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012
Núm. de plazas vacantes	-	0	1	0	9
% del personal administrativo:	22	22	22	21	20.3
% del personal de áreas sustantivas:	78	78	78	79	79.5
% del personal de apoyo (limpieza, mantenimiento, vigilancia, jardinería, etc.):	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS	SERVICIOS SUBROGADOS
10) Núm. de plazas eventuales:	14	14	14	14	14

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





Programa de Trabajo

2013



Instituto Nacional de Pediatría

Insurgentes Sur 3700 C Col. Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, D. F. C.P.
04530. web. pediatria.gob.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO
NACIONAL
DE PEDIATRÍA